

„Filozofia, głupcze!”

Czyli na czym oparta jest etyka lekarska?

dr Andrzej Muszala
Międzywydziałowy Instytut Bioetyki Papieskiej
Akademii Teologicznej w Krakowie

Każdy człowiek wyznaje jakiś zbiór norm, zasad i wartości. Niezależnie od tego, czy posiada tytuł profesora czy jedynie świadectwo ostatniej klasy szkoły podstawowej; czy jest doświadczonym czy ignorantem w danej kwestii, wierzącym czy ateistą. Także Ty, czytelniku, kimkolwiek jesteś – lekarzem, pielęgniarką czy też kimś innym – uznajesz kradzież, zabójstwo czy kłamstwo za coś złego i etycznie nagannego, a poświęcenie się, prawdomówność czy bezinteresowność – za coś dobrego, godnego pochwały i moralnej aprobaty. Na jakiej jednak podstawie wydajesz swój osąd? Co leży u podstaw takiego, a nie innego orzekania o danym przypadku czy postępowaniu? Skąd czerpiesz owe rozstrzygnięcia? Chciałoby się powiedzieć – parafrazując tytuł książki amerykańskiego ekonomisty, Patricka Halle’a – to „Filozofia, głupcze!”¹ Używając tego ostatniego wyrazu, bynajmniej nie mam zamiaru nikogo obrażać; przytaczam go tu dlatego, że odpowiedź jest przecież tak bardzo prosta! Każdy człowiek wyznaje jakąś „filozofię”, zespół norm, wartości i zasad postępowania, czyli – jak to określali starożytni Grecy – „umiłowanie mądrości”,² i to tej najbardziej życiowej, która stanowi uzasadnienie takiego a nie innego podejścia do życia i poszczególnych jego przypadków. Postawmy jednak kolejne pytanie: „Jaka to jest filozofia?” I tutaj pojawiają się różnice. Okazuje się bowiem, że człowiek może przyjąć różne sposoby wartościowania w zależno-

ści od tego, co uznaje za dobro najwyższe. Przyjrzymy się temu nieco bliżej.

Filozofia w teorii

Dla kogoś wartością najwyższą może być nauka, jako dobro samo w sobie, oraz jej rozwój, całe zaś postępowanie człowieka powinno się znaleźć na jej usługach. Pogląd taki nazywa się **scjentyzmem** (od ang. *science* – nauka), czasem **naturalizmem** (gdyż odnosi się jedynie do przyczyn „naturalnych”, przyrodniczych, pomijając wszelkie myślenie w kategoriach abstrakcyjnych). W takim modelu filozofowania człowiek jest zredukowany do sfery cielesnej; wszelkie mówienie o duchu ludzkim (a tym bardziej o duszy) jawi się jako nienaukowe, a zachowania i reakcje są warunkowane przez wysoce wyspecjalizowany ośrodkowy układ nerwowy. Okazuje się, że w dobie współczesnej nie tak mało naukowców, zwłaszcza biologów, jest zwolennikami tego typu myślenia (np. E.O. Wilson czy R. Dawkins). Choć na pierwszy rzut oka może się on wydawać dość zrozumiały i możliwy do zaakceptowania, to jednak w dalszej perspektywie taka etyka może się obrócić przeciw samemu człowiekowi. W takim spojrzeniu logiczne stają się bowiem na przykład eksperymenty na niektórych kategoriach osób, klonowanie człowieka, poszukiwanie nowych form terapii z wykorzystaniem ludzkich płodów itp.; wszystko to może być usprawiedliwione „postępem nauki”.

Innym modelem filozoficznym, bardziej popularnym we współczesnym społeczeństwie, jest tzw. **utilitaryzm**, w którym kryterium wszelkiego postępowania stanowi użyteczność (od ang. *utility* – przydatność, użyteczność). W systemie tym – w celu dokonania moralnej oceny danego czynu – stosuje się rachunek strat i korzyści na

¹ Por. P. Hale: *It's the economy, stupid*. Capital Markets, 2008

² gr. φιλέω (phileo) – kochać, σοφία (sophia) – mądrość

zasadzie zbliżonej do ekonomii.³ Wyraża się on w postulacie: „jak najwięcej korzyści dla jak największej liczby ludzi”. Jest to hasło dość chwytliwe; zachodzi jednak pytanie, co dla kogo jest korzyścią? Według jednego z najpopularniejszych reprezentantów tego typu myślenia, australijskiego filozofa Petera Singera, w interesie osób ciężko chorych (a także innych z nimi związanych) leży przyspieszone zakończenie ich życia poprzez zastosowanie eutanazji. W przypadku bardziej wyrazistym – gdy dla wszystkich (dla rodziny, spadkobierców majątku, personelu medycznego, ubezpieczalni) owo sprowokowanie śmierci pacjenta jest „korzystne”, sam zaś zainteresowany się na to nie zgadza lub nie jest w stanie wyrazić swojej opinii, nasuwa się pytanie, czy zastosowanie zasady „jak najwięcej korzyści dla jak największej liczby ludzi” nie stanowi prawnego usankcjonowania brutalnej przemocy? Czy w ogóle można „demokratycznie” (np. w głosowaniu) i na podstawie „ekonomicznego rachunku” decydować, co jest moralnie godziwe, a co nie? Utylitaryzm zastosowany w medycynie kieruje się zasadą „jakości życia”, ustalającą dolną granicę, poniżej której dane życie „nie jest warte życia” i stąd u dzieci rodzących się z ciężką wadą chromosomalną postuluje jego rychłe zakończenie.

Trzecim modelem współczesnej etyki (także lekarskiej) jest zasada całkowitej, absolutnej **autonomii**. Odnosi się ona do wolności jako najistotniejszego i ostatecznego kryterium osądu danego czynu i mówi, że wszelkie bariery ograniczające ludzkie działanie (np. normy prawne, drugi człowiek, Bóg) stanowią formę zniewolenia i dlatego powinny być odrzucone. I odwrotnie – działania, które poszerzają przestrzeń wolności (także w medycynie), są etycznie pozytywne. Tak więc eutanazja jest oceniana jako moralnie godziwa nie tylko dzięki wykazaniu jej użyteczności dla większości osób, lecz dzięki możliwości realizacji ludzkiej wolności, która przejawia się w dowolnym dysponowaniu własnym życiem i śmiercią. Kontynuując tę samą linię rozumowania: płód obciążony ciężką wadą wrodzoną powinien być usunięty, gdyż poważnie ogranicza wolność ro-

dziców (zwłaszcza matki). Jak mawiał J.P. Sartre, „piekło to inni” (*l'enfer c'est les autres*⁴); w tym przypadku owo piekło jest zgotowane przez kalekie dziecko, które nie pozwala jej na realizację planów życiowych.

Człowiek może dokonywać moralnych osądów i wyborów wedle innej jeszcze filozofii, zwanej **kantyzmem** (czasem **deontologizmem**, od gr. *déon* – obowiązek). Głosi on ideę działania wedle obowiązku, i to nawet czasem w oderwaniu od sumienia i obiektywnych zasad moralnych. Immanuel Kant (od którego wywodzi się nazwa tego sposobu wartościowania) mówi m.in. o imperatywie (nakazie) moralnym, który decyduje, czy dane postępowanie jest dobre czy złe. Obowiązkiem człowieka jest posłuszeństwo wobec prawa stanowionego przez państwo i działanie według jego ustaw. Ten typ myślenia został szczególnie rozwinięty w XX wieku przez austriackiego filozofa Hansa Kelsena (1881–1973) w rozprawie „Czysta teoria prawa”.⁵ Według niego „prawo daje procedurę, poprzez którą tworzy samo siebie”.⁶ Nie można zatem mówić o jakichś uprzednich prawach człowieka, gdyż osoba jest podporządkowana większemu organizmowi społecznemu. W takim modelu nie ma już miejsca na refleksję filozoficzną nad poszczególnymi normami prawnymi; należy być im posłusznym, ponieważ są normami, i ponieważ są utożsamione z wyższym autorytetem (państwem), a nie dlatego że wynikają z jakiejś racjonalnej refleksji, opartej na analizie natury ludzkiej. Jak zatem powinien się zachować lekarz, który zostaje zobligowany do działania obiektywnie nieetycznego (jak to miało miejsce np. w Trzeciej Rzeszy lub w dzisiejszych Chinach, gdzie lekarz staje nieraz w obliczu odgórnego nakazu dokonania sterylizacji czy aborcji)?

Jeszcze inną formą filozofii jest **personalizm** (od łac. *persona* – osoba), który za podstawowe kryterium uznaje godność osoby ludzkiej. W tym systemie rozum ludzki nie tworzy prawa, ale go odczytuje przez analizę porządku zawar-

³ Na ten temat patrz więcej: Z.N. Brzózny: Rachunek zysków i strat – nowe kryterium w medycynie? Med. Prakt., 2009; 3: 158–161

⁴ J.P. Sartre: Przy drzwiach zamkniętych. Paryż, 1946

⁵ H. Kelsen: Czysta teoria prawa. Warszawa, 1934; uaktualnione wyd. francuskie: H. Kelsen: Theorie pure du droit. Paris-LGDJ, 1999

⁶ H. Kelsen: Theorie pure du droit, dz. cyt.: 60 (tłum. własne)

tego w prawie naturalnym. Wolność nie ma tu charakteru absolutnego, lecz jest ukierunkowana w stronę dobra osoby, będącej dobrem godziwym (a nie tylko przyjemnym lub użytecznym). Filozofia personalistyczna jest kompatybilna z myśleniem chrześcijańskim, które dodatkowo zakłada, że to Bóg jest ostatecznym źródłem owego prawa naturalnego, z czego wynika jego pewność oraz ukierunkowanie na obiektywne dobro całego człowieka (tzn. nie tylko jego ciała i zmysłów, ale także sfery duchowej). „Osoba ludzka jest zasadą, podmiotem i celem wszystkich urządzeń społecznych”.⁷ Personalizm nie przyjmuje zasady „jakości życia”, lecz na to miejsce postuluje zasadę „świętości życia” uznającą, że każde ludzkie życie – także to najbardziej poszkodowane i okaleczone – ma swoją wartość. Zasady personalistyczne leżą u podstaw Przysięgi Hipokratesa, a w czasach współczesnych – Powszechnej Deklaracji Praw Człowieka ONZ.

Z kolei w anglosaskim sposobie oceniania kluczową rolę odgrywa tzw. *common law*. Jest to bardzo specyficzny rodzaj wartościowania, który wychodzi od poszczególnych przypadków (ang. *case*), by dojść do norm ogólnych. Rozpatruje się w nim jakiś pojedynczy precedens (np. wyrażenie zgody na dawstwo narządów przez umyślowo upośledzonego krewnego⁸), który potem stanowi wzorzec do osądu podobnych sytuacji. Taki typ filozofowania nazywa się **kazuistyką** i stanowi swoistą odwrotność europejskiego myślenia kontynentalnego; w tym ostatnim człowiek, bazując na podstawowych zasadach moralnych, dokonuje oceny poszczególnego przypadku, a zatem idzie od norm ogólnych do szczegółowych. Tymczasem kazuista postępuje w porządku odwrotnym – „odpowiada na wszystkie pytania, odwołując się do zasad znanych z doświadczenia i tradycji, a także do rozumowania opartego na porównaniu analogicznych przypadków”;⁹ wychodzi zatem od poszczególnych przypadków, by dojść do zasad ogólnych. Z tego względu w systemie kazuistycznym mogą istnieć rozstrzygnięcia, które zestawione razem są wewnątrznie niespójne. Klasycznym

przykładem jest rozumowanie leżące u podstaw uchwalonego w ubiegłym roku w Anglii „Embriology Bill”, w którym przyjęto różne rozwiązania o traktowaniu ludzkich embrionów i płodów w zależności od rodzaju działania (np. w przypadku tworzenia chimer zwierzęco-ludzkich przyjęto cezurę 14. dnia, w przypadku zaś przerwania ciąży – 24. tygodnia).

