

Spis treści

Piotr Duchliński Wprowadzenie	7
Piotr Duchliński Introduction	15
Roman Darowski Tadeusz Ślipko – życie i dzieło	23
Ewa Podrez Awangarda i klasyka w świetle współczesnej teorii i praktyki interpretacji	49
Ryszard Moń Miłość mądrości czy mądrość miłości? Czyli o jednej z różnic między filozofią klasyczną a nieklasyczną	75
Alfred Marek Wierzbicki Osoba, czyn, moralność – trzy filary etyki Karola Wojtyły	83
Piotr Duchliński Zagadnienie punktu wyjścia w etyce augustyńsko-tomistycznej	101
Władysław Zuziak O konieczności wzbogacenia aksjologii tomistycznej Tadeusza Ślipki	127

Tadeusz Biesaga Postęp czy kryzys współczesnej bioetyki?	147
Piotr Aszyk Bioetyka a etyka klasyczna	167
Jarosław Kucharski Usprawiedliwione kłamstwo czy mowa defensywna – argumentacja o Tadeusza Ślipki dopuszczająca świadome przekazywanie nieprawdy	185
Bartłomiej Sipiński Osoba perypatetyka. Rozważania o klasycznym charakterze etyki personalistycznej	199
Wojciech Wierzejski Etyka i polityka w ujęciu współczesnego arystotelizmu	215
Wiesław Szuta Sumienie i cnota w ujęciu Tadeusza Ślipki	243
Sebastian Gałęcki Idea sumienia w XXI wieku	275
Andrzej Muszala Pismo Święte wobec doznawania bólu fizycznego i przeżywania cierpienia przez dzieci	307
Robert Janusz Bóg – człowiek – nauka	325
Bibliografia	341

Tadeusz Biesaga

Akademia Ignatianum w Krakowie

Postęp czy kryzys współczesnej bioetyki?

Bioetyka a filozofia – aspekt historyczny

Charakteryzując stan współczesnej bioetyki, ograniczę się do jej związków z filozofią, czyli związku z etyką ogólną, antropologią i metafizyką. Bioetyka bowiem jako wielopłaszczyznowe zjawisko społeczne, jako refleksja nad warunkami *biosu*, czyli życia na ziemi, w tym życia człowieka, wiąże się nie tylko z filozofią, ale z naukami biologicznymi, demograficznymi, medycznymi, socjologicznymi, ekonomicznymi, prawnymi czy też politycznymi. W tym sensie refleksja ta prowadzona jest przez bardzo szerokie grono ludzi, nie tylko przedstawicieli nauk empirycznych i humanistycznych, ale przez przeróżnych naukowców, polityków, dziennikarzy, massmedia i niemalże przez każdego obywatela, który wypowiada się i argumentuje za czy przeciw określonym, szczegółowym rozstrzygnięciom dotyczącym biotechnologicznej ingerencji w życie roślin, zwierząt i człowieka. Prawie w każdym dniu publikuje się w prasie informacje o różnych wydarzeniach czy wypowiedzi wywołujące burzliwe dyskusje bioetyczne. Można więc powiedzieć, że współcześnie każdy jest bioetykiem, gdyż każdy w gazetach, na portalach internetowych, wypowiada się w sporach dotyczących

choćby klonowania człowieka, tworzenia hybryd zwierzęco-ludzkich, eksperymentów na embrionach ludzkich, procedur *in vitro*, definicji śmierci, kwestii przeszczepów od zmarłych czy żywych dawców, aborcji czy eutanazji.

Z racji popularności powyższych sporów, można twierdzić, że bioetyka, jako współczesne zjawisko społeczne, w tym również instytucjonalne i organizacyjne, rozwija się dynamicznie. Przyczynami przyspieszenia refleksji bioetycznej jest rozwój techniki i biotechnologii, nowych możliwości ingerencji zarówno w środowisko, jak również w życie ludzkie w jego początkach, trwaniu i końcu.

Rodzi się jednak pytanie, czy owo przyspieszenie i rozprzestrzenienie się dysput bioetycznych prowadzi do rozwoju bioetyki jako dyscypliny filozoficznej, ugruntowanej w antropologii i w metafizyce? W odpowiedzi przywołajmy najpierw historyczne etapy rozwoju angloamerykańskiej bioetyki.

Historyczny rozwój bioetyki amerykańskiej można podzielić umownie za Edmundem Pellegrino – badaczem tej dyscypliny – na trzy okresy. Pierwszy okres, według niego, to era protobioetyki (*era of proto-bioethics*) przypadająca na lata 1960-1972. Drugi okres to era bioetyki filozoficznej (*era of philosophical bioethics*) przypadająca na lata 1972-1985. Trzeci okres stanowi era bioetyki globalnej (*era of global bioethics*), która rozpoczęła się w roku 1985 i trwa do czasów obecnych¹.

W czasie protobioetyki w dyskusji przeważała mieszanina języków z różnych dziedzin humanistycznych, religii, prawa, kultury; w czasie bioetyki filozoficznej był to język czerpany z różnych nurtów filozoficznych, a w czasie bioetyki rozumianej globalistycznie zasadnicze znaczenie zdobyły nauki o społeczeństwie i zachowaniach społecznych².

¹ E.D. Pellegrino, *The origins and evolution of bioethics: some personal reflections*, „Kennedy Institute of Ethics Journal” 1999, t. 9, nr 1, s. 74.

² Tamże.

W pierwszym okresie bioetyka w USA nie była – zdaniem K.D. Clousera – żadną nauką, lecz „mieszaniną religii, fantazji, zachęt, prawnych precedensów, różnych tradycji, filozofii życia, różnych norm moralnych, ostrych epitetów (wypowiadanych czy to przez mądrych, czy dowcipnych lekarzy)”³.

