

Etyka cnót w etyce medycznej

prof. PAT dr hab. Tadeusz Biesaga SDB
Katedra Bioetyki Papieskiej Akademii Teologicznej
w Krakowie

Renesans etyki cnót moralnych

Od lat 60. ubiegłego stulecia trwa w literaturze etycznej powrót do etyki cnót, do etyki dobrego charakteru, dobrych motywów i intencji podmiotu.¹ Zainspirowany on został esejem G.E.M. Anscombe „Modern moral philosophy”, w którym autorka ujawniła słabą kondycję etyki współczesnej zdominowanej przez formalizm zasad etyki kantowskiej i przez rachunek korzyści etyki utylitarystycznej.² W obu tych perspektywach zagubiono to, co było zasadnicze w etyce Arystotelesa, czyli sprawcę czynu, jego dyspozycje moralne, bez których praktyczne realizowanie dobra staje się niemożliwe. Lata 90. przyniosły wyraźne ożywienie dyskusji nad etyką cnót, zainspirowane opublikowaniem w 1981 roku przez A. MacIntyre’a jego dzieła „After virtue”.³ Przeprowadzona w nim konfrontacja etyki współczesnej z etyką Arystotelesa wypadła na niekorzyść tej pierwszej. Brakowało w niej bowiem nie tylko określenia dobra celu, do którego w naszym postępowaniu moralnym mamy dążyć, ale także odpowiednich nabytych dyspozycji moralnych, cnót, które umożliwiają osiągnięcie tego dobra, realizację dobrego życia, czyli szczęścia.

Podjęte na nowo studium etyki cnót Platona, Arystotelesa i św. Tomasza uświadomiło współczesnym tragiczne w skutkach pominięcie w ich propozycjach etyki podmiotu działania, realizacji jego osobowej natury, rozwijania i doskonalenia jej poprzez nabywanie odpowiednich doskonałości, sprawności, dyspozycji moralnych. Już starożytni odkryli bowiem, że w etyce jako w teorii praktycznej chodzi o to, jak stawać się dobrym człowiekiem i dobrze postępować. Kształtowanie więc swojego charakteru, usprawnianie rozumu

w poznaniu prawdy, woli i serca w miłości i realizacji dobra okazywało się czymś nieodzownym. Oderwanie w etyce współczesnej bycia dobrym człowiekiem od bycia politykiem, nauczycielem, lekarzem podważyło praktyczną realizację etyki zawodowej. Sprawne funkcjonowanie techniczne w danym zawodzie nie czyni kogoś automatycznie moralnie dobrym. Działanie techniczne udoskonalano bowiem zdolności techniczne człowieka, a nie jego postawy moralne. Jeśli postępowanie polityka, prawnika, lekarza nie wynika z właściwych motywów moralnych, to nie doskonalono go jako człowieka, a jeśli wynika z motywów niemoralnych, to pogarsza jego kondycję moralną, gdyż przez nabycie złych dyspozycji zwiększy on swoje skłonności do złego.

Zarówno etyka postkantowska posługująca się formalnymi, beztreściowymi nakazami, jak i etyka utylitarystyczna, wyzwalająca raczej spryt w zdobywaniu korzyści, pominięły rolę dyspozycji moralnych człowieka. Pierwsza z nich uczyła posłuszeństwa i lojalności wobec formalnych czy konwencjonalnych zasad, druga wyzwała w podmiocie raczej egoistyczny spryt życiowy niż właściwe postawy moralne. W sumie obie teorie etyczne zignorowały moralny rozwój osoby ludzkiej i skupiły się na zapewnieniu pokoju społecznego oraz na dobrobycie ekonomicznym. Towarzyszyło temu przekonanie, że nie trzeba być dobrym człowiekiem, aby być dobrym politykiem, prawnikiem, nauczycielem, lekarzem. W ten sposób zwolniono z wymagań moralnych ludzi obejmujących najwyższe stanowiska w społeczeństwie i realizujących różne zawody.