W końcu – być może najpowszechniej – funkcjonuje w społeczeństwie myślenie wyrażające tzw. **moralność potoczną**. Ludzie, którzy się nią kierują, nie zastanawiają się nad ostatecznym źródłem pochodzenia podstawowych norm moralnych, lecz dokonują osądów etycznych *ad hoc*, intuicyjnie, przez odniesienie do różnie rozumianego (zwykle dość swoiście) „zdrowego rozsądku”. Taki sposób wartościowania jest widoczny szczególnie w świecie publicystycznym, dziennikarskim. Czytając różne opinie w gazetach i magazynach na tematy etyczne z pogranicza życia ludzkiego, czy też słuchając debat telewizyjnych w tej kwestii, na ogół nie sposób odnaleźć w nich odwołania się do jakiejś głębszej filozofii; z reguły wydawane opinie są wyrazem osobistego przekonania piszącego lub wypowiadającego dane sądy. Owa moralność potoczna jest oczywiście zależna od wielu czynników, takich jak: tradycja w danej społeczności, wartości wyniesione z dzieciństwa, własne przemyślenia, napotkane przypadki, egzystencjalne doznania itp. Niejednokrotnie stanowi zlepek wyżej omówionych teorii. Sądy wydawane na jej podstawie są – podobnie jak w kazuistyce – na ogół dość niespójne; czasem wręcz dwa identyczne przypadki mogą być ocenione odmiennie w zależności chociażby od tego, czy dotyczą nieznannej osoby, czy też członka rodziny. Wydaje się, że we współczesnym społeczeństwie, wskutek coraz większej marginalizacji myślenia filozoficznego, wartościowanie według moralności potocznej zyskuje coraz więcej nieświadomych zwolenników.

Filozofia w praktyce

W tym miejscu nasuwa się pytanie, po co dokonaliśmy powyższego podziału współczesnych nurtów filozofowania oraz ich opisu? Bynajmniej nie z samej chęci klasyfikowania! Okazuje się bowiem, że rozróżnienie źródeł moralności ma istot-

⁷ Sobór Watykański II: Konstytucja duszpasterska o Kościele w świecie współczesnym. 25

⁸ Por. T. Beauchamp. J. Childress: *Zasady etyki medycznej*. Warszawa, Książka i Wiedza, 1996: 533–534

⁹ Tamże: 104

ne reperkusje w życiu codziennym oraz w samej etyce lekarskiej.

Po pierwsze: tłumaczy ono, skąd się biorą tak wielkie rozbieżności w osądzie jakiegoś pojedynczego przypadku. Medycyna dostarcza wielu przykładów na ów pluralizm postaw moralnych, żeby wspomnieć chociażby wielką ambiwalentność wobec takich kazusów, jak: śmierć Eluany Englaro i Terri Schiavo, urodzenie dziecka z próbówki po 14 latach przechowywania go w stanie zamrożenia w stadium embrionalnym, poczęcie embrionu w celu pobrania komórek macierzystych dla chorego starszego brata itp. Różnorodność opinii widoczna jest obecnie także w wypracowywaniu zasad prawnych przez Komisję Bioetyczną pod przewodnictwem Jarosława Gowina, szczególnie w odniesieniu do zapłodnienia *in vitro* i sporządzania tzw. testamentu życia. Każda z opcji uznaje się za ostateczną, podając argumenty „niepodważalne”, „niepodlegające dyskusji”, podczas gdy co najwyżej stanowi prezentację jakiegoś typu myślenia. Ponieważ reprezentanci moralności potocznej zwykle stanowią większość w tego typu debatach, zatem prawdziwy obraz problemu najczęściej zostaje zatarty przez osobiste interesy, co na pewno nie odbija się korzystnie na obiektywnej ocenie danego postępowania.

Po drugie: różnorodność wyznawanych światopoglądów tłumaczy wielość ocen moralnych i modeli etyki lekarskiej. Posłużmy się tu pewnym przykładem: mężczyzna w wieku około 25 lat uległ wypadkowi, wskutek czego od kilku miesięcy znajduje się w stanie wegetatywnym, z bardzo małą szansą na powrót do życia świadomego. Według logiki scjentystycznej stanowi on przypadek do badań klinicznych; pytanie o sensowność dalszego utrzymywania go przy życiu nie jest pytaniem naukowym i powinno być rozstrzygnięte przez inne kompetentne osoby lub komitet bioetyczny. W myśleniu utylitarystycznym dalsze utrzymywanie takiego człowieka przy życiu jest niekorzystne zarówno pod względem ekonomicznym (duże koszty), jak i społecznym (ktoś inny czeka na jego łóżko). Ponadto jakość jego życia jest bardzo niska, jest on idealnym dawcą organów i może się przyczynić do ratowania życia wielu innym ludziom; w związku z tym należałoby dążyć do przyśpieszenia jego śmierci i pobrania narządów. Z kolei przedstawiciele zasady absolutnej autonomii odwołują się – w imię

poszanowania wolności – albo do uprzedniej „woli życia” (czytaj: śmierci) nieprzytomnego pacjenta, albo do woli jego kompetentnych reprezentantów. Deontolodzy postąpią według tego, co na ten temat przewiduje konkretne prawo stanowione; w jednym kraju może ono nakazywać dalszą opiekę nad pacjentem, w innym – postulować prawo do skorzystania z czynnej eutanazji. Personalizm będzie w nim widział człowieka, który nie przekroczył progu śmierci, co implikuje konieczność poszanowania jego fundamentalnego prawa do życia; sprzeciwiać się zatem będzie wszelkim działaniom, które prowadziłyby do jego uśmiercenia. Kazuiści będą poszukiwać przypadku analogicznego, wcześniej rozpatrzonego, i mogą się skłaniać bądź ku zastosowaniu eutanazji (powołując się na kasus Eluany Englaro), bądź ku podtrzymaniu jego życia (odwołując się do kazusu Terry’ego Wallisa, podobnie jak innych osób wybudzonych po latach ze stanu wegetatywnego). W końcu przedstawiciele moralności potocznej zaprezentują szeroką gamę możliwych odniesień do pacjenta w stanie wegetatywnym, w zależności od osobistych przekonań, intuicji, wyznawanego światopoglądu, stopnia wiedzy w tej kwestii i niektórych okoliczności, jak na przykład czy jest on członkiem ich rodziny, czy też potencjalnym dawcą narządów dla drogiej im osoby. Powyższy przypadek ukazuje nam, jak różne, wręcz skrajnie przeciwstawne mogą być podejścia różnych modeli filozofowania (i co za tym idzie – różnych systemów etyki lekarskiej) w kontrowersyjnej sytuacji podjęcia leczenia czy też jego zaniechania wobec pacjenta w specyficznej sytuacji granicznej.

Po trzecie: zaprezentowanie różnych nurtów filozofowania jest niezbędne do rozpatrzenia innych przypadków klinicznych, trudnych do moralnego osądu. Piszący te słowa autor ma osobistą intencję prześledzenia podobnych kazusów w dziale „Etyka” na łamach „Medycyny Praktycznej”. Wpierw konieczne jednak będzie rozpatrzenie innego kluczowego pytania: kim jest człowiek w medycynie? O tym jednak po wakacjach.

„FILOZOFIA, GŁUPCZE!” CZYLI NA CZYM OPARTA JEST ETYKA LEKARSKA?

Każdy człowiek wyznaje jakiś zbiór norm, zasad i wartości. Niezależnie, czy posiada tytuł profesora czy jedynie świadectwo ostatniej klasy szkoły podstawowej; czy jest doświadczonym czy ignorantem w danej kwestii, wierzącym czy ateistą. Także Ty, czytelniku, kimkolwiek jesteś – lekarzem, pielęgniarką, salową, czy też kimś innym – uznajesz kradzież, zabójstwo czy kłamstwo za coś złego i etycznie nagannego, zaś poświęcenie się, prawdomówność czy bezinteresowność – za coś dobrego, godnego pochwały i moralnej aprobaty. Na jakiej jednak podstawie wydajesz swój osąd? Co leży u podstaw takiego, a nie innego orzekania o danym przypadku czy postępowaniu? Skąd czerpiesz owe rozstrzygnięcia? Chciałoby się powiedzieć – parafrazując tytuł książki amerykańskiego ekonomisty, Patricka Halle’a – to „Filozofia, głupcze!”¹. Używając tego ostatniego wyrazu bynajmniej nie mam zamiaru ani ciebie ani nikogo obrażać; przytaczam go tu dlatego, iż odpowiedź jest przecież tak bardzo prosta! Każdy człowiek wyznaje jakąś „filozofię”, zespół norm, wartości i zasad postępowania, czyli – jak to określali starożytni Grecy – „umiłowanie mądrości”², i to tej najbardziej życiowej, która stanowi uzasadnienie takiego a nie innego podejścia do życia i poszczególnych jego przypadków. Postawmy jednak kolejne pytanie: „Jaka to jest filozofia?” I tutaj zaczynają się różnice. Okazuje się bowiem, że człowiek może przyjąć różne sposoby wartościowania w zależności od tego, co uznaje za dobro najwyższe. Przyjrzymy się temu nieco z blizsza.

1. Filozofia w teorii

Dla kogoś wartością najwyższą może być nauka, jako dobro samo w sobie, oraz jej rozwój, całe zaś postępowanie człowieka winno znaleźć się na jej usługach. Pogląd taki nazywa się **scjentyzmem** (od ang. *science* – nauka), czasem **naturalizmem** (gdyż odnosi się jedynie do przyczyn „naturalnych”, przyrodniczych, pomijając wszelkie myślenie w kategoriach abstrakcyjnych). W takim modelu filozofowania człowiek zredukowany jest do sfery cielesnej; wszelkie mówienie o duchu ludzkim (a tym bardziej o duszy) jawi się jako nienaukowe, zaś zachowania i reakcje warunkowane są przez wysoce wyspecjalizowany centralny układ nerwowy. Okazuje się, iż w dobie współczesnej nie tak mało naukowców, zwłaszcza biologów, jest zwolennikami tego typu myślenia (np. E. O. Wilson, czy R. Dawkins). Choć na pierwszy rzut oka może się on wydawać dość zrozumiały i możliwy do zaakceptowania, to jednak w dalszej perspektywie taka etyka może obrócić się przeciw samemu człowiekowi. W takim spojrzeniu logiczne stają się bowiem np. eksperymenty na niektórych kategoriach osób, klonowanie człowieka, poszukiwanie nowych form terapii poświęcając ludzkie płody itp.; wszystko to może być usprawiedliwione „postępem nauki”.

Innym modelem filozoficznym, bardziej popularnym we współczesnym społeczeństwie, jest tzw. **utilitaryzm**, w którym kryterium wszelkiego postępowania stanowi użyteczność (od ang. *utility* – przydatność, użyteczność). W systemie tym – w celu dokonania moralnej oceny danego czynu – stosuje się rachunek strat i korzyści na zasadzie zbliżonej do ekonomii³. Wyraża się on w postulatcie: „jak najwięcej korzyści dla jak największej ilości ludzi”. Jest to hasło dość chwytliwe, powstaje jednak pytanie, co dla kogo jest korzyścią?

Według jednego z najpopularniejszych reprezentantów tego typu myślenia, australijskiego filozofa, Petera Singera, w interesie osób ciężko chorych (jak i innych z nimi związanych) leży przyspieszone zakończenie ich życia poprzez zastosowanie eutanazji. W przypadku bardziej wyrazistym – gdy dla wszystkich (dla rodziny, spadkobierców majątku, personelu medycznego, ubezpieczalni) owo sprowokowanie śmierci pacjenta jest „korzystne”, sam zaś zainteresowany się na to nie zgadza lub nie jest w stanie wyrazić swojej opinii, powstaje pytanie, czy zastosowanie zasady „jak najwięcej korzyści dla jak największej ilości ludzi” nie stanowi prawnego usankcjonowania brutalnej przemocy? Czy w ogóle można „demokratycznie” (drogą np. głosowania) i „ekonomicznego rachunku” decydować, co jest moralnie godziwe, a co nie? Utylitaryzm zastosowany w medycynie kieruje się zasadą „jakości życia”, ustalającą dolną granicę, poniżej której dane życie „nie jest warte życia” i stąd – np. u dzieci rodzących się z ciężką wadą chromosomalną – postuluje jego rychłe zakończenie.