Refleksja bioetyczna w latach 50. i 60. została wywołana gwałtownym rozwojem nauk biomedycznych, środowiskowych i społecznych oraz olbrzymimi sukcesami technologicznymi w medycynie.

W biomedycynie lata 60. – pisze Daniel Callahan – to era nadzwyczajnego postępu technologicznego. Wyrażał się on we wprowadzeniu dializowania nerek, transplantacji narządów, medycznie bezpiecznej aborcji, antykoncepcji, diagnostyki prenatalnej, powszechnym stosowaniu oddziałów intensywnej terapii, sztucznych respiratorów, w dramatycznym odejściu od śmierci w domu, do śmierci w szpitalach czy innych instytucjach, oraz w pierwszych prześląskach inżynierii genetycznej⁴.

Olbrzymi sukces technologiczny wzmacniał potęgę człowieka oraz podsycił chęć przyspieszenia postępu ekonomicznego i podboju przyrody. Owa olbrzymia moc ery technologicznej postawiła nowe problemy w dziedzinie norm dotyczących życia ludzkiego oraz środowiska przyrodniczego. Wobec tych problemów trzeba było znaleźć odpowiedzi również na terenie etyki, w tym bioetyki czy ekologii.

Okres bioetyki filozoficznej (1972-1985) poprzedziły powstające na przełomie lat 70. w USA ważne ośrodki naukowe⁵. Pierwszymi, którzy zaczęli używać pojęcia „bioetyka”, oraz tworzyć centra czy instytuty bioetyczne, nie byli

³ K.D. Clouser, *Bioethics and philosophy*, „Hastings Center Report” 1993, t. 23, nr 6, s. 1.

⁴ D. Callahan, *Bioethics*, w: *Encyclopedia of bioethics*, t. 1, 3rd edition, red. S.G. Post, New York 2004, s. 279.

⁵ Zob. T. Biesaga, *Początki bioetyki, jej rozwój i koncepcja*, w: *Podstawy i zastosowania bioetyki*, red. T. Biesaga, Kraków 2001, 11-25.

filozofowie, ale naukowcy. Termin „bioetyka” w swej refleksji nad naukami biologicznymi i medycznymi po raz pierwszy użył w dyskursie publicznym w roku 1970 Van Rensselaer Potter, onkolog z Uniwersytetu Wisconsin w Madison (USA), w artykule zatytułowanym: *Bioethics: The Science of Survival* [Bioetyka: nauka o przetrwaniu], i kontynuował opis tej dyscypliny w książce *Bioethics: Bridge to the Future* [Bioetyka: most ku przyszłości] wydanej w roku 1971. W tym samym roku utworzył on na Uniwersytecie Wisconsin pierwszy ośrodek bioetyczny.

Drugi ośrodek bioetyczny, Instytut Etyki Kennedy’ego (The Joseph and Rose Kennedy Institute for the Study of Human Reproduction and Bioethics) założył w 1971 roku na Uniwersytecie Georgetown w Waszyngtonie również naukowiec, holenderski fizjolog i embriolog – André Hellegers. Instytut w swych początkach zajmował się zagadnieniami zaludnienia i ludzkiej reprodukcji. Posiadał centrum badań demograficznych, laboratoria badań nad biologią reprodukcyjną oraz centrum bioetyczne.

Jedynie ośrodek bioetyczny w Hastings, w stanie Nowy Jork (Institute of Society, Ethics and The Life Sciences), zwany Hastings Center założył w 1969 roku filozof wychowania – Daniel Callahan.

Onkolog Van Rensselaer Potter traktował bioetykę jako naukę zajmującą się globalnym przetrwaniem życia na ziemi, przetrwaniem życia ludzkiego oraz poprawą jego jakości (*human survival and improved quality of life*). Bioetyka taka była bliska etyce środowiskowej, ekologii. Włączała ona do refleksji wiele nauk i miała obejmować etykę ziemi (*land ethics*), etykę przyrody (*wild life ethics*), etykę populacji (*population ethics*) i etykę wykorzystania naturalnych zasobów (*consumption ethics*).

André Hellegers, fizjolog i embriolog, rozwijał bioetykę w węższym znaczeniu, bliższą etyce medycznej, gdyż dotyczyła ona problemów związanych z rozwojem medycyny. Zajmowała się relacjami między medycyną, lekarzem i pacjentem. Instytut Etyki Kennedy’ego miał charakter ośrodka akademickiego,

rozwijanego w ramach Wydziału Filozoficznego i Medycznego Uniwersytetu Georgetown w Waszyngtonie.

Od początku z Instytutem Kennedy'ego współpracowali chrześcijańscy teolodzy i filozofowie moralności, tacy jak P. Ramsey, B. Häring, R. McCormick, Ch. Curran, S. Hauerwas, i J. Fuchs⁶.

Daniel Callahan nie prowadził w The Hastings Center działalności akademickiej, niemniej przez organizowane zjazdy, sympozja i publikacje szeroko oddziaływał na rozwój refleksji bioetycznej w USA. W porównaniu z Instytutem Etyki Kennedy'ego rozwijał on bioetykę zakresowo szerszą i bardziej interdyscyplinarną.

Najbardziej integralną bioetykę opracował drugi dyrektor Instytutu Etyki Kennedy'ego – Edmund Pellegrino. Zbudował on teleologiczną etykę medyczną, inspirując się teleologicznym ujęciem dobra przez Arystotelesa oraz teleologicznym ujęciem praktyki przez A. MacIntyre'a. Odróżnił w ten sposób moralność wewnętrzną medycznie, nakierowaną na dobro pacjenta, od moralności zewnętrznej medycznie i celów narzucanych medycznie z zewnątrz, widzianych z pozycji dobra społecznego, ekonomicznego, dobra nauki czy postępu.