Tym co miało regulować życie społecznie, jest nie tyle moralność osobista, co reguły prawa stanowionego. Dzięki pozytywizmowi prawnemu rozwinęło się prawodawstwo, ale niestety nie rozwinęły się tym samym moralne zachowania ludzi. Wyrachowany egoista mógł dalej się poruszać w gąszczu przepisów, wykorzystywać je dla swej korzyści i realizować swoje egoistyczne cele. Nie



musiał być dobrym człowiekiem, aby być dobrym obywatelem.

Cnoty moralne zostały wyparte z filozofii moralności oraz praktyki szczególnie przez różnego typu naturalistycznych utylitarystów, dla których człowiek jest zdeterminowanym egoistą (T. Hobbes), a jego instynkty i wady przydatne są w konkurencji i konieczne do rozwoju ekonomii (B. de Mandeville). Zachowania silnych jednostek i ras (etyka panów) przeciwstawiono zachowaniom pokornych, miłosiernych, cichych, prześladowanych i cierpiących dla sprawiedliwości (etyka niewolników; F. Nietzsche).

Być może nadchodzi dziś czas, by powrócić w etyce do tego, co bezrozumnie z niej wyrzucono, czyli przywrócić niezbędną rolę podmiotu moralności, zintegrowanego wewnątrznie, kierującego się właściwymi motywami i intencjami, ubogacającego się nabywanymi dyspozycjami moralnymi, które stanowią jego drugą naturę, naturę człowieka dobrego, zdolnego stale i coraz lepiej realizować dobre czyny.

Etyka cnót w medycynie

Dyskusja o przywróceniu etyki cnót odbiła się echem również na terenie etyki medycznej. Etyka ta – zdaniem E.D. Pellegrino – bardziej niż etyka ogólna była związana z etyką cnót. Mimo silnej presji etyki nowożytnej i współczesnej, która od sześciu stuleci zerwała swe związki z etyką cnót, etyka medyczna miała swoją aretologię (naukę o cnotach) i porzuciła ją stosunkowo niedawno, bo w ostatnim ćwierćwieczu ubiegłego stulecia.⁴ Przyczyniły się do tego społeczno-polityczne przemiany, które skierowały społeczność w stronę etyki bazującej na autonomii pacjenta i na kontraktalistycznych relacjach między pacjentem a lekarzem. Sprzyjało temu osłabienie filozoficzno-religijnych podstaw profesji medycznej, nieufność wobec autorytetów oraz przykłady złego postępowania niektórych lekarzy. W ten sposób więzi budowane na zaufaniu między lekarzem a pacjentem zostały podważone przez legalistyczny kontrakt jakoby lepiej gwarantujący to, czego pacjent-klient oczekuje. Na tym tle wyrósł sukces podręcznika etyki medycznej zaproponowany w 1979 roku przez T.L. Beauchampa i J.F. Childressa, który w miejsce etyki cnót utwierdził w środowisku medycznym etykę czterech zasad zwaną pryncypi-

zmem.⁵ Owe formalne, beztreściowe zasady (autonomii, nieszkodzenia, dobroczynności i sprawiedliwości) wydawały się czymś bardziej konkretnym i przydatnym w rozstrzygnięciach niż spór o to, co jest dobrem, celem medycyny i jakimi cechami moralnymi powinien się odznaczać lekarz.

Przy bliższej krytyce pryncypizmu wyłaniała się coraz wyraźniej potrzeba uzupełnienia etyki zasad etyką cnót. Okazało się bowiem, że tzw. *prima facie* zasady tej etyki nie mają uzasadnienia w jakimś systemie filozoficznym, który umożliwiłby określenie ich treści. Bez tego nie dało się racjonalnie rozstrzygnąć konfliktu tych zasad, na przykład konfliktu autonomii pacjenta ze sprawiedliwością czy z dobroczynnością.⁶ Albowiem autonomia rozumiana bez jej odniesienia i związania z obiektywnym celem medycyny – dobrem pacjenta – może być samowolą niweczącą zarówno dobroczynność lekarza, jak i sprawiedliwość społeczną. Zasady pryncypizmu okazały się więc abstrakcyjnymi sformułowaniami, oderwanymi od egzystencjalnej relacji lekarz-pacjent, od złożoności podejmowanych decyzji klinicznych. Quasi-legalistyczny dyskurs proponowany dla ustalenia treści tych zasad, interesujący z pozycji procedur dochodzenia do konsensu, pomijał jednak odniesienie do chorego, ignorował współczucie i moralną kreatywną aktywność lekarza.⁷