Trzecim modelem współczesnej etyki (także lekarskiej) jest zasada całkowitej, absolutnej **autonomii**. Odnosi się ona do wolności jako najistotniejszego i ostatecznego kryterium osądu danego czynu, i mówi, iż wszelkie bariery ograniczające ludzkie działanie (np. normy prawne, drugi człowiek, Bóg) stanowią formę zniewolenia i dlatego winny być odrzucone. I odwrotnie, działania, które poszerzają przestrzeń wolności (także w medycynie), są etycznie pozytywne. I tak, eutanazja oceniona jest jako moralnie godziwa już nie przez wykazanie jej użyteczności dla większości osób, lecz przez możliwość realizacji ludzkiej wolności, która przejawia się w dowolnym dysponowaniu własnym życiem i śmiercią. Stosując tę samą linię rozumowania, płód obciążony ciężką wadą wrodzoną winien być usunięty, gdyż poważnie ogranicza wolność rodziców (zwłaszcza matki). Jak mawiał J. P. Sartre, „piekło to inni” (*l'enfer c'est les autres*⁴); w tym przypadku owo piekło jest zgotowane przez kalekie dziecko, które nie pozwala jej na realizację planów życiowych.

Człowiek może dokonywać moralnych osądów i wyborów wedle innej jeszcze filozofii, zwanej **kantyzmem** (czasem **deontologizmem**, od gr. *déon* – obowiązek). Głosi on ideę działania wedle obowiązku, i to nawet czasem w oderwaniu od sumienia i obiektywnych zasad moralnych. Immanuel Kant (od którego wywodzi się nazwa tego sposobu wartościowania) mówi m.in. o imperatywie (nakazie) moralnym, który decyduje, czy dane postępowanie jest dobre czy złe. Obowiązkiem człowieka jest posłuszeństwo prawu stanowionemu przez państwo, i działanie według jego ustaw. Ten typ myślenia został szczególnie rozwinięty w XX w. przez austriackiego filozofa Hansa Kelsena (1881-1973) w rozprawie *Czysta teoria prawa*⁵. Według niego, „prawo daje procedurę poprzez którą tworzy samo siebie”⁶. Nie można zatem mówić o jakichś uprzednich prawach człowieka, gdyż osoba podporządkowana jest większemu organizmowi społecznemu. W takim modelu nie ma już miejsca na refleksję filozoficzną nad poszczególnymi normami prawnymi; należy być im posłusznym, ponieważ są normami, i ponieważ są utożsamione z wyższym autorytetem (państwem), a nie dlatego, że wynikają z jakiejś racjonalnej refleksji, opartej na analizie natury ludzkiej. Powstaje jednak pytanie, jak winien zachować się lekarz, który zostaje zobligowany do działania obiektywnie nieetycznego (jak to miało miejsce np. w Trzeciej Rzeszy, lub w czasach współczesnych w Chinach, gdzie lekarz staje nieraz w obliczu odgórnego nakazu dokonania sterylizacji czy aborcji)?

Jeszcze inną formą filozofii jest **personalizm** (od łac. *persona* – osoba), która za podstawowe kryterium uznaje godność osoby ludzkiej. W tym systemie rozum ludzki nie tworzy prawa, ale go *odczytuje* przez analizę porządku zawartego w prawie naturalnym. Wolność nie ma tu charakteru absolutnego, lecz jest ukierunkowana w stronę dobra osoby, będącej dobrem godziwym (a nie tylko przyjemnym lub użytecznym). Filozofia personalistyczna jest kompatybilna z myśleniem chrześcijańskim, które dodatkowo zakłada, iż to Bóg jest ostatecznym źródłem owego prawa naturalnego, z czego wynika jego pewność

oraz ukierunkowanie na obiektywne dobro całego człowieka (tzn. nie tylko jego ciała i zmysłów, ale także sfery duchowej). „Osoba ludzka jest zasadą, podmiotem i celem wszystkich urządzeń społecznych”⁷. Personalizm nie przyjmuje zasady „jakości życia”, lecz na to miejsce postuluje zasadę „świętości życia” uznającą, iż każde ludzkie życie – także to najbardziej poszkodowane i okaleczone – ma swoją wartość. Zasady personalistyczne legły u podstaw *Przysięgi Hipokratesa*, zaś w czasach współczesnych – *Powszechnej Deklaracji Praw Człowieka ONZ*.

Z kolei w anglosaskim sposobie oceniania kluczową rolę odgrywa tzw. *common law*. Jest to bardzo specyficzny rodzaj wartościowania, który wychodzi od poszczególnych przypadków (ang. *case*), by dojść do norm ogólnych. Rozpatruje się w nim jakiś pojedynczy precedens (np. wyrażenie zgody na dawstwo narządów przez umyślowo upośledzonego krewnego⁸), który potem stanowi wzorzec do osądu podobnych sytuacji. Taki typ filozofowania nazywa się **kazuistyką** i stanowi swoistą odwrotność myślenia kontynentalnego; w tym ostatnim człowiek, bazując na podstawowych zasadach moralnych, dokonuje oceny poszczególnego przypadku, a zatem idzie od norm ogólnych do szczegółowych. Tymczasem kazuista postępuje w porządku odwrotnym – „odpowiada na wszystkie pytania, odwołując się do zasad znanych z doświadczenia i tradycji, a także do rozumowania opartego na porównaniu analogicznych przypadków”⁹; wychodzi zatem od poszczególnych przypadków, by dojść do zasad ogólnych. Z tego względu w systemie kazuistycznym mogą istnieć rozstrzygnięcia, które zestawione razem są wewnętrznie niespójne. Klasycznym przykładem jest rozumowanie leżące u podstaw uchwalonego w ubiegłym roku w Anglii *Embriology Bill*, w którym przyjęto różne rozwiązania o traktowaniu ludzkich embrionów i płodów w zależności od rodzaju działania (np. w przypadku tworzenia chimer zwierzęco-ludzkich przyjęto cezurę 14 dnia, zaś w przypadku przerwania ciąży – 24 tygodnia).

W końcu – być może najpowszechniej – funkcjonuje w społeczeństwie myślenie wyrażające tzw. **moralność potoczną**. Ludzie, którzy się nią kierują nie zastanawiają się nad ostatecznym źródłem pochodzenia podstawowych norm moralnych, lecz dokonując osądów etycznych *ad hoc*, intuicyjnie, przez odniesienie do różnie rozumianego (zwykle dość swoiście) „zdrowego rozsądku”. Taki sposób wartościowania jest widoczny szczególnie w świecie publicystycznym, dziennikarskim. Czytając różne opinie w gazetach i magazynach na tematy etyczne z pogranicza życia ludzkiego, czy też słuchając debat telewizyjnych w tej kwestii, na ogół nie sposób odnaleźć w nich odwołania się do jakiejś głębszej filozofii; z reguły wydawane opinie są wyrazem osobistego przekonania piszącego lub wypowiadającego dane sądy. Owa moralność potoczna jest oczywiście zależna od wielu czynników, jak: tradycja w danym rejonie, wartości wyniesione z dzieciństwa, własne przemyślenia, napotkane przypadki, egzystencjalne doznania itp. Niejednokrotnie stanowi zlepek wyżej omówionych teorii. Sądy wydawane na jej podstawie są – podobnie jak w kazuistyce – na ogół dość niespójne; czasem wręcz dwa identyczne przypadki mogą być ocenione odmiennie w zależności chociażby od tego, czy dotyczą nieznannej osoby, czy też członka rodziny. Wydaje się, że we współczesnym społeczeństwie, wskutek coraz większej marginalizacji myślenia filozoficznego, wartościowanie według moralności potocznej zyskuje sobie coraz więcej nieświadomych zwolenników.

2. Filozofia w praktyce

W tym miejscu powstaje pytanie, po co dokonaliśmy powyższego podziału współczesnych nurtów filozofowania oraz ich opisu? Bynajmniej nie z samej chęci klasyfikowania! Okazuje się bowiem, że rozróżnienie źródeł moralności ma swoje istotne reperkusje dla codziennego życia oraz dla samej etyki lekarskiej.

Po pierwsze, tłumaczy ono, skąd się biorą tak wielkie rozbieżności w osądzie jakiegoś pojedynczego przypadku. Medycyna dostarcza wielu przykładów na ów pluralizm postaw moralnych, żeby wspomnieć chociażby wielką ambiwalentność wobec takich kazusów, jak: śmierć Eluany Englaro, Terri Schiavo, urodzenie dziecka z probówki po 14-tu latach przechowywania go w stanie zamrożenia w stadium embrionalnym, poczęcie embrionu w celu pobrania komórek macierzystych dla chorego starszego brata, itp. Różnorodność opinii widoczna jest obecnie także w wypracowywaniu zasad prawnych przez Komisję Bioetyczną pod przewodnictwem Jarosława Gowina, szczególnie w odniesieniu do zapłodnienia *in vitro* i sporządzania tzw. „testamentu życia”. Każda z opcji uznaje się za ostateczną, podając argumenty „niepodważalne”, „nie podlegające dyskusji”, podczas gdy co najwyżej stanowi prezentację jakiegoś typu myślenia. Ponieważ reprezentanci moralności potocznej zwykle stanowią większość w tego typu debatach, zatem prawdziwy obraz problemu najczęściej zostaje zatarty przez osobiste interesy, co na pewno nie odbija się korzystnie na obiektywnej ocenie danego postępowania.

Po drugie, różnorodność wyznawanych światopoglądów tłumaczy wielość ocen moralnych i modeli etyki lekarskiej. Posłużmy się tu pewnym przykładem: mężczyzna w wieku około 25 lat uległ wypadkowi, wskutek czego od kilku miesięcy znajduje się w stanie wegetatywnym z bardzo małą szansą na powrót do życia świadomego. Według logiki scjentyistycznej stanowi on przypadek do badań klinicznych; pytanie o sensowność dalszego utrzymywania go przy życiu nie jest pytaniem naukowym i powinno być rozstrzygnięte przez inne kompetentne osoby lub komitet bioetyczny. W myśleniu utylitarystycznym dalsze utrzymywanie takiego człowieka przy życiu jest niekorzystne zarówno od strony ekonomicznej (duże koszty), jak i społecznej (ktoś inny czeka na jego łóżko). Ponadto jakość jego życia jest bardzo niska, jest on idealnym dawcą organów i może przyczynić się do ratowania życia wielu innym ludziom; w związku z tym należałoby dążyć do przyspieszenia jego śmierci i pobrania narządów. Z kolei przedstawiciele zasady absolutnej autonomii odwołują się – w imię poszanowania wolności – albo do uprzedniej „woli życia” (czytaj: śmierci) nieprzytomnego pacjenta, albo do woli jego kompetentnych reprezentantów. Deontolodzy postąpią według tego, co na ten temat przewiduje konkretne prawo stanowione; w jednym kraju może ono nakazywać dalszą opiekę nad pacjentem, w innym – postulować prawo do skorzystania z czynnej eutanazji. Personalizm będzie w nim widział człowieka, który nie przekroczył progu śmierci, co implikuje konieczność poszanowania jego fundamentalnego prawa do życia; sprzeciwiać się zatem będzie wszelkim działaniom, które prowadziłyby do jego uśmiercenia. Kazuiści poszukiwać będą przypadku analogicznego, wcześniej rozpatrzonego, i będą mogły skłaniać się bądź ku zastosowaniu eutanazji (powołując się na przypadek Eluany Englaro), bądź ku podtrzymaniu jego życia (odwołując się do przypadku Terry Wallis’a jak i innych osób wybudzonych po latach ze stanu wegetatywnego). W końcu przedstawiciele moralności potocznej zaprezentują szeroką gamę możliwych odniesień do pacjenta w stanie wegetatywnym, w zależności od osobistych przekonań, intuicji, wyznawanego światopoglądu, stopnia wiedzy w tej kwestii, jak i niektórych okoliczności, jak np. czy jest on członkiem ich rodziny, czy też potencjalnym dawcą narządów dla drogiej im osoby. Powyższy przypadek ukazuje nam, jak różne, wręcz skrajnie przeciwstawne mogą być podejścia różnych modeli filozofowania (i ca za tym idzie – różnych systemów etyki lekarskiej) w kontrowersyjnej sytuacji podjęcia leczenia czy też jego zaniechania wobec pacjenta w specyficznej sytuacji granicznej.