Daniel Callahan w swej propozycji bioetyki wyróżniał bioetykę teoretyczną (*theoretical bioethics*), którą rozwijali teolodzy i filozofowie chrześcijańscy, etykę kliniczną (*clinical ethics*), w której chodziło o wypracowanie zasad dokonywania decyzji w różnych skomplikowanych sytuacjach klinicznych, bioetykę regulatywną i społeczną (*regulatory and policy bioethics*), w której chodziło o regulacje prawne porządkujące życie społeczne i polityczne, oraz bioetykę kulturową (*cultural bioethics*), w której chodziło o przywołanie historycznego, ideologicznego, kulturowego i społecznego kontekstu powstawania norm etycznych⁷.

⁶ G. Hołub, *Teolodzy chrześcijańscy u początków współczesnej bioetyki*, w: *Podstawy i zastosowania bioetyki*, dz. cyt., s. 27-42.

⁷ D. Callahan, *Bioethics*, w: *Encyclopedia of bioethics*, t. 1, dz. cyt., s. 278-279.

D. Callahan traktował bioetykę jako etykę szczegółową, podkreślał nieodzowność sięgnięcia po filozoficzne fundamenty tej wieloaspektowej bioetycznej refleksji. W podejmowaniu decyzji moralnych odgrywa rolę – jego zdaniem – nie tylko własna samowiedza (*self-knowledge*) czy znajomość swej kultury i tradycji (*traditions, and cultural perception*), lecz również wiedza zaczerpnięta z teorii moralnych (*moral theories*). Potrzebna jest więc

wizja ludzkiego dobra, zarówno indywidualnego, jak i społecznego. Nauki biomedyczne, społeczne i nauki o środowisku ustawicznie produkują niezliczone tomy nowej wiedzy o ludzkiej naturze i jej społecznych i przyrodniczych uwarunkowaniach. Aby owa wiedza była użyteczna i miała znaczenie, musi być umieszczona w świetle tych pojęć, które konstytuują dobro ludzkiego życia. Czego powinien człowiek szukać w swym życiu? Co konstytuuje dobre i wartościowe ludzkie cele? Zwolennicy postępu technicznego inspirowanego naukami o życiu utrzymują, że powiększają ludzkie szczęście i dobrobyt. Możliwe to jest jednak tylko w tym zakresie, w jakim posiadamy właściwą ideę tego, czego potrzebujemy, by być szczęśliwymi i powiększyć nasz dobrobyt⁸.

André Hellegers i Albert R. Jonsen w swoim stanowisku z roku 1973 podkreślali, że

nowa etyka medyczna potrzebuje kompletnej, pełnej teorii moralności. Takie pełne ujęcie powinno zawierać trzy teorie, czyli teorię cnoty, teorię powinności i teorię sprawiedliwości (*three theories: theory of virtue, a theory of duty, and a theory of justice*), badające trzy podstawowe kwestie moralności⁹.

⁸ Tamże, s. 285.

⁹ A.R. Jonsen, *The birth of bioethics*, New York – Oxford 1998, s. 327-328; B. Chyrowicz, *Bioetyka a metafizyka*, „Diametros”, Forum 3-5.XII.2004, s. 1, <http://www.diametros.iphils.uj.edu.pl/?l=1&p=deb5&m=43&cf=7> (dostęp: 12.09.2013).

Pierwsza teoria miała się zająć kwalifikacjami moralnymi służby zdrowia; druga miała ustalić kryteria, które umożliwiłyby pracownikom służby zdrowia dostrzeżenie tego, co powinni, a czego nie powinni czynić względem tych, o których się będą troszczyć, trzecia miała regulować sprawiedliwy rozdział środków medycznych. Paul Ramsey nazwał tę propozycję b i o e t y k ą h y b r y d o w ą, w której nie da się ustalić hierarchii wartości, nie da się rozstrzygnąć konfliktów, a to dlatego, że każdy z tych działów posiada swoje założenia, a więc brakuje podstaw antropologii i metafizyki pozwalającej powiązać ze sobą w całość owe trzy działy bioetyki.

Narastające od roku 1985 tendencje globalistyczne – stwierdza E. Pellegrino – oraz odkryte nowe możliwości związane z genetyką i biologią molekularną, poszukiwanie reform polityki zdrowia – wszystko to spychało refleksję bioetyczną i etyczną w kierunku rozstrzygania p r a k t y c z n y c h p r o b l e m ó w g l o b a l n y c h, pomijając, ignorując, lub trywializując problematykę uzasadnień filozoficznych.

Jak tylko system opieki zdrowotnej przesunął się w kierunku kosztów, problemów socjologicznych, organizacyjnych i ekonomicznych, wygenerował swoje dla siebie sprawy etyczne. W rezultacie, obecna bioetyka rozwija się poza analizami filozoficznymi¹⁰.

Do nurtów bioetycznych, które eliminowały związek z teorią etyczną i antropologiczną czy też praktycznie odchodziły od tego związku można zaliczyć bioetykę czterech zasad, zwaną p r y n c y p i z m e m Toma L. Beauchampa i Jamesa F. Childressa, przedstawioną w roku 1979 w pracy *Principles of Bio-medical Ethics*, w której rozstrzygnięcie praktycznych dylematów moralnych polegało na wzajemnym wyważaniu *prima facie* zasad: autonomii, nieszkodzenia, dobroczynności i spra-

¹⁰ E.D. Pellegrino, *The origins and evolution of bioethics: some personal reflections*, dz. cyt., s. 83-84.

wiedliwości¹¹. Do antymetafizycznych bioetyk należy również bioetyka kontraktualistyczna, zaproponowana przez Roberta Veatcha w roku 1985 w książce *The Theory of Medical Ethics*¹², oraz z innych względów również dychotomiczna bioetyka świecka i religijna zaproponowana przez Hugo Engelhardta w roku 1986 w książce *Foundations of Bioethics*¹³.