Tymczasem we właściwie formułowanych sądach moralnych nie można pominąć podmiotu moralnego – ani osoby lekarza, ani pacjenta.⁸ Nie jest możliwe życie moralne bez zaangażowania konkretnych osób, ich postaw, intencji i motywów. Nie należy oddzielać stosowania czy to reguł pryncypizmu, czy to przykładów kazuistyki od dokonujących tej refleksji osób. Nie można oddzielać charakteru moralnego osoby spełniającej czyn, jej motywów i intencji od jej zachowania. Dyspozycje, moralne cnoty i wady mają decydujący wpływ na wydawane w konkretnej sytuacji sądy i podejmowane działania. Lekarz spełnia się przez swą profesję nie tylko jako lekarz, ale jako człowiek. To jakim jest człowiekiem, nie da się oddzielić od tego, jakim jest lekarzem. Postawy i motywy, które kryją się w spełnianiu jego funkcji medycznych, decydują, czy to co czyni, służy jego dalszemu rozwojowi moralnemu, czy też jego deprawacji.

Wydaje się więc, że etyka zawodowa, w tym również etyka lekarska niejako zakłada nabywanie odpowiednich dyspozycji moralnych, czyli

cnót umożliwiających dobre wykonywanie tego zawodu. Nie jest ona do pomyślenia bez etyki cnót, bez których lekarz nie może być dobrym lekarzem. W etyce lekarskiej łatwiej jest – zdaniem E.D. Pellegrino – ustalić cel tej profesji niż w etyce ogólnej. Cel – dobro pacjenta – wpisany jest w naturę medycyny, w relację leczenia. To właśnie ten cel wewnętrzny medycyny (dobro medyczne, dobro przeżywane przez pacjenta, dobro pacjenta jako osoby, dobro duchowe), a nie cele zewnętrzne stanowią moralność medyczną. Cele zewnętrzne – takie jak sława lekarza, jego prestiż społeczny i polityczny, pieniądze i zyski – nie mogą decydować o relacji z pacjentem i realizacji tego, co pierwszorzędne.⁹ Lekarz wyposażony w odpowiednie dyspozycje moralne nie może przyjąć roli stratega realizującego politykę eugeniczną selekcji, aborcji czy eutanazji. Nie może zdradzić etosu swej profesji dla celów politycznych czy ekonomicznych. Może sprostać swej profesji tylko poprzez nabycie odpowiednich cech moralnych, które wzmocnią go w sprawowaniu jego misji.

Katalog cnót lekarza

Można się pokusić o wskazanie zasadniczych cnót koniecznych w pełnieniu służby medycznej. Trudno wymienić kompletny katalog przymiotów moralnych lekarza. Katalog taki może być zawsze poddany dyskusji, inaczej zhierarchizowany czy uzupełniony. E.D. Pellegrino na podstawie swego wieloletniego doświadczenia lekarskiego oraz publikowanych dzieł etycznych wypracował pewien katalog cnót lekarza. Jego zdaniem w służbie lekarskiej niezbędne są następujące cnoty: 1) wierność i stałość w zaufaniu oraz w dotrzymywaniu obietnic (*fidelity to trust and promise*), 2) trzymanie w ryzach swoich korzyści (*effacement of self-interest*), 3) intelektualna uczciwość (*intellectual honesty*), 4) współczucie i troska (*compassion and caring*), 5) odwaga (*courage*), 6) sprawiedliwość (*justice*) i 7) roztropność (*prudence*).¹⁰

Bez zaufania nie jest możliwa interpersonalna relacja pacjent-lekarz oraz właściwe leczenie. Wzajemne zainicjowanie i budowanie tej relacji szczególnie ważne jest dla pacjenta, gdyż nie ma on większego wyboru i musi zaufać lekarzowi.