Po trzecie, zaprezentowanie różnych nurtów filozofowania jest niezbędne do rozpatrzenia innych przypadków klinicznych, trudnych do moralnego osądu. Pisząc te słowa autor ma osobistą intencję prześledzenia podobnych kazusów w niektórych kolejnych numerach rubryki *Etyka „Medycyny Praktycznej”*, co zamierza uczynić poczynawszy od

wakacyjnych numerów. Wpierw konieczne jednak będzie rozpatrzenie innego kluczowego pytania: kim jest człowiek w medycynie? O tym jednak za miesiąc.

1 Por. P. Halle: It's the economy, stupid, Capital Markets 2008.

2 (gr. φιλέω phileo – kochać, σοφία sophia – mądrość)

3 Na ten temat patrz więcej: Z.N. Brzózy: Rachunek zysków i strat - nowe kryterium w medycynie?, (w:) „Medycyna Praktyczna” 3(2009), 158-161

4 J. P. Sartre; Przy drzwiach zamkniętych, 5, Paryż 1946

5 H. Kelsen: *Czysta teoria prawa*, Warszawa 1934; uaktualnione wyd. francuskie: H. Kelsen, *Theorie pure du droit*, Paris-LGDJ, 1999.

6 H. Kelsen: *Theorie pure du droit*, dz. cyt., s. 60 (tł. wł.)

7 Sobór Watykański II: Konstytucja duszpasterska o Kościele w świecie współczesnym, 25.

8 Por. T. Beauchamp. J. Childress: *Zasady etyki medycznej*, Warszawa, Książka i Wiedza 1996, s. 533-534

9 Tamże: s. 104

„HOMO JEDNAK SAPIENS” KIM JEST CZŁOWIEK W MEDYCYNIE?

Lekarz, który podchodzi do łóżka chorego, nie spotyka się z kolejnym „przypadkiem klinicznym”, lecz z żywą *osobą* – człowiekiem, będącym swoistym mikrokosmosem złożonym z wielu warstw, „orbit”, władz i poziomów reagowania. Ogólnie panująca dość słaba znajomość „zewnętrznej i wewnętrznej budowy człowieka” powoduje, że niejednokrotnie ani sam pacjent nie uświadamia sobie, „co się w nim dzieje”, ani lekarz jak i pozostały personel medyczny nie rozumieją jego reakcji, skupiając się jedynie na usiłowaniu mających doprowadzić do wyleczenia somatycznej choroby, tracąc tym samym niezwykłą okazję do kompleksowej, czyli *całościowej* pomocy choremu, i do wzajemnego duchowego wzbogacenia się. Stąd tak istotna jest refleksja nad problemem zapowiedzianym w poprzednim artykule naszego etycznego działu: *kim jest człowiek w medycynie*; czy jest jedynie ciałem, zbiorem tkanek i narządów, czy też kimś więcej...

1. Człowiek w odniesieniu na zewnątrz

Pacjent jest najpierw osobą zanurzoną w świecie zewnętrznym i charakteryzującą się specyficznymi odniesieniami do swojej rodziny, przyjaciół, lekarza, pielęgniarki, różnych instytucji, państwa i całego otaczającego go świata. Kontaktuje się z nim poprzez swoje ciało, zwłaszcza zmysły, przez które odbiera bodźce i sygnały z zewnątrz oraz wyraża swoje stany i pragnienia. Jest zatem istotą *społeczną*, jak to wyraża współczesna filozofia – „istotą w dialogu” z otoczeniem, a nie „samotną wyspą”. Lekarz zwykle nie uświadamia sobie, w jakich stosunkach chory znajdujący się pod jego opieką pozostaje ze swoją rodziną – żoną/mężem, dziećmi, sąsiadami, współpracownikami, władzą itd. Nie wie, czy kontakt z najbliższymi jest dla niego ulgą, czy też źródłem kolejnego cierpienia. Nie wie, czy pozostawił on za sobą uregulowane sprawy finansowe, spadkowe, międzyludzkie, społeczne; czy ma wokół siebie grono przyjaciół i osób, którym może całkowicie ufać, czy przeżywa swą chorobę w samotności i zupełnym opuszczeniu. Cały ten zewnętrzny świat pacjenta jest zwykle mało lub wręcz niedostępny dla lekarza. A przecież nietrudno sobie uświadomić, jak brzemienne w skutkach może on mieć wpływ na proces leczenia, czas i sposób pobytu w szpitalu...

2. Człowiek w odniesieniu do swojego wnętrza

Jeszcze bardziej tajemniczy jest dla przedstawicieli personelu medycznego świat wewnętrzny chorego. I to tym bardziej, że (przepraszam w tym miejscu za może zbyt surowy osąd...) zwykle nie mają oni istotnej wiedzy na temat wewnętrznej struktury człowieka i mechanizmów jego reagowania. Wypada zatem w tym miejscu pokrótce je omówić. Starożytny postulat „Poznaj samego siebie! (*cognosce te ipsum!*)”, wyryty na architrawie jednej z rzymskich świątyń, jest wciąż aktualny i winien stać się przedmiotem refleksji każdego przedstawiciela gatunku *homo sapiens* – także tego, który znalazł się szpitalu czy to w roli pacjenta, czy też pracownika służby zdrowia. Zajmijmy się tu przede wszystkim tym pierwszym.

Chory – tak jak i każdy człowiek – jest istotą zbudowaną z trzech zasadniczych warstw: Pierwszą stanowi jego materialna cząstka zwana *ciałem* (gr. *soma*) – histologiczna i anatomiczna struktura człowieka; to właśnie nią przede wszystkim zajmuje się lekarz, troszcząc się o jej prawidłowe funkcjonowanie. Szczególnymi władzami ciała są *zmysły*, dzielone umownie na *zewnątrzne* i *wewnętrzne*. Do tych pierwszych należą: wzrok, słuch, smak, dotyk i powonienie; stanowią one swoiste „bramy” kontaktowania się danej jednostki ze światem zewnętrznym. Upośledzenie jednego ze zmysłów stanowi poważne zubożenie cielesne człowieka, jakkolwiek nie decyduje o tym, iż należy go wyłączyć z grupy ludzi; nawet brak lub dysfunkcja ich wszystkich nie byłaby tu argumentem, gdyż człowiek posiada inne, głębsze warstwy swej osobowości. Niejednokrotnie „nadrabia” on swój ubytek poprzez inne formy komunikowania się z otoczeniem, wyostrzając pozostałe zmysły (znane są np. przypadki genialnych niewidomych muzyków, obdarzonych niezwykłym słuchem). Zmysły zatem nie decydują o człowieczeństwie, jakkolwiek – nieujarzmione – mogą całkowicie zdominować czyjeś postępowanie, i w ten sposób stać się narzędziem niekontrolowanego podążania za „smakami”, „obrazami” itp. Dość powszechnym przejawem takiej postawy jest bezkrytyczne korzystanie z dobrodziejstw współczesnej kultury obrazu, dźwięku i reklam. W przypadku pacjenta skoncentrowanego jedynie na tej najbardziej zewnętrznej warstwie zmysłowej, choroba jawi się jako największy dramat i bezsens. Pozbawia go bowiem możliwości korzystania z zewnętrznych zasobów, do których miał dotychczas dostęp. Udreka może być spotęgowana jeszcze przez bardzo negatywne doznania w sferze „dotyku”, przejawiające się w bólu i cielesnym cierpieniu. Gdy brakuje odniesienia do głębszych warstw, człowiek może żądać od lekarza albo jak najszybszego usunięcia choroby, albo – w przypadku jej nieuleczalnego i uciążliwego charakteru – skrócenia nieznośnych cierpień przez eutanazję. Z drugiej strony z pomocą mogą mu przyjść zmysły wewnętrzne, do których zalicza się przede wszystkim: instynkt, intuicję i wyobraźnię; ukierunkowują go one do wewnątrz, czyli na działania według ducha. Szczególnie instynkt przetrwania, właściwie uruchomiony i zmotywowany, może doprowadzić do pełnej mobilizacji pacjenta w kierunku podjęcia wszelkich trudów i aktywnej współpracy z lekarzem w procesie leczenia. Wielką sztuką pozostaje, jak go w nim obudzić!

Drugą warstwę w człowieku stanowi jego *duch* (w znaczeniu filozoficznym, a nie religijnym). Chodzi tu o władze specyficznie ludzkie, typowe dla człowieka, które decydują o tworzonej przez niego kulturze, nauce, sztuce i życiu według wartości, co wyróżnia go od świata zwierząt. W warstwie tej wyróżniamy trzy zasadnicze władze: rozum, wolę i pamięć. *Rozum* stanowi tzw. władzę poznawczą. To dzięki niemu człowiek może poznawać otaczający go świat, innych ludzi i własne wnętrze. Dzięki niemu nie tylko żyje, ale *wie* że żyje. Dzięki niemu może tworzyć sądy, idee i pojęcia abstrakcyjne; może „wzniesić się” ponad czystą materię i dokonać refleksji nad sensem jej, jak i własnego istnienia. Jego przedłużeniem jest ludzka *wola* – władza wykonawcza, która realizuje czynnie postulaty i przemyślenia rozumu. Tak jak podstawowym orzeczeniem rozumu jest czasownik „być”, tak podstawową czynnością (kategorią) woli jest „chcieć”. Człowiek przy pomocy woli realizuje swoje pragnienia, dąży do zamierzonego celu, podejmuje wysiłki w osiągnięciu określonego dobra, pomimo wielu nieraz przeszkód zewnętrznych. Na usługach rozumu i woli jest ludzka *pamięć*, stanowiąca swoistą „bibliotekę” człowieka, tzn. poszerzany ciągle zasób życiowego doświadczenia. Pamięć pomaga rozumowi w dokonywaniu coraz słuszniejszych wyborów, zwłaszcza gdy w przeszłości zdarzały się porażki.