Bioetyka hybrydowa i proceduralna a antropologia

Pryncypizm, szeroko przyjęty nie tylko w świecie angloameerykańskim, jest przykładem bioetyki teoretycznej o konstrukcji hybrydowej, zrywającej z podstawami antropologicznymi czy metafizycznymi. Wychodzi on od razu od czterech *prima facie* zasad, czyli zasady autonomii, nieszkodzenia, dobroczynności i sprawiedliwości. T. Beauchamp w propozycji owych czterech zasad zrezygnował nawet z zasady szacunku dla godności osoby na rzecz zasady autonomii, aby umożliwić przez to bezpośredni dyskurs bioetyczny i praktyczne formułowanie rozstrzygnięć.

¹¹ T.L. Beauchamp, J.F. Childress, *Principles of biomedical ethics*, New York – Oxford 1994 (pierwsze wydanie w 1979 r.). Polskie tłumaczenie: *Zasady etyki medycznej*, przeł. W. Jacórzyński, Warszawa 1996.

¹² R.M. Veatch, *A theory of medical ethics*, New York 1981. Wcześniej rozdz. 4 tej książki, zatytułowany: „The Problems with Professional Physician Ethics”, s. 79-107 oraz rozdz. 5: „The Triple Contract. A New Foundation for Medical Ethics”, s. 108-137 ukazały się jako *Professional Medical Ethics: the Grounding of its Principles* w „Journal of Medicine and Philosophy” 1979, t. 4, nr 1, s. 1-19. Tekst tego artykułu został przetłumaczony na j. polski przez W. Galewicza jako: R.M. Veatch, *Zawodowa etyka medyczna: fundament jej zasad*, w: *Moralność i profesjonalizm. Spór o pozycję etyk zawodowych*, red. W. Galewicz, Kraków 2010, s. 305-332.

¹³ Zob. H.T. Engelhardt, *Foundations of bioethics*, New York 1986¹, 1996².

Bioetyka w postaci czterech beztreściowych zasad nadaje się wprawdzie do wzajemnej, niekończącej się dyskusji, gdyż każdy może wychodzić w niej od swojego rozumienia owych czterech pustych pojęć, ale w swojej filozoficznej treści jest – jak stwierdza G. Meilaender – zbyt cienka (*thin*), zbyt uboga, aby mogła kształtować naszą roztropność i mądrość potrzebną w postępowaniu moralnym¹⁴. Sami jej twórcy zauważają, że zastosowanie pryncypiów zależy od faktycznych przekonań o świecie, od obyczajów i światopoglądu. Rezygnują metodycznie z poszukiwania antropologicznych, a tym bardziej metafizycznych podstaw proponowanych zasad. Okazuje się jednak, że rezygnacja choćby z pojęcia szacunku dla godności osoby na rzecz szacunku dla jej autonomii przerzuca te same problemy na rozumienie autonomii. Sami twórcy pryncypizmu zauważają nieodzowność odwołania się do antropologii, kiedy stwierdzają, że normy dotyczące autonomii pacjenta, czy jego zgody, a tym samym normy dotyczące ochrony jego życia, będą uzależnione od tego, czy kogoś będzie się uważać za osobę czy nie. Zdają sobie sprawę, że kontrowersji w uznaniu kogoś za osobę, albo pozbawieniu kogoś tego miana, nie da się rozstrzygnąć przez odwołanie się do owych czterech podanych zasad. Potwierdzają tym samym, że nie da się operować pryncypiami bez odpowiedniej antropologii. Bez niej same pryncypia nie dostarczają nam uzasadnionych wskazań dla postępowania moralnego¹⁵.

Samy omawiani autorzy dostrzegają również, że w przypadku osób niezdolnych do aktów autonomii, np. będących w śpiączce lub psychicznie chorych, „szacunek dla osoby musi być ugruntowany nie w samej autonomii, lecz w szerszym pojęciu ludzkiej godności”¹⁶. Tak więc pryncypizm wikła się w sprzeczności,

¹⁴ G.C. Meilaender, *Body, soul, and bioethics*, London 1995¹, 1998², s. 16.

¹⁵ Tamże.

¹⁶ T.L. Beauchamp, J.F. Childress, *Principles of biomedical ethics*, dz. cyt., s. 322; G.C. Meilaender, *Body, soul, and bioethics*, dz. cyt., s. 18.

gdyż to, co odrzuca, znów przywołuje jako konieczne w argumentacji bioetycznej.

Z podobną bezradnością pryncypizmu spotykamy się przy próbie zrozumienia w nim zasady dobroczynności. Okazuje się bowiem, że aby coś nazwać czynieniem dobra dla drugiego, musimy mieć jakąś wiedzę o ludzkiej naturze, o spełnianiu się człowieczeństwa i wynikających z tego obowiązkach, o realizacji naszego ludzkiego powołania, o realizacji wezwania pochodzącego od Boga.

Tak np. omawiając dobroczynność na terenie transplantologii, Beauchamp i Childress nakładają powinność dawstwa narządów na żywych obywateli, szczególnie na rodziny chorych, ale po ostatecznym rozważeniu ograniczają nacisk i wymagania społeczeństwa w tym względzie, przyznając pierwszeństwo autonomii dawcy czy decyzji rodziny. Nie wyjaśniają przy tym swych założeń antropologicznych. Podobnie jest w kwestii oceny, czy eutanazja jest czymś szkodliwym, czy czymś dobroczynnym, ostatecznie uzależniają oni stanowisko od tego, jak tę kwestię obecnie lub w przyszłości rozstrzygnie społeczeństwo. Tak więc samo formalne uwzględnienie czterech zasad nie daje nam mądrości antropologicznej i etycznej, według której moglibyśmy postępować.