Bez trzymywania w ryzach swoich korzyści nie jest możliwe personalistyczne traktowanie pacjenta jako osoby, która szczególnie podatna jest

na zranienie. Pacjent łatwo może się stać bezwolnym środkiem wzrostu potęgi, prestiżu i zysku lekarza. Wykorzystanie pacjenta jest łatwe, ponieważ w obliczu choroby czy śmierci jest on gotów oddać wszystko, co posiada.

Bez intelektualnej uczciwości, mówienia pacjentowi prawdy, nie jest możliwe włączenie go do w pełni świadomego podejmowania decyzji i uczestnictwa w procesie leczenia. Uczciwość ta jest konieczna w relacji zaufania i wymaga nie tylko szczerych diagnoz i prognoz terapeutycznych, ale również pokornego przyznania się do niewiedzy, pomyłek czy ograniczonych możliwości medycyny.

Bez współczucia nie jest możliwe zrozumienie egzystencjalnej, osobowej i osobistej sytuacji chorego, którą należałoby uwzględnić we właściwym leczeniu. Wczucie się w sytuację chorego, w jego konkretną historię, w którą wpisuje się ów trudny czas choroby jest podstawowe dla określenia tego, jak można mu pomóc, co należy dla niego zrobić, jak należy się o niego troszczyć.

Odwaga w realizacji dobra pacjenta jest szczególnie potrzebna w dobie komercjalizacji, depersonalizacji i ekonomizacji życia zawodowego. Naciski różnych struktur państwowych, politycznych, ekonomicznych są olbrzymie. Łatwo im ulec i tymi naciskami usprawiedliwić siebie. Zostawiamy wtedy pacjenta samemu sobie, jego bezradności i beznadziejności.

Sprawiedliwość i roztropność są nieodzowne we właściwym wyborze różnorodnych terapii oraz odpowiednich środków technicznych. Zdobywa się je stopniowo w praktyce, podejmując w skomplikowanych sytuacjach zgodnie ze swym sumieniem właściwe i trudne decyzje.

Zbudowanie relacji zaufania wymaga współwystępowania w lekarzu wielu cnót. Jego osobowość i moralny charakter odgrywają tu zasadniczą rolę. Pacjent jest bowiem uważnym obserwatorem i silniej przeżywa rozczarowanie postawą lekarza niż człowiek zdrowy. Powierza mu swoje życie, odsłania różne fakty ze swej działalności społecznej, zawodowej i rodzinnej, ujawnia nie tylko słabości cielesne, ale również psychiczne i duchowe. W związku z tym wiele oczekuje z racji owego bezpośredniego, intymnego kontaktu z lekarzem. Zdaje sobie przy tym sprawę, że lekarz dzięki szerokiej wiedzy o chorobie bardzo łatwo może wpłynąć na podjęcie takiej czy innej decyzji.



To ostatecznie on kieruje leczeniem, przeprowadza badania, interpretuje uwagi innych pracowników służby zdrowia, wydaje zalecenia. Pacjent ma jednak nadzieję, że nie wykorzysta tej przewagi w niewłaściwych celach, ale dla jego dobra. Chce, aby lekarz był adwokatem jego sprawy, a nie narzędziem polityki społecznej i ekonomicznej.

Z wielu powodów szerzy się nieufność do lekarzy i różnych specjalistów. Może się ona rodzić tak z nadużytych lekarzy, jak i z buntu chorych wobec swego losu, z utraty wolności i z bezsilności. Reklama i komercjalizacja usług medycznych oraz podejmowanie przez lekarzy wielu prac poza szpitalem – pisze o USA E.D. Pellegrino – sprawiają, że w odczuciu pacjentów lekarze są dla nich coraz mniej dostępni, gdyż większość czasu zajmuje im prowadzenie własnego przedsiębiorstwa, w którym są zarazem pracownikami i pracodawcami. Pacjent postrzega lekarza jako tego, który coraz mniej interesuje się nim samym, a coraz bardziej jego pieniędzmi, coraz mniej zainteresowany jest pracą w szpitalu, a coraz bardziej czasem poza tą służbą.¹¹