W tym miejscu należy wspomnieć jeszcze o *uczuciach*. Stanowią one dość dziwną władzę w człowieku, znajdującą się częściowo w sferze zmysłów, a częściowo w sferze ducha (dlatego mówi się czasem o uczuciach niższych i wyższych). Uczucia nie są zależne od ludzkiego rozumu ani woli; pojawiają się zwykle dość niespodziewanie i spontanicznie, w wyniku doznanych przeżyć pozytywnych (uczucie radości, szczęścia, zachwyty itp.) lub

negatywnych (uczucia przygnębienia, smutku, apatii itp.). Uczucia mają tę (niebezpieczną) cechę, iż z reguły są egoistyczne i niejednokrotnie działają na człowieka z tak wielką mocą, iż determinują jego zachowanie. Nie poddane kontroli rozumu mogą doprowadzić do działań destruktywnych lub stać się przyczyną zniechęcenia, czasem wręcz depresji. Dlatego wielu klasycznych pedagogów i filozofów mówiło o konieczności „wychowania uczuć”. W naszej słowiańskiej, „romantycznej” tradycji uczucia odgrywają nietuzinkową rolę. Czasem są przyczyną działań pozytywnych („wzruszenie się” czyjaś niedolą, współczucie wobec cierpiącej osoby, „uczucie” sympatii do ukochanej), lecz niestety częściej osłabiają charakter człowieka, co przejawia się np. brakiem determinacji w dążeniu do trudnego celu (słynny „słomiany zapal”), podatnością na „zranienia”, skłonnością do „obrażania się”, myleniem miłości z chwilowym zachwytem daną osobą itp. Wielkim brakiem systemu pedagogicznego – w szkole i w domu – jest niemal zupełne zaniedbanie tej sfery i jej wychowania, przez co człowiek niejednokrotnie reaguje i działa „uczuciowo”, nie zaś według logiki rozumu. Nietrudno zauważyć, jak istotne ma to znaczenie w granicznym przypadku choroby. Pacjent może bowiem podejść do niej w dwojaki sposób. Idąc po linii „uczuć” najpewniej bardzo szybko podda się wyniszczającej go dolegliwości, będzie domagał się nieustannej opieki, współczucia, obecności; notorycznie będzie użalał się nad sobą. Z kolei idąc po linii „ducha” będzie miał o wiele większe szanse gruntownego przemyślenia nowej sytuacji, w jakiej się znalazł, odszukania motywów podjęcia konstruktywnego działania, podjęcia trudu współpracy z lekarzem i rodziną w działaniach terapeutycznych lub – w przypadku choroby nieuleczalnej – w przygotowaniu się na śmierć. Będzie umiał odstąpić od zniewalającego go skoncentrowania tylko na sobie, rozumiejąc ograniczone możliwości medycyny.

W tym miejscu można by przerwać nasze rozważania o wewnętrznej strukturze człowieka-pacjenta. Jednakowoż mówi się jeszcze o trzeciej, najgłębszej jego warstwie, uznawanej jednak tylko w pryzmacie wiary. Chodzi o boską cząstkę w człowieku, nazywaną w teologii łaską (czyli życiem Boga w człowieku), która w codziennym języku utożsamiana jest z *duszą*¹. Ponieważ wielu – żeby nie powiedzieć większość – pacjentów zakłada jej istnienie, zastanówmy się krótko także nad jej rolą. Lekarz, nawet jeśli sam wyznaje światopogląd ateistyczny, nie może zignorować wewnętrznego świata chorego, dla którego prawda o istnieniu Boga znajduje poczytne miejsce. Dusza otwarta jest na nadprzyrodzoność – na boskie działanie przenikające ciało i ducha. Jest jakby „z innego świata”. To poprzez nią człowiek wchodzi w relację z Bogiem, którego uznaje za swojego Stwórcę i Ojca. Kontakt z nim może nawiązać przez trzy specyficzne władze, zwane w teologii cnotami, zbudowanymi na naturalnych władzach duchowych. I tak przedłużeniem rozumu w drodze do Boga okazuje się *wiara*. Jest ona „poznaniem Boga” przez jego słowo, Pismo święte. Czynną realizacją wiary jest *miłość* ugruntowana na woli, która doprowadza człowieka do pełnego zjednoczenia z Bogiem. W końcu *nadzieja* – przedłużenie pamięci – wybiega w przyszłość, ukazując już dziś to, czego człowiek spodziewa się osiągnąć w pełni w życiu przyszłym. Rola tych trzech odniesień (cnot) człowieka do Boga w granicznej sytuacji choroby jest niebagatelna. Sami pracownicy służby zdrowia najlepiej wiedzą, jak wiele wewnętrznej siły można nieraz znaleźć u pacjentów głęboko wierzących.

3. Pacjent – partner lekarza

Lekarz swoim działaniem dotyka więc osoby – swoistego mikrokosmosu z wieloma „orbitami” i władzami. Podejmując działania terapeutyczne nie może zapomnieć, że dotyczą one zarówno ciała, ducha, jak i duszy chorego. Leczenie farmakologiczne czy operacyjne, towarzyszenie w chorobie, przynoszenie ulgi w cierpieniu – wszystko to ma swoje głębokie reperkusje w całym wewnętrznym świecie pacjenta; stąd tak istotne jest kompleksowe (holistyczne) podejście do niego. Nieraz życzliwy gest, dobre słowo, poświęcony czas odnoszą o wiele większy skutek terapeutyczny niż podanie środka medycznego. Mogą

bowiem zmotywować chorego do przejścia ze sfery „zmysłowej” czy „uczuciowej” na płaszczyznę ludzkich decyzji (rozumu i woli), co niejednokrotnie stanowi klucz do sukcesu. Ciało, duch i dusza nie są bowiem sobie przeciwstawne czy wzajemnie się wykluczające; współistnieją i wzajemnie się uzupełniają. Pacjent – tak jak każdy człowiek – jest *jednością*, lecz jednością złożoną i dlatego wszystkie działania w sferze jego ciała mają wpływ na kondycję pozostałych jego warstw (ducha i duszy) i *vice versa*. Jest osobą rozumną, samodzielną i samoodpowiedzialną; dzięki tym atrybutom jest podmiotem zdolnym do działania we własnym imieniu i na własną odpowiedzialność, dążąc do realizacji własnego osobowego ideału i projektu życia. Tak pojmowany nie stanowi przedmiotu paternalistycznego działania lekarza, lecz jest równowręcznym partnerem, zdolnym do podejmowania suwerennych decyzji. Taka wizja pacjenta wymaga, aby działanie podejmowane przez personel medyczny zmierzało ostatecznie ku jego dobru jako dobru *całej* osoby, nawet jeśli bezpośrednim jego obiektem terapii jest poszczególna tkanka czy organ.

4. Szersza perspektywa

Obecny artykuł, jak i poprzedni sprzed miesiąca („*Filozofia, głupcze! Czyli na czym oparta jest etyka lekarska?*”) stanowią w zamierzeniu piszącego wyjściową bazę teoretyczną do zanalizowania niektórych przypadków z etyki medycznej, czyli przypadków szczególnie trudnych do rozwiązania. Autor ma zamiar rozpatrzyć je, usiłując znaleźć satysfakcjonujące rozstrzygnięcie moralne w świetle przedstawionych pryncypiów etycznych. Żegnając się z czytelnikiem na dwa miesiące i życząc udanego czasu urlopu, wyraża równocześnie prośbę o przysyłanie na adres redakcji tych problemów klinicznych, które w praktyce lekarskiej są szczególnie palące i trudne do rozstrzygnięcia.

1 Nie chodzi nam w tym miejscu o duszę w rozumieniu filozoficznym, a ściśle mówiąc – w koncepcji arystotelesowsko-tomistycznej, w której utożsamiana jest ona z substancjalną formą bytu, organizującą daną materię w taki sposób, iż staje się ona ludzkim ciałem. Mówiąc o ludzkiej duszy skłaniamy bardziej ku biblijnemu jej rozumieniu, tak jak pojmował ją np. św. Paweł, pisząc w *Pierwszym Liście do Tesaloniczan*: „Sam Bóg pokoju niech was całkowicie uświęca, aby nienaruszony duch [*pneuma*] wasz, dusza [*psyche*] i ciało [*soma*] bez zarzutu zachowały się na przyjscie Pana naszego Jezusa Chrystusa” (1 Tes 5, 23). Filozofia klasyczna przyjmowała dychotomiczny podział człowieka na ciało i duszę, podczas gdy Biblia skłaniała się bardziej ku podziałowi trychotomicznemu na ciało, ducha i duszę. Takie biblijne spojrzenie było ogólnie przyjmowane wśród teologów chrześcijańskich do ok. IV w. po Chr. Jednakże wraz z upływem czasu coraz większy miraż teologii z koncepcją grecką (zwłaszcza arystotelesowską) doprowadził do marginalizacji trychotomicznej, biblijnej koncepcji człowieka. W teologii dają się jednak zauważyć niejednokrotnie próby powrotu do antropologii św. Pawła, co widoczne jest np. w pismach św. Jana od Krzyża.

BIBLIOGRAFIA

- A. Baron, *Neoplatońska idea Boga a ewangelizacja*, Kraków WAM, 2005
S. Duda, *Dusza do zbawienia koniecznie potrzebna*, [w:] „Znak” 1 (644) 2009: 19-33
W. Gubała: Personalistyczna koncepcja etyki medycznej, (w:) „Ethos” 7 (1994) nr 1-2 (25-26): 153-164
M. Kurdziołek: Koncepcja człowieka jako mikrokosmosu, (w:) O Bogu i o człowieku, Warszawa 1969, t. II: 109-125

P. Milcarek: Teoria ciała ludzkiego w pismach św. Tomasza z Akwinu, Warszawa 1994
R. Otowicz: Etyka życia, Kraków 1998: 79-145
W. Szewczyk: Kim jest człowiek. Zarys antropologii filozoficznej, Tarnów 1998
A. Świerczek, *Ciało ludzkie*, [w:] A. Muszala (red.), Encyklopedia bioetyki, Radom, Polwen 2007²: 103-109
M. Wręzel: Partnerski charakter relacji między lekarzem i chorym. Aspekt moralny, Kraków 2000: 78-91.

Jakość życia czy świętość życia

dr Andrzej Muszala
Międzywydziałowy Instytut Bioetyki Papieskiej
Akademii Teologicznej w Krakowie

We współczesnej bioetyce i etyce medycznej panuje duży pluralizm sądów i opinii, które często są wyrazem nie tyle jakiegoś systemu myśli filozoficznej, ile raczej dość luźno umotywowanych własnych przekonań. Dlatego – w odniesieniu do ogółu społeczeństwa – coraz trudniej mówić dziś o naukowo podbudowanych fundamentach myśli etycznej; raczej należałoby się odwołać do potocznie rozumianego światopoglądu, co dotyczy także środowiska lekarskiego. Ogólnie – dokonując dość dużego uproszczenia – można ów pogląd na świat w sferze działań medycznych podzielić na dwie zasadnicze opcje: „jakości życia” i „świętości życia”. W tej drugiej nie chodzi o „świętość” pojmowaną w sposób religijny, ile raczej o założenie, że życie w każdej postaci jest święte, tak jak to rozumiał chociażby jeden z największych lekarzy ubiegłego stulecia, Albert Schweitzer.¹ W odniesieniu do człowieka zasada świętości życia przyjmuje formę kategorycznego imperatywu poszanowania jego zdrowia i życia na każdym etapie od poczęcia do naturalnej śmierci.

Zasada „jakości życia”

Zasada jakości życia (ang. *quality of life*), pojęta najogólniej, próbuje ocenić, czyje życie „jest warte, a czyje nie jest warte życia”. Ustala dolną granicę minimalnego poziomu, poniżej którego życie ludzkie nie powinno być utrzymywane czy ratowane. Na przykład w przypadku dzieci anencefalicznych – stosując kryteria jakości życia – stwierdza się, że życie takiego dziecka nie spełnia wymaganych norm minimalnych, zatem należałoby pozbawić je możliwości przeżycia i dalszego rozwoju. Podobnie w stanie wegetatywnym jakość życia człowieka jest bardzo niska, brakuje

mu podstawowych cech ludzkich, takich jak świadomość, wolność decyzji o własnym losie, niezależność od innych; takie życie także należałoby „skrócić” na przykład przez zaprzestanie dożywania za pomocą zgłębnika.