Zdaniem G. Meilaendera owe proceduralne metody biorąc w nawias podstawowe i ważne sprawy, nad którymi winniśmy dyskutować, takie jak natura osoby ludzkiej, sens cierpienia, podstawy ludzkiej godności, rezygnują z etycznego i profetycznego świadectwa i spychają dyskurs bioetyczny w obszar sporów politycznych. W wyniku takiego zepchnięcia bioetyki, polityczny spór koncertuje się na obronie autonomii tych, którzy mogą być potencjalnymi zwolennikami danej opcji politycznej. Dyskurs przesuwają na teren polityczno-społeczny zdobywania zwolenników partii politycznych poprzez obronę roszczeń poszczególnych, głośnych grup społecznych, szerzących np. idee antykoncepcji, aborcji, legalizacji narkotyków itp. Te grupy obywateli, które nie potrafią wywalczyć sobie

faktycznego dostępu do opieki medycznej, załatwia się zasadą zbiurokratyzowanej sprawiedliwości czy też rachunkiem ekonomicznym i brakiem wystarczających środków.

Owa walka klas nie pogłębia filozoficznego rozumienia autonomii, godności człowieka czy też właściwych celów medycyny. Ten sposób rozwijania refleksji

ma tendencje zasłaniania naszej niezgody w kluczowych kwestiach, takich jak ludzka godność, cierpienie, sens śmierci, relacje między poszczególnymi pokoleniami¹⁷.

Podobnie ubogą filozoficznie bioetykę, inspirując się teorią kontraktu społecznego począwszy od Hobbesa, Hume'a, po Locke'a i Johna Rawlsa, zaproponował w 1981 roku Robert Veatch w wspomnianej książce *A Theory of Medical Ethics*¹⁸. U podstaw etyki medycznej postawił on potrójny kontrakt (*triple contract*). Pierwszy ma się dokonać jako ogólny kontrakt społeczny, ustanowiony przez światłych obywateli, zainteresowanych swoimi korzyściami, którzy wychodząc z moralnego punktu widzenia, dzięki zasłonie niewiedzy, traktując w równy sposób dobrobyt każdej ze stron, przyjmą pewne fundamentalne zasady dla życia razem.

W ramach tego kontraktu poszczególne grupy zawodowe i społeczne formułują drugi kontrakt wzajemnej odpowiedzialności. W końcu trzeci kontrakt zawierany jest między ludźmi różnych zawodów a tymi, którzy z ich pracy korzystają¹⁹.

W kontekście owego hipotetycznego kontraktu Veatch analizuje standardowe pryncypia etyki medycznej, takie jak dobroczynność, autonomia i sprawiedliwość, dodając do nich dotrzymanie kontraktu, uczciwość (*honesty*) i unikanie zabijania (*avoiding killing*). W zaproponowanym kontrakcie przypisuje on pierwszeństwo niekonsekwencjalistycznym pryncypiom,

¹⁷ G.C. Meilaender, *Body, soul, and bioethics*, dz. cyt., s. 19.

¹⁸ Zob. A.R. Jonsen, *The birth of bioethics*, dz. cyt., s. 329.

¹⁹ Tamże, s. 330.

takim jak autonomia, dotrzymywanie przyrzeczeń i unikanie zabijania, przed konsekwencjalistycznymi pryncypiami, takimi jak nieszkodzenie i dobroczynność. Ów priorytet pryncypiów (dotrzymywanie obietnic, traktowanie każdego innego jako autonomicznego członka wspólnoty, postępowanie uczciwe, unikanie pozbawienia chronionego moralnie życia, dążenie do równości) oraz ich przestrzeganie na ile są one zgodne z innymi podstawowymi pryncypiami jest konieczne do istnienia i realizacji dobra każdego uczestnika kontraktu²⁰.

H. Tristram Engelhardt w 1986 roku wydał *Foundations of Bioethics*, książkę wyrosłą z przekonania, że tradycyjnych źródeł moralnego autorytetu nie da się naprawić i trzeba zaproponować jakieś procedury, które uchroniłyby ludzi przed walką i zapewniłyby pokój. Sądził, że trzeba przyjąć na początku dwa podstawowe pryncypia: autonomię i dobroczynność. Owe puste treściowo zasady pluralistyczna społeczność, poprzez wspólną zgodę, wypełni jakąś treścią. Wychodząc od szacunku do autonomii każdego, oraz od chęci budowania dobrobytu dla wszystkich, należy rozwiązywać konflikty pokojowo, bo tylko pokój zapewni realizację wcześniej zakładanych wartości. Tak więc owe ubogie w treść (*content poor*) pryncypia i dążenie do pokoju tworzą ramy dla etyki sekularystycznej. Jest to etyka minimalistyczna, nie zabraniająca innym prowadzić bogatszego życia moralnego w kulturowych i religijnych wspólnotach. W ten sposób Engelhardt stworzył komunitarianizm sekularystyczny i komunitarianizm religijny, czyli dwie różniące się bioetyki, bioetykę świecką i bioetykę religijną.

Zdaniem A.R. Jonsena,

obydwaj, Veatch i Engelhardt, dostrzegli problem „konfliktu zasad i wartości”. Obydwaj rozwiązywali ten problem przez leksykalny porządek, w którym pryncypia deontologiczne sta-

²⁰ Tamże.

wiali ponad pryncypiami konsekwencjalistycznymi; przyznając w rozwiązywaniu problemów moralnych wyższy priorytet deontologicznej zasadzie autonomii niż dobroczynności. Tego rodzaju leksykalny porządek postawił na głowie tradycję hipokratyczną, która opierała się na dobroczynności w medycynie²¹.