Nieufność podsycana jest również absolutyzowaniem autonomii pacjenta.¹² Wprawdzie dzięki szerzeniu wiedzy medycznej pacjent coraz dojrzej uczestniczy w swej terapii, ale też coraz częściej nie liczy się z diagnozami medycznymi, oczekuje od medycyny, aby spełniała jego kaprysy i zachcianki. Propagowanie etyki nieufności przez medycynę komercyjną nie wytworzy lepszych warunków dla terapii. Z zaostrzenia konfrontacji autonomii pacjenta i lekarza skorzystają bowiem adwokaci i prawnicy. To oni będą dyktować pacjentom, jakie kontrakty mają zawierać, aby się dało przed sądem wyciągnąć od lekarza czy z instytucji medycznych określone korzyści. To do nich musi się zwrócić lekarz w celu asekuracji przed nieprzewidywanymi podstępami pacjentów. W tego typu próbie sił leczenie schodzi na drugi plan. Zasadniczym celem w tym układzie staje się literalne spełnianie kontraktu, choćby w trakcie leczenia okazał się on niedorzeczny i szkodliwy dla chorego.

Należy więc podkreślić, że dzięki wzajemnemu zaufaniu możliwe jest prowadzenie właściwego i pełnego leczenia. Dzięki niemu lekarz może określić całościowe, czyli zarówno medyczne, jak i osobiste dobro pacjenta.¹³ Nie tylko wykorzysta w tym celu swą wiedzę medyczną, ale wzbogaci ją

tym, co pochodzi z wysłuchania pacjenta, z poznania jego świata wartości, jego egzystencjalnego i religijnego traktowania swego losu. To właśnie we wzajemnym dialogu łatwiej jest określić całościowe dobro, o które w tym wszystkim chodzi, oraz łatwiej antycypować i przygotować się do sytuacji, które nadejdą. Podsumowując – zaufanie wymaga szeregu wymienionych cnót, niezbędnych w zawodzie lekarza.

Przypisy

1. Jaśtał J.: Etyka cnót, etyka charakteru. W: Jaśtał J., red.: Etyka i charakter. Kraków, Aureus, 2004: 7–42
2. Anscombe G.E.M.: Modern moral philosophy. *Philosophy*, 1958; nr 33
3. MacIntyre A.: Dziedzictwo cnoty: studium z teorii moralności. Tłum. A. Chmielewski. Warszawa, PWN, 1996
4. Pellegrino E.D.: Toward a virtue-based normative ethics for the health professions. *Kennedy Inst. Ethics J.*, 1995; 5: 264
5. Beauchamp T.L., Childress J.F.: Zasady etyki medycznej. Tłum. W. Jacórzynski. Warszawa, 1996 (oryg. *Principles of Biomedical Ethics*, Oxford, Oxford University Press 1979, 1983, 1989, 1994, 2001)
6. Pellegrino E.D.: Toward a virtue-based normative ethics for the health professions, dz. cyt.: 266
7. Biesaga T.: Personalizm a pryncypializm w bioetyce. W: Biesaga T., red.: Podstawy i zastosowania bioetyki. Kraków, WN PAT, 2001: 43–55
8. Biesaga T.: Edmunda D. Pellegrino filozofia medycyny. W: Biesaga T., red.: Systemy bioetyki. Kraków, WN PAT, 2003: 9–22
9. Pellegrino E.D.: The internal morality of clinical medicine: a paradigm for the ethics of the helping and healing professions. *J. Med. Philos.*, 2001; 26: 559–79
10. Pellegrino E.D.: Toward a virtue-based normative ethics for the health professions. dz. cyt.: 268. Pellegrino E.D., Thomasma D.C.: The virtues in medical practice. New York, Oxford, Oxford University Press, 1993: 65–164
11. Pellegrino E.D., Thomasma D.C.: The virtues in medical practice, dz. cyt.: 71
12. Biesaga T.: Autonomia lekarza i pacjenta a cel medycyny. *Med. Prakt.*, 2005; 6: 20–24
13. Biesaga T.: Dobro pacjenta celem medycyny i podstawą etyki medycznej. *Stud. Philos. Christ.*, 2004; 40: 153–165