Analizując koncepcję jakości życia pod względem filozoficznym, można zauważyć, że dochodzi w niej do rozdzielenia życia biologicznego od życia osobowego. Aby życie było życiem osoby, musi spełniać pewne warunki, takie jak: samoświadomość, rozumienie przyszłości i przeszłości, zrównoważenie emocjonalne, zdolność do panowania nad sobą, zdolność nawiązywania kontaktów z innymi, umiejętność troski o innych, ciekawość (Joseph Fletcher),² potencjalna zdolność do ludzkich relacji (Richard A. McCormick)³ czy minimalna niezależność w stosunku do otoczenia (człowiek musi posiadać zdolność do kontaktów i porozumienia się z innymi, możliwość ubierania się, wykonywania czynności higienicznych i spożywania posiłków – Earl Shelp)⁴. Dziecko anencefaliczne nie spełnia powyższych kryteriów; posiada zatem życie biologiczne, lecz nie życie osobowe. Nie może być zatem podmiotem oceny moralnej ani ochrony prawnej, gdyż po prostu nie jest człowiekiem, tylko formą jakiegoś niżej zorganizowanego życia. Niektórzy przedstawiciele takiego myślenia, na przykład Peter Singer, posuwają się nawet do stwierdzenia, że dziecko z bezmózgowiem należałoby traktować jako rezerwuuar narządów i tkanek do przeszczepów.

W patrzeniu na człowieka przez pryzmat jakości życia dokonuje się jego oceny pod kątem rachunku zysków i strat i oblicza się, czy jego osobisty interes przeważa nad interesem społecznym. Niebezpieczeństwo takiego typu myślenia kryje się w tym, że społeczeństwo może samo ustalać normy minimalne bycia człowiekiem, posługując się dowolnymi kryteriami. W sposób najbardziej jaskrawy widoczne było to w Niemczech nazistowskich, w których po raz pierwszy pojawiło się określenie „życia niewartego życia” (*lebensunwert-*

ten Leben)⁵ w odniesieniu do osób w niektórych stanach terminalnych. Bardzo szybko zostało ono jednak rozszerzone także na inne przypadki: dzieci z różnym stopniem niepełnosprawności, umysłowo chorych, starców, a nawet przedstawiciele „niższych” ras (Żydzi, Cyganie, Słowianie). Zasada jakości życia pozwoliła na usprawiedliwienie zagłady milionów niewinnych osób, których życie – w rachunku ekonomicznym – nie było korzystne dla narodu niemieckiego. I choć te okrutne praktyki zostały potępione po II wojnie światowej, to jednak myślenie w podobnych kategoriach powraca innymi, bardziej „naukowymi” drzwiami, zdobywając coraz większą liczbę zwolenników.

Zasada „świętości życia”

W przeciwieństwie do poprzedniej zasada „świętości życia” (ang. *sanctity of life*) zakłada, że każde życie jest nienaruszalne, w pewnym sensie „święte”; domaga się jego bezwarunkowego poszanowania i ochrony. Szczególnie odnosi się to do życia zagrożonego, osłabionego, narażonego na unicestwienie przez nieodpowiedzialne manipulowanie na jego embrionalnych stadiach, praktyki przerywania ciąży, dzieciobójstwa czy eutanazji. Zasada ta nie dokonuje żadnego rachunku strat i korzyści, lecz wychodzi z ogólnoludzkiego przeświadczenia, że życie osoby ludzkiej, nawet osłabione, jest bezcenne, jest najwyższą wartością doczesną człowieka; każdy ma prawo do jego ochrony.⁶ Zasada świętości życia zgadza się szczególnie ze światopoglądem chrześcijańskim i została przedstawiona w encyklice Jana Pawła II „*Evangelium vitae*”: „Mimo wszelkich trudności i niepewności każdy człowiek szczerze otwarty na prawdę i dobro może, dzięki światłu rozumu i pod wpływem tajemniczego działania łaski, rozpoznać w prawie naturalnym wypisanym w sercu świętość ludzkiego życia od poczęcia aż do kresu oraz dojść do przekonania, że każda ludzka istota ma prawo oczekiwać absolutnego poszanowania tego swojego podstawowego dobra. Uznanie tego prawa stanowi fundament współżycia między ludźmi oraz istnienia wspólnoty politycznej”.⁷ Zaznaczyć jednak należy, że zasada „świętości życia” nie wywodzi się jedynie z kręgów chrześcijańskich, lecz z szerszego kręgu myśli personalistycznej, w którym osoba ludzka i jej integralne dobro jest

celem wszelkiej działalności (także wszelkich poczynań lekarskich). Znalazło to oddźwięk w tekście przysięgi Hipokratesa, w której na trzy stulecia przed narodzeniem Chrystusa zapisane były słowa wypowiediane przez nowego adepta sztuk medycznych: „Będę stosował zabiegi lecznicze wedle moich możliwości i rozeznania ku pożytkowi chorych, broniąc ich od uszczerbku i krzywdy. Nikomu, nawet na żądanie, nie dam śmiertelnej trucizny ani nikomu nie będę jej doradzał. (...) Do jakiegokolwiek wejść domu, wejść doń dla pożytku chorych, nie po to, żeby świadomie wyrządzać krzywdę lub szkodzić w inny sposób (...)”. W powyższych zdaniach nie ma wprawdzie zawartych wprost przesłanek filozoficznych na temat życia ludzkiego, jednak z kontekstu wynika, że życie i zdrowie człowieka jest najwyższą wartością, której lekarz ma służyć.

Podstawę koncepcji świętości życia stanowi fundamentalna zasada ludzkiej godności. Została ona najwyraźniej sformułowana przez Immanuela Kanta, który w jednej ze swoich najbardziej znanych tez postawił kategorię imperatywu moralny: „Postępuj tak, abyś człowieczeństwa, tak w swojej osobie, jak też w osobie każdego innego, używał zawsze jako celu, nigdy tylko jako środka”.⁸ W czasach współczesnych zasada ta została uogólniona i przedstawiona w Powszechnej Deklaracji Praw Człowieka: „Wszyscy ludzie rodzą się wolni i równi pod względem swej godności i swych praw” (Art. 1).⁹ Oprócz tych stwierdzeń opartych na naturalnym zmyśle etycznym, wielu bioetyków chrześcijańskich wskazuje na religijne przesłanki zasady „świętości życia”, takie jak: stworzenie człowieka na obraz Boży (Rdz 1,27), wcielenie Chrystusa, przeznaczenie do życia nadprzyrodzonego i przykazanie miłości bliźniego. W takiej perspektywie życie doczesne stanowi najwyższą wartość dla człowieka, gdyż jest „podstawowym warunkiem, początkowym etapem i integralną częścią całego i niepodzielnego procesu ludzkiej egzystencji”.¹⁰ Sam Bóg jest zainteresowany jego ochroną, przekazując Mojżeszowi w Dekalogu kategorię zakaz: „Nie będziesz zabijał!” (Wj 20,13).

Praktyczny przykład zastosowania obu zasad – etyczna ocena eksperymentów na embrionach ludzkich

Rozróżnienie dwóch zasad – jakości i świętości życia – pozwala zrozumieć różnice ocen etycznych poszczególnych zabiegów terapeutycznych czy eksperymentów medycznych. Widoczne jest to chociażby w antagonistycznym podejściu do doświadczeń na embrionach ludzkich. Z jednej strony według zasady „jakości życia” poziom egzystencji istot ludzkich w pierwszych tygodniach życia jest niewielki, sytuujący się zdecydowanie poniżej minimum. Brakuje im świadomości, wolności, zdolności odczuwania bólu, możliwości wyrażania ludzkich odruchów itd. Nie są to zatem jeszcze osoby ludzkie, lecz co najwyżej „istoty” lub „byty” ludzkie, określane przez niektórych terminem „preembrionu”. Wykorzystanie ich do poszukiwania nowych form terapii poprzez różne eksperymenty (np. usiłowanie klonowania „terapeutycznego”, rozbijanie embrionów [ang. *early embryo splitting*], tworzenie hybryd poprzez łączenie gamet ludzkich ze zwierzęcymi) jest usprawiedliwione rachunkiem strat i korzyści. Dla dobra osób dorosłych czymś pożądanym jest bowiem poszukiwanie nowych możliwości leczenia dotychczas nieuleczalnych chorób, zwłaszcza genetycznych, i wykorzystywanie do tego celu embrionalnych komórek macierzystych – eksperymenty takie mogą posłużyć do poprawienia jakości życia nieuleczalnie chorych osób dorosłych. Wielu zatem się opowiada za ich dopuszczalnością nie tylko od strony etycznej, ale i prawnej, co skądinąd już się dokonało w niektórych krajach, chociażby w Anglii, gdzie – decyzją tzw. Komitetu Warnock (1984 r.) – dozwolono prowadzić badania nad ludzkimi embrionami do 14. dnia od poczęcia, a nawet prawnie zagwarantowano legalność sprzedaży gamet lub embrionów. Ponadto po roku 2000 przyjęto w Wielkiej Brytanii prawo zezwalające na klonowanie „terapeutyczne” ludzkich embrionów (orzeczenie Human Fertilisation and Embriology Authority – HFEA, 2002 r.) oraz tworzenie embrionalnych form zwierzęco-ludzkich (HFEA, 2007 r.).

Jednakże z drugiej strony w świetle zasady „świętości życia” wszelkie ingerencje w embrionalne stadia życia człowieka jawią się jako niegodziwe i niedopuszczalne. Rozwój nauki czy

znalezienie skutecznych form terapii, choć same w sobie są czymś pożytecznym i pożądanym, jednak nie mogą się dokonywać na drodze niszczenia istnień ludzkich, nawet nieświadomych. Człowiek nie może być bowiem nigdy środkiem do osiągnięcia jakiegoś innego, choćby najwznioślejszego celu. On sam i jego dobro jest normą etyki. Znaczy to, że wszystko (nauka, technika, państwo, ideologia, społeczeństwo) jest na usługach człowieka, a nie odwrotnie: człowiek nie może być na usługach ani nauki, ani żadnych instytucji. Jego życie, zdrowie i integralność cielesna są dla niego największymi wartościami doczesnymi i muszą być chronione, szczególnie w stadiach początkowych i końcowych, najbardziej narażonych na uszkodzenie czy zniszczenie. Życie jego jest święte, nienaruszalne i nie może być poddane żadnej kalkulacji ekonomicznej czy społecznej.

Z powyższego przykładu wyraźnie widać, skąd bierze się polaryzacja stanowisk etycznych w odniesieniu do wielu współczesnych form terapii i doświadczeń w medycynie i biologii. Widać ją przede wszystkim w mediach oraz w codziennym ludzkim życiu, gdzie coraz częściej używane są argumenty doraźne, czasem wręcz emocjonalne, bez sięgania do podstawowych zasad etyczno-moralnych. Dzieje się to w przypadku konieczności oceny innych praktyk z dziedziny medycyny, takich jak: przerywanie ciąży, techniki sztucznego zapłodnienia, praktyki skracania życia ludzkiego w niektórych stanach terminalnych, podejście do pacjenta w stanie wegetatywnym czy klonowanie. We wszystkich tych i podobnych przypadkach społeczeństwo dzieli się spontanicznie i niejako nieświadomie na dwa „obozy”: jeden opowiadający się za zastosowaniem zasady „jakości życia”, a drugi – „świętości życia”. Jednakże w podejmowaniu tak poważnych decyzji, gdy na szali położone jest życie ludzkie, nie można kierować się tylko rachunkiem ekonomicznym czy mgliście pojętym „dobrem społeczeństwa”. I tylko powrót do źródeł moralności w medycynie – tzn. do zasad hipokratejskich i personalistycznych, w których osoba ludzka postawiona jest jako **cel**, a nie jako środek – gwarantuje nam i przyszłym pokoleniom, że społeczeństwo będzie naprawdę ludzkie.