Natomiast Edmund Pellegrino i David Thomasma chcieli właśnie zachować tradycję Hipokratesa w etyce medycznej. W swych książkach: *A Philosophical Basis of Medical Practice: Toward a Philosophy and Ethic of the Healing Professions* oraz *For the Patient's Good: The Restoration of Beneficence in Health Care*, sięgając do historii i filozofii arystotelesowskiej i neotomistycznej, chcieli zbudować etykę na dobroczynności w z a u f a n i u²². Pellegrino mimo, że nie był ani historykiem, ani filozofem, to od swoich studiów w St. John's University był oddany filozofii arystotelesowskiej i neotomistycznej. Do tego doszła jego przyjaźń z dominikaninem Davidem Thomasmą, który studiował filozofię medycyny w Institute of Human Values in Medicine w Waszyngtonie w 1975 roku.

Od Arystotelesa zaczerpnęli oni rozumienie leczniczej relacji między pacjentem a lekarzem oraz ontologię medycyny jako praktyki (*ontology of medicine as a practice*).

Natura choroby, podatność na zranienie pacjenta oraz powołanie lekarza przekształcała się w praktykę rządzoną trzema zasadami: nieszkodzenia, respektu na podatności pacjenta na zranienia, traktowania każdego pacjenta jako reprezentanta ludzkiej wspólnoty. Pryncypium dobroczynności zostało zinterpretowane jako dobroczynność w zaufaniu (*beneficence-in-trust*), co znaczyło, że dobroczynność nie polega na paternalistycznym określaniu dobra pacjenta przez lekarza, gdyż to zadań lekarza należy włączyć w to dobro, odkryte w dialogu z pacjentem, przeżywane przez niego wartości. Zasada autonomii, tak wychwalana we współczesnej etyce medycznej, zo-

²¹ Tamże, s. 330-331.

²² Tamże.

stała zredukowana do szerzej pojętej dobroczynności, w której poświęcenie pacjenta łączyło się z poświęceniem lekarza stojącego w obliczu pacjenta podatnego na zranienie²³.

Wszyscy oni Pellegrino i Thomasma, Veatch, Engelhardt, poszukiwali ogólnej teorii dla bioetyki. Mimo ich wkładu, trudno powiedzieć, aby ich rozwiązania zostały przyjęte przez bioetyków, gdyż

Veatcha potrójny kontrakt (*triple contract*) był zbyt hipotetyczny, Engelhardta „logika pluralizmu” (*logic of pluralism*) moralnie zbyt uboga, Pellegriny i Thomasmy dobroczynność w zaufaniu (*beneficence-in-trust*) zbyt ontologiczna, by pokonać krytyczne nastawienie większości ich kolegów. Żadna z teoretycznych podstaw dla bioetyki nie została entuzjastycznie wsparta przez grono bioetyków²⁴.

Bioetyka i ubóstwo antropologiczne

Mimo gwałtownego rozwoju bioetyki angloamerykańskiej, nietrudno dostrzec ubóstwo antropologiczne proponowanych wersji tej dyscypliny. Zauważa je m.in. Gilbert C. Meilaender w książce *Body, Soul, and Bioethics*²⁵, wydanej pierwszy raz w 1995 roku. Wyraził je nawet w tytułach rozdziałów owej publikacji. Rozdział I zatytułował „Jak bioetyka straciła duszę” (z odpowiednimi podtytułami), rozdziały II i III „Jak bioetyka straciła ciało”. Jego zdaniem bioetyka omawianego okresu straciła związek z tym, kim jesteśmy i czemu zasady bioetyczne mają służyć. „Bioetyka – pisze on – straciła w tym czasie duszę, naszą duszę. Znaczy to tyle, że w znacznym stopniu odwróciła

²³ Tamże.

²⁴ Tamże.

²⁵ G.C. Meilaender, *Body, soul, and bioethics*, dz. cyt.

się od zgłębiania podstawowych pytań dotyczących tego, kim jesteśmy i powinniśmy być”²⁶. Stosowanie takich, a nie innych, metod w bioetyce, doprowadziło ją do utraty głębszych powiązań z antropologią i metafizyką, nie wspominając o religii.

Podobne stanowisko przywołuje Barbara Chyrowicz w referacie zatytułowanym *Bioetyka a metafizyka*, otwierającym dyskusję na ten temat w „Diametrosie” z 4-5 grudnia 2004 roku. Wyróżnia ona trzy modele bioetyczne omawianego okresu, czyli: 1. bioetykę jako etykę szczegółową, będącą uszczegółowieniem norm uzasadnionych w etyce ogólnej, 2. bioetykę hybrydową, związana z kilkoma różnymi teoriami etycznymi i 3. bioetykę pozytywizującą, w której rozstrzygnięcia normatywne są oparte na wynikach nauk szczegółowych. Przykładem tej pierwszej są bioetyki rozwijane na podstawie etyki postkantowskiej, etyki utilitarystycznej, neotomistycznej czy personalistycznej. Przykładem bioetyki hybrydowej jest propozycja André Hellegersa i Alberta R. Jonsena, wyróżniająca w bioetyce trzy teorie: teorię obowiązku, teorię cnoty i teorię sprawiedliwości, które są ze sobą niespójne, gdyż nie posiadają jednej antropologii i metafizyki. Do tej grupy należy również bioetyka czterech zasad Toma L. Beauchampa i Jamesa F. Childressa, w której to zasady autonomii, nieszkodzenia, dobroczynności i sprawiedliwości podane są w oderwaniu od teorii etycznej, tym bardziej od antropologii czy metafizyki. Do tej grupy można też zaliczyć bioetykę globalistyczną R. Veatcha, w której hipotetyczny kontrakt ma decydować o złu i dobru, oraz dychotomiczną bioetykę świecką i religijną Hugo Engelhardta, w której konkurują ze sobą dwa przeciwstawne sobie światopoglądy.

Zarówno bioetyka hybrydowa, jak też proceduralna czy pozytywizująca, zrywając więzi z antropologią i metafizyką, utraciły duszę i ciało. Utraciły ciało, gdyż świadomie, czy nieświadomie,

²⁶ Tamże, s. 2.

adoptują dualizm postkartezjański, traktując ciało jako mechanizm poddany samowoli ludzkiej autonomii. Utraciły duszę, gdyż niejako na ślepo formułują wskazania w postaci jakiegoś katalogu formalnych, pustych treściowo zasad, o których treści ostatecznie, np. w pryncypizmie, decydują obyczaje i stereotypy społeczne.

Ubóstwo antropologiczne i metafizyczne prowadzi do ideologizacji bioetyki. Określone rozstrzygnięcia etyczne i ich prawne legalizacje lansują określone grupy nacisku, np. różne organizacje aborcyjne, demograficzne, eugeniczne, feministyczne, polityczne. Nie prowadzą one już debaty antropologicznej, której się bioetyka wyzbyła, lecz chcą zmieniać świat, według z góry przyjętych przez siebie rozstrzygnięć. Tak jak w marksizmie prawda etyczna ma być efektem praktyki, która ją wyprzedza.

To metafizyczne i antropologiczne ubóstwo współczesnej bioetyki prowadzi do mnożenia w niej pseudoproblemów oraz nierozstrzygalnych opinii, gdyż zawsze można wątpić w postawione u podstaw tych rozstrzygnięć nieokreślone treściowo pryncypia, czy też bliżej nieokreślone pojęcie hipotetycznej korzyści, pomyślanej alternatywy najlepszego świata.

Wyrazem bezpłodności takiej bioetyki jest brak refleksji nad zakładanymi nieświadomie i ukrytymi założeniami antropologicznymi i metafizycznymi. W rozstrzygnięciach związanych z zasadą dobroczynności czy autonomii zakłada się jakąś antropologię i jakąś teorię realnej rzeczywistości, czyli metafizykę. Brak zidentyfikowania zakładanej antropologii i metafizyki wikła bioetykę hybrydową, proceduralną czy pozytywizującą w zonglerkę pojęciami, prowadząc do sceptycyzmu i frustracji w podejmowanym z nimi dialogu. Przeważa w tej argumentacji scjentystyczne, sceptyczne podważanie wszystkiego jako wątpliwe, albo narzucanie ideologicznych rozstrzygnięć jako absolutnie pewnych. Mimo praktycznego sceptycyzmu, głosi się radykalne stanowiska, które jakoby były naukowo uzasadnione.

Zamieszanie na terenie bioetyki i bałagan na polu antropologii przenosi się również na prawodawstwo, w którym np.

w Europejskiej Konwencji Bioetycznej w pewnych artykułach traktuje się embrion ludzki jako istotę ludzką podległą ochronie, a w innych artykułach urzeczowia się go i zawiesza jego prawo do życia. Jeśli bowiem w tej samej kwestii funkcjonują różne antropologie, to skutkuje to sprzecznymi rozstrzygnięciami etycznymi i prawnymi.

Owo zamieszanie teoretyczne jest szczególnie niebezpieczne jeśli chodzi o prawo do życia, gdyż w pewnych działaniach można tej samej istocie ludzkiej takie prawo przyznać, a przy innych działaniach to prawo odebrać. Cywilizacja oparta na tak chwiejnych i sprzecznych podstawach antropologicznych i etycznych może się toczyć w niewiadomym racjonalnie i etycznie kierunku. Może ona zrodzić nowe, niebezpieczne ideologie.

Rezygnacja z uzasadnień antropologicznych czy metafizycznych, to rezygnacja z filozoficznego charakteru bioetyki²⁷. Taka rezygnacja jest jednak rezygnacją z racjonalności, którą daje filozofia, na rzecz płynięcia z prądem pewnych trendów społecznych, ekonomicznych, politycznych.

Kazimierz Szewczyk we wspomnianej w wyżej dyskusji w „Diametrosie”, zatytułowanej „Bioetyka a metafizyka”, staje na stanowisku, że współczesne nurty bioetyczne wyrastają jednak z jakiejś antropologii²⁸.

Całkowicie zgadzam się – pisze – że bioetyka powinna odwoływać się do antropologicznych założeń. Co więcej, chcę wysunąć tezę, że bioetyka odwołuje się do nich, że każdy z wymienionych modeli jej uprawiania ma antropologiczne fundamenty. Antropologicznym ufundowaniem modelu proceduralno-procesualnego jest wizja osoby zbliżona do Rawlowskiej idei obywatela, zdolnego do społecznej kooperacji

²⁷ B. Chyrowicz, *Bioetyka a metafizyka*, dz. cyt., s. 5-8.

²⁸ K. Szewczyk, *Debatujemy, poszukujemy, uprawiamy*. (Uwagi do wypowiedzi prof. Barbary Chyrowicz, *Bioetyka a metafizyka*), „Diametros”, Forum 3-5.XII.2004, s. 1-7; <http://www.diametros.iphils.uj.edu.pl/?l=1&p=deb5&m=17&ii=90> (dostęp: 14.09.2013).

i dysponującego dwiema władzami moralnymi, tj. zdolnością do posiadania poczucia sprawiedliwości i zdolnością do kierowania się racjonalną koncepcją dobra. [...] Konkludując, sądząc, że bioetyka nie tylko powinna mieć „antropologiczną duszę”. Twierdzą bowiem, że zawsze tę duszę ma, że bez niej nie mogłaby istnieć, choćby to była dusza tak metafizycznie słaba, jak idea osoby Rawlsa, czy nawiązująca do tej idei antropologia klasycznego liberalizmu etyki czterech zasad²⁹.