Przypisy (p. s. 150)

**Jakość życia czy świętość życia
cd. ze strony 146**

1. Por. np. A. Schweitzer: *Out of my life and thought: an autobiography* (Aus meinem Leben und Denken. Leipzig, Felix Meiner, 1931). Translated by C.T. Campion. New York, Henry Holt, 1933; 1949; Tenże: *Cultural Philosophy II: civilization and ethics* (Kulturphilosophie II: Kultur und Ethik. Bern, Paul Haupt, 1923), Translated by J. Naisch. London, A. & C. Black, 1929.
A. Schweitzer wypracował tzw. „zasadę czci dla życia”, która narodziła się we wrześniu 1915 roku, w czasie jego podróży w górę rzeki Ogowe w Afryce. W swoich notatkach zapisał on wówczas: „Powoli płynęliśmy pod prąd, przedostając się z trudem – była to sucha pora roku – między ławicami piasku. Nieobecny duchem siedziałem na pokładzie holowanej łodzi, walcząc o sformułowanie elementarnego i uniwersalnego pojęcia etyki, nieznanego w żadnej filozofii. Kartę za kartą zapisywałem niepowiązаныmi zdaniami, po to tylko aby pozostać skoncentrowanym na samym zagadnieniu. Wieczorem trzeciego dnia, gdyśmy przy zachodzie słońca przepływali właśnie przez stado hipopotamów, zjawilo się nagle, w nieoczekiwany i nieszukany sposób, określenie ‘cześć dla życia’. Obejmuje ono wszystko, co żyje”. A. Schweitzer: *More from the Primeval Forest* (Das Urwaldspital zu Lambaréné. Munich, C.H. Beck, 1931). Translated by C.T. Campion. London, A. & C. Black, 1931
2. J. Fletcher: *Indicators of humanhood: a tentative profile of man*. Hastings Cent. Rep., 1972; 2: 1–4
3. R.A. McCormick: *The quality of life, the sanctity of life*. Hastings Cent. Rep., 1978; 8: 30–36
4. E.E. Shelp: *Born to die?: deciding the fate of critically ill newborns*. New York, Free Press, 1986
5. K. Binding, A. Hoche: *Die Freigabe der Vernichtung lebensunwerten Leben*. Leipzig, 1920
6. Przeświadczenie to wywodzi się nie tylko z kręgów religijnych, lecz także ze społecznych konwencji, wśród których na pierwszym miejscu wymienić należy Powszechną Deklarację Praw Człowieka ONZ z 1948 roku, która stwierdza: „Każdy człowiek ma prawo do życia, wolności i bezpieczeństwa swej osoby”. Powszechna Deklaracja Praw Człowieka: art. 3. W: F. Compagnoni: *Prawa Człowieka*. Kraków, WAM: 290
7. Jan Paweł II: *Encyklika Evangelium vitae: o wartości i nienaruszalności życia ludzkiego*. Watykan, 1995; nr 2
8. I. Kant: *Uzasadnienie metafizyki moralności*. Przeł. M. Wartenberg. Warszawa, 1970: 62
9. Por. także inne fragmenty Powszechnej Deklaracji Praw Człowieka: „Zważywszy, że uznanie przyrodzonej godności oraz równych i niezbywalnych praw wszystkich członków wspólnoty ludzkiej jest podstawą wolności, sprawiedliwości i pokoju świata...” (Preambuła); „Każdy człowiek ma prawo do poziomu życia zapewniającego zdrowie i dobrobyt jemu i jego rodziny, włączając w to wyżywienie, odzież, mieszkanie, opiekę lekarską i konieczne świadczenia socjalne, oraz prawo do poczucia bezpieczeństwa w przypadku bezrobocia, choroby, kalectwa, wdowieństwa, starości lub utraty środków do życia w inny sposób od niego niezależny”. Powszechna Deklaracja Praw Człowieka: art. 25.1. W: F. Compagnoni: *Prawa Człowieka*. Kraków, WAM: 295
10. Jan Paweł II: dz. cyt.

dr Andrzej Muszala
Międzywydziałowy Instytut Bioetyki PAT
Kraków

„PRZYSIĘGAM NA...” FORMY PRZYRZECZENIA LEKARSKIEGO OD STAROŻYTNOŚCI DO DZIŚ

Już od zamierzchłych czasów medycyna poczytywana była niemal za czynność świętą. Lekarz, który pochylał się nad cierpiącym pacjentem, podejmował działania wchodzące w kompetencje samego Boga: przynosił ulgę w cierpieniu, poprawiał jakość życia, przedłużał jego trwanie, umierających zaś przeprowadzał przez bramę śmierci do innego, zwykle lepszego świata. Jak kapłan troszczył się o zdrowie duchowe człowieka, tak lekarz - o jego zdrowie cielesne. Nie dziwi zatem fakt, że w różnych środowiskach religijnych powstały różne formy przysięgi, w których adept nauk medycznych wzywał na świadka boga(ów), w celu potwierdzenia swej opcji służenia choremu. W starożytności przysięgę określano różnymi terminami: hebrajskim *szebua*h (Stray Testament, Lb 14, 21), greckim *horkos*, czy łacińskim *iuramentum* lub *ius-iurandum*. Wszystkie wielkie religie wytworzyły swoje własne formy przyrzeczenia lekarskiego. Przyglądnięcie się im z bliższa może dla nas - ludzi początku XXI w. - stanowić cenne źródło refleksji nad obecnym stanem poczucia moralnego lekarzy.

1. Przysięgi lekarskie od starożytności do czasów współczesnych

Przez wszystkie wieki, niemal aż do czasów współczesnych, złożenie przysięgi lekarskiej było aktem sakralnym. Początkujący lekarz odwoływał się zawsze do jakiegoś autorytetu *zewnątrznego*: boga, symbolu religijnego (np. krzyża), czy świętej księgi (Biblii, Koranu). Pierwsze znane zapisy zasad moralnych postępowania lekarza pochodzą z Indii, z ok. 800 r. przed Chr. Nieco późniejsza jest znaleziona na tych samych terenach „przysięga wtajemniczenia Charaka Samhita i studentów medycyny” z I w. po Chr. Dla nas jednak tekstem o wiele bliższym kulturowo, który odcisnął niezatarte piętno na medycynie zachodniej, był fragment z *Corpus Hippocrateum*.

a. Starożytna Grecja: Przysięga Hipokratesa

Nie znamy dokładnej daty ani miejsca powstania przysięgi Hipokratesa, ani też jej autora. Sam Hipokrates (460-377 r. przed Chr.) zredagował prawdopodobnie tylko niektóre jej fragmenty, cały zaś tekst stanowił zbiór podstawowych imperatywów moralnych, które funkcjonowały wśród lekarzy z Kos i Knidos. Starożytny lekarz odwoływał się do Asklepiosa (syna Apollina; mitycznego twórcy medycyny), Hygei (bogini zdrowia, córki Asklepiosa i Epione) i Panakei (od gr. Πανάκεια, "wszechlecząca" - córki Asklepiosa, siostry Hygei, bogini symbolizującej moc leczenia wszystkich chorób). Przypomnijmy tekst:

Przysięgam na Apollona lekarza, na Asklepiosa, Hygieje, i Panakeje oraz na wszystkich bogów i boginie, biorąc ich na świadków, że wedle mej możliwości i rozeznania będę dochowywał tej przysięgi i tych zobowiązań. Mistrza mego w tej sztuce będę szanował na równi z rodzicami, będę się dzielił z nim mieniem i na żądanie zaspokajał jego potrzeby: synów jego będę uważał za swoich braci i będę uczył ich swej sztuki,

gdyby zapragnęli się w niej kształcić, bez wynagrodzenia i żadnego zobowiązania z ich strony; prawideł, wykładów i całej pozostałej nauki będę udzielał swym synom, synom swego mistrza oraz uczniom, wpisanym i związanym prawem lekarskim, poza tym nikomu innemu. Będę stosował zabiegi lecznicze wedle mych możliwości i rozeznania ku pożytkowi chorych, broniąc ich od uszczerbku i krzywdy. Nikomu, nawet na żądanie, nie dam śmiertelnej trucizny, ani nikomu nie będę jej doradzał, podobnie też nie dam nigdy niewieście środka poronnego. W czystości i niewinności zachowam życie swoje i sztukę swoją. Nie będę operował chorych na kamicę, pozostawiając to ludziom zawodowo stosującym ten zabieg. Do jakiegokolwiek wejść domu, wejść doń dla pożytku chorych, nie po to, żeby świadomie wyrządzać krzywdę lub szkodzić w inny sposób, wolny od pożądań zmysłowych tak wobec niewiast jak i mężczyzn, wobec wolnych i niewolników. Cokolwiek bym podczas leczenia, czy poza nim, z życia ludzkiego ujrzał, czy usłyszał, czego nie należy na zewnątrz rozgłaszać, będę milczał, zachowując to w tajemnicy. Jeżeli dochowam tej przysięgi, i nie złamię jej, obym osiągnął pomyślność w życiu i pełnieniu tej sztuki, ciesząc się uznaniem ludzi po wszystkiek czasy; jeżeli ją przekroczę i złamię, niech mnie los przeciwny dotknie.

b. Przysięga żydowska

Żydowski etos medycyny budowany był na zasadach starotestamentalnych oraz tradycji talmudycznej. Teksty tych pism ukazywały jeszcze ściślejszy związek religii z medycyną. Pierwszy deontologiczny zapis lekarski - tzw. „przysięga Asaph” - został zredagowany między III a VIII w. n.e. Bardziej znana jest jednak oryginalna forma przysięgi lekarskiej z kodeksu Mojżesza Majmonidesa. Jej autor był lekarzem żydowskim, a równocześnie wybitnym uczonym i filozofem, żyjącym w Hiszpanii w II. poł. XII w. Lekarz nie tylko powoływał się w niej na Boga, lecz wprost zwracał się do niego w formie modlitwy; stąd istnieje podejrzenie, iż tekst ten mógł być przez niego wypowiedzany o wiele częściej, być może nawet codziennie:

"Boże, stworzyłeś ciało człowieka w nieskończonej dobroci. Złączyłeś w nim niezliczone siły, stale działające, jak w wielu urządzeniach, tak aby zachować w całości ten piękny dom zawierający jego nieśmiertelną duszę i siły te działają w największym porządku, zgodzie i harmonii, jakie można sobie wyobrazić. Lecz jeśli słabość lub gwałtowna pasja zakłóca tę harmonię, siły te zadziałają jedna przeciwko drugiej i ciało powraca do prochu, z którego przybyło. Zesłałeś następnie człowiekowi Posłańców, choroby, które zapowiadają zbliżanie się niebezpieczeństwa i nakazałeś mu, by przygotował się na ich zwalczanie. Wieczna Opatrzność wyznaczyła mnie, bym czuwał nad życiem i zdrowiem Twoich stworzeń. Oby miłość do sztuki, którą wykonuję, była dla mnie cały czas motorem mojego działania. Oby nigdy chciwość ani skąpstwo, ani żądza sławy lub wielkiego rozgłosu nie zaprzętały mojego umysłu, gdyż są one wrogami prawdy i dobroczynności i łatwo mogłyby mnie zwieść i sprawić, że zapomnielibym o moim wzniosłym celu czynienia dobra Twoim dzieciom. Obdarz mnie siłą serca i umysłu, tak aby gotowe one były służyć bogatym i biednym, dobrym i złym, przyjaciołom i wrogom i obym w pacjencie moim widział tylko cierpiącego bliźniego. Gdyby lekarze bardziej uczeni ode mnie chcieli udzielić mi rady, obdarz mnie ufnością w posłuszeństwie uznania ich, ponieważ zgłębianie nauki jest bezmierne. Nie jest dane jednej osobie, aby widziała to wszystko, co widzi wielu. Obym był umiarkowany we wszystkim, z wyjątkiem zgłębiania wiedzy; obym w tym, co tego tyczy, był nienasycony; obdaruj mnie siłą i możliwością korygowania tego, czego się nauczyłem, poszerzania zakresu wiedzy, gdyż nie zna ona granic, i umysł ma również nieograniczone możliwości, aby każdego dnia wzbogacać się nowymi zdobyczami. Dzisiaj może odkrywać on swoje wczorajsze błędy, a jutro może zobaczyć w nowym świetle to, co wydawało mu się pewne dzisiaj. O Boże, wyznaczyłeś mnie, abym czuwał nad życiem i śmiercią Twoich stworzeń. Oto jestem, gotowy do wypełnienia mojego powołania. Amen."