Sam zauważa jednak, że idea osoby w postaci idei obywatela u Rawlsa jest metafizycznie słaba, można powiedzieć, treściowo tak uboga, że w określaniu treści zasad bioetycznych w pryncypizmie czy kontraktualizmie jest bezradna i, w związku z tym, przez samych twórców tych nurów jest ignorowana.

Niektórzy teoretycy – np. Alicja Przyłuska-Fischer – u podstaw bioetyki pozytywizującej stawiają holistyczną koncepcję człowieka. Zauważają oni, że w bioetyce hybrydowej, np. w stosunku to tzw. bioetyki teoretycznej, szukającej podstaw filozoficznych, przeważa w praktyce bioetyka regulatywna, która, napędzana koniecznością prawnych uregulowań nowych możliwości współczesnej biotechnologii, formułuje normy z pominięciem albo wbrew owej antropologii³⁰.

Z różnych nurtów bioetyki angloamerykańskiej najbardziej zaangażowaną filozoficznie i antropologicznie jest propozycja Edmunda Pellegrina czy Leona Kassa. Nawiązuje ona do tradycji Hipokratesa oraz do teleologii Arystotelesa. Edmund Pellegrino i Leon Kass wyprowadzają dla medycyny normy etyczne z natury praktyki medycznej. W związku z tym Kass dowodzi, że lekarz nie może zabijać, gdyż zabicie pacjenta przekreśla istotne znaczenie jego praktyki medycznej. Zakaz zabijania czy uśmiercania pacjenta przez lekarza nie może być uzasadniany

²⁹ Tamże, s. 4.

³⁰ A. Przyłuska-Fischer, *Bioetyka regulacji i bioetyka teoretyczna*, „Diametros”, Forum 3-5.XII.2004, s. 1-4, <http://www.diametros.iphils.uj.edu.pl/?l=1&cp=deb5&m=17&ii=92> (dostęp: 14.09.2013).

subiektywnym zdaniem konkretnego pracownika służby zdrowia, a nawet pewnych komisji czy organizacji medycznych, lecz wynika z wewnętrznej celowości samej praktyki medycznej. Kierują tym normy wewnętrzne danej profesji (*inherent in the profession itself*). Normy zewnętrzne, narzucane przez państwo czy przez różne gremia społeczne bądź przez subiektywne dążenia lekarza czy pacjenta, nie są właściwe dla medycyny, która ma swoje własne cele, i które winna realizować, jeśli nie chce być na usługach polityków czy ideologów.

Mówiąc o celach i normach medycznych wewnętrznych tej praktyce – stwierdza G. Meilaender – nie odrzucamy tym samym teorii etycznych, lecz odwołujemy się do Arystotelesowskiego rozumienia moralności. W tym ujęciu, właściwe zachowanie nie jest determinowane przez refleksyjną aplikację reguł moralnych, tak jak byśmy określali, co powinniśmy czynić przez uszczegółowienie norm drogą zastosowania ogólnych norm do szczegółowych przypadków. Zamiast tego, uczymy się stopniowo właściwego zachowania jako sposobu życia (*a way of life*) – jako sprawności do czynu (*habits of conduct*), które stanowią jego gramatykę i syntaksę³¹.

Z tej perspektywy lekarze

wiedzą, że nie powinni zabijać swoich pacjentów ani z miłości do pieniędzy (jak to określił Kass), ani dlatego, że zastosują do tego ogólne normy zakazujące zabijania. Oczywiście, jako obywatele mogą oni służyć jako żołnierze. Nie powinni jednak używać swoich umiejętności medycznych, by służyć państwu do wykonywania egzekucji (choćby przez stosowanie letalnych iniekcji), i to nawet wtedy, gdy osobiście nie mają zastrzeżeń do kary śmierci. To nie ogólne normy moralne, lecz moralny sens ich profesji wyznacza lekarzom to, że muszą bronić cieleśnego życia swoich pacjentów, których osoby manifestują się na ziemi tylko w żywym ciele³².

³¹ G.C. Meilaender, *Body, soul, and bioethics*, dz. cyt., s. 4.

³² Tamże, s. 5.

Wyżej wymieniony pryncypizm czy kontraktualizm odchodzi, zdaniem Daniela Callahana, od internalistycznego do eksternalistycznego uzasadniania moralności medycznej (*from "internalist" to an "externalist" view of the relation of medical morality to the wider moral standards of society*). „W eksternalistycznym ujęciu twierdzi się, że cele medycyny muszą być określone z zewnątrz, przez moralność szeroko pojętej społeczności. Umiejętności lekarzy mają być podporządkowane realizacji tych celów”³³. Ów kontraktualistyczny „uniwersalizm”, przyporządkowując działanie poszczególnych ludzi i grup zawodowych postępowi i pokojowi społecznemu, ma zniwelować partykularyzm i osiągnąć większy sukces. Propozycja ta przyporządkowuje etykę indywidualną i zawodową, w tym etykę medyczną, naczelnej wartości jaką jest pokój społeczny. Ponieważ normy etyk zawodowych mogą rodzić napięcia w stosunku do zewnętrznych względem nich norm społecznych, prawnych, politycznych, więc dla zniwelowania tych napięć likwiduje się etyki zawodowe, klauzulę sumienia, na rzecz globalistycznie rozumianego pożytku³⁴.

W ten sposób propozycje kontraktualistyczne wikłają się w trudności, gdyż bez koncepcji dobrego życia, koncepcji dobra indywidualnego, dobra realizowanego w poszczególnych profesjach, dobra społecznego, chcą zniwelować te pierwsze dla nieokreślonych, uznanych za nadrzędne, tych drugich. Takie propozycje przypominają historycznie groźne ideologie różnych form klasowej realizacji dobra wspólnego.

³³ Tamże.

³⁴ Tamże, s. 6.