Tekst Majmonidesa głosi chwałę Boga za Stworzenie, umiłowanie medycyny i wiedzy naukowej, ukazuje obowiązki względem chorego, nakazuje postawę szacunku dla starszych lekarzy, unikanie chciwości oraz pychy. Wymienia też cnotę czystości oraz świętości lekarza.

c. Przysięga chrześcijańska

Jest rzeczą zastanawiającą na pierwszy rzut oka, że chrześcijaństwo nie wypracowało

własnej formy przysięgi lekarskiej, mimo, iż to w jego obrębie przez kilkanaście wieków rozwijano etos zachodniej medycyny. Staje się to jednak zrozumiałe w obliczu dwóch faktów. Po pierwsze, swoistym kodeksem postępowania lekarza-chrześcijanina były normy zawarte w przypowieści o Dobrym Samarytaninie. Obligowały go one do postawy altruistycznej, wręcz bezinteresownej, oraz do kompetentnego postępowania klinicznego wobec osoby chorej. Po drugie, etos chrześcijański - w zakresie działań medycznych - właściwie pokrywał się z etosem hipokratejskim; stąd w jego obrębie doszło do swoistego zasymilowania tekstu starożytnego lekarza z Kos. Lekarz odwoływał się już jednak nie do bóstw greckich, lecz do Boga Trójjedynego.

d. Przysięga muzułmańska

W przypadku lekarza muzułmanina światopogląd stanowi islam jako wyznawana przez niego religia. W taki sposób rozumieli etos medycyny Awicenna i Razes - słynni średniowieczni lekarze arabscy. Muzułmański kodeks etyki medycznej został wypracowany jednak dość późno. W 1985 roku Międzynarodowa Organizacja Medycyny Muzułmańskiej opublikowała tekst przysięgi, opracowany przez egipskiego ginekologa Profesora Hassan Hathout z Uniwersytetu Kuwejskiego:

"Przysięgam na Boga Wszchemogącego: mieć zawsze wzgląd na Boga wykonując mój zawód; chronić życie ludzkie we wszelkich jego stadiach i we wszelkich okolicznościach, robiąc wszystko, co w mojej mocy, by ratować je od śmierci, choroby, bólu, niepokoju; zachowywać ludzką godność, szanować prywatność ludzi i dochowywać ich tajemnic; być przez cały czas narzędziem boskiego miłosierdzia, rozciągając moją medyczną opiekę na bliższych i dalszych, pełnych cnót i grzesznych, przyjaciół i wrogów; nie ustawać w zdobywaniu wiedzy, użytkując ją dla dobra, a nie przeciw ludzkości; szanować moich nauczycieli, uczyć młodszych, być bratem dla członków medycznej profesji, złączonych w pobożności i miłosierdziu; wyznawać moją wiarę prywatnie i publicznie, unikając wszystkiego, co mogłoby splamić mnie w oczach Boga, Jego Apostoła i mojego pełnego wiary bliźniego. Niech Bóg będzie świadkiem tej Przysięgi".

2. Współczesne przyrzeczenia lekarskie

Współczesna medycyna zachodnia odeszła od sakralnego spojrzenia na życie ludzkie i profesję lekarza. Jest to poniekąd zrozumiałe, zwłaszcza w świetle dynamicznego rozwoju nauki jaki datuje się od czasów nowożytnych. Wiele zjawisk wcześniej niewytłumaczalnych znalazło obecnie swoje empiryczne rozwiązanie. Medycyna wykładana na uniwersytetach uniezależniła się od religii i teologii, stając się dyscypliną „światopoglądowo neutralną”. I choć ocalało na ogół w jej obrębie nauczanie etyki lekarskiej, jednakże akcenty zostały przesunięte z ogólnej refleksji nad fundamentami moralności w stronę doraźnego rozwiązywania poszczególnych przypadków klinicznych. Przejawilo się to także w tekstach współczesnych przyrzeczeń lekarskich. Nie znajdujemy już w nich odniesienia się do Boga, czy też innego autorytetu zewnętrznego, lecz raczej do własnego sumienia - a zatem do *wewnętrznej* normy moralnej. Siłą rzeczy może być ona pojmowana dość subiektywnie, co z kolei powoduje dużą nieraz rozbieżność w ocenie etycznej poszczególnych działań medycznych. Na przykład, dla jednych postępowaniem zgodnym z sumieniem będzie zaprzestanie dożywiania pacjenta w przewlekłym stanie wegetatywnym, dla innych - jego kontynuowanie. Brak odwołania się do Boga, czy innego autorytetu *ad extra* powoduje, że współczesne teksty ślubowań, składane przez młodych lekarzy nie mogą już być *sensu stricte* nazwane przysięgami, lecz jedynie „przyrzeczeniami”. Przykładem jest tu tekst z polskiego *Kodeksu Etyki Lekarskiej*, oparty na *Deklaracji genewskiej*:

Przyjmuję z szacunkiem i wdzięcznością dla moich Mistrzów nadany mi tytuł lekarza i w pełni

świadomy związanych z nim obowiązków przyrzekam: obowiązki te sumiennie spełniać; służyć życiu i zdrowiu ludzkiemu; według najlepszej mej wiedzy przeciwdziałać cierpieniu i zapobiegać chorobom, a chorym nieść pomoc bez żadnych różnic, takich jak: rasa, religia, narodowość, poglądy polityczne, stan majątkowy i inne, mając na celu wyłącznie ich dobro i okazując należyty im szacunek; nie nadużywać ich zaufania i dochować tajemnicy lekarskiej nawet po śmierci chorego; strzec godności stanu lekarskiego i niczym jej nie splamić, a do kolegów lekarzy odnosić się z należną im życzliwością, nie podważając zaufania do nich, jednak postępując bezstronnie i mając na względzie dobro chorych; stale poszerzać swą wiedzę lekarską i podawać do wiadomości świata lekarskiego wszystko to, co uda mi się wynaleźć i udoskonalić. Przyrzekam to uroczyście!

Przyrzeczenie takie zachowuje oczywiście swą moc i udziela lekarzowi wskazówek postępowania, choremu zaś zapewnia spełnienie słuszych oczekiwań. Jest ono zatem wiążące w takiej samej mierze jak przysięga, gdyż lekarz służy integralnemu dobru pacjenta i wyznawanym przez niego wartościom. Równocześnie pozostawia pole twórczym decyzjom lekarza w sytuacjach nadzwyczajnych oraz odwadze do poszukiwania nowych dróg, które są odpowiedzią na ducha czasu przez integrację pozytywnych elementów nowej sytuacji historycznej i przez odrzucenie błędnych postaw i niebezpieczeństw. Zatem przysięga i przyrzeczenie nie wykluczają się nawzajem; odwołując się tak do zewnętrznej jak i wewnętrznej normy moralności, stanowią podwójny sposób wyrażenia wysoko etycznych aspiracji podejmowanego zawodu medycznego. Z drugiej strony wydaje się, że zewnętrzna norma transcendentna jest silniejszym gwarantem moralności niż subiektywny (siłą rzeczy czasem błędny) osąd etyczny. Stąd należałoby postulować przynajmniej nierezygnowanie z przysięgi lekarskiej w duchu wyznawanej przez danego lekarza opcji religijnej.

I na koniec nieco statystyki. Od lat sześćdziesiątych ubiegłego stulecia już tylko 5% lekarzy w skali całego świata składa przysięgę Hipokratesa, 10% - ślubowanie w duchu genewskim, około 50% - specjalne formularze przysięgi, przyjęte przez wyższe uczelnie medyczne albo kodeksy lekarskie, a 30% nie składa żadnej przysięgi ani ślubowania. Ten ostatni prąd szybko się rozpowszechnia...

LITERATURA

- Conseil de l'Europe, *Medycyna a prawa człowieka*, Warszawa 1996, 21-35. 55-57
H. P. Dunn, *Etyka dla lekarzy, pielęgniarek i pacjentów*, Tarnów 1997
S. Ismail, *Etyka lekarza w kulturze muzułmańskiej*, <http://www.islamset.com/arabic/aethics/dastor/index.html>
Kodeks Etyki Lekarskiej, <http://www.diametros.iphils.uj.edu.pl/?l=1&p=cnf4&m=44&jh=1&ih=66>
J. Kowalski, *Przysięga lekarska*, [w:] A. Muszala (red.), *Encyklopedia bioetyki*, Radom 2007
M. Nesterowicz, *Prawo medyczne*, Toruń 2000
S. Olejnik, *Etyka lekarska*, Katowice 1994
W. Szenajch, *Przysięga i przykazanie Hipokratesowe*, Warszawa 1931

Medycyna luksusowa – ocena etyczna nieterapeutycznych usług medycznych

dr Andrzej Muszala
Międzywydziałowy Instytut Bioetyki Papieskiej
Akademii Teologicznej w Krakowie

Czym jest medycyna luksusowa?

Ubiegłorocznym wydarzeniem, które odbiło się dość głośnym echem nie tylko w polskim świecie medycznym, ale i wśród całego społeczeństwa, było pojawienie się niecodziennego ogłoszenia w jednej z pomorskich gazet, w rubryce „Dam pracę”. Informowało ono, że bezdzietne małżeństwo poszukuje kobiety, która podjęłaby się donosić ich embrion, poczęty w warunkach *in vitro*. Małżonkowie nie cierpieli na niepłodność, która mogłaby być klinicznym wskazaniem do zastosowania technik wspomagananej prokreacji, lecz poszukiwali matki zastępczej z czysto pragmatycznych względów. Stwierdzili mianowicie, że kilkumiesięczny okres ciąży oraz trudy związane z urodzeniem dziecka są w ich sytuacji zbyt wielką „stratą czasu i sił” (sami prowadzili prywatną firmę, która mocno ich angażowała), aby móc sobie na nie pozwolić, i w ekonomicznym rachunku korzystniej byłoby dla nich wynająć matkę biologiczną, która po wypełnieniu swojego zadania i otrzymaniu określonej w umowie zapłaty, oddałaby im już urodzone dziecko. Ta bezprecedensowa propozycja ostatecznie nie doczekała się realizacji, jednakże stanowi wymowny przykład nowych horyzontów, jakie coraz wyraźniej są widoczne na polu działań medycznych, a którymi są: spełnianie ludzkich marzeń, aspiracji, ulepszanie życia czy też żądania od lekarzy wykonywania czynności, niemieszczących się w tradycyjnym rozumieniu leczenia. W tym sensie coraz częściej mówi się o powstaniu nowej gałęzi „medycyny”, którą w języku angielskim określa się terminem *desire medicine* (franc. *médecine du désir*), co na język polski można by przetłumaczyć jako „medy-

cyna (spełniania) pragnień”.¹ W języku francuskim pojawiło się także określenie *la médecine de l'amélioration*² („medycyna ulepszająca”), jednakże ma ono nieco węższy zakres, gdyż odnosi się jedynie do niektórych działań, mających na celu zbliżenie się do jakiegoś wyimaginowanego perfekcyjnego stanu człowieka. W języku polskim używa się też określenia „medycyna luksusowa”.³ Przyjmując tymczasowo ten termin, można stwierdzić, że medycynę luksusową odróżnia od klasycznie rozumianej medycyny kilka zasadniczych elementów:

- 1) ma ona charakter nieterapeutyczny,
- 2) łączy się zwykle z wysokimi nakładami finansowymi przy niewielkiej skuteczności klinicznej (medycyna luksusowa niejednokrotnie ucieka się do stosowania środków nieproporcjonalnych),
- 3) jej celem jest spełnianie ludzkich marzeń i aspiracji w odniesieniu do własnego ciała,
- 4) niektóre okoliczności powodują, że nawet standardowe zabiegi medyczne stają się działaniami medycyny luksusowej.

Spróbujmy po kolei przyjrzeć się tym nowym cechom i zastanowić, czy mieszczą się one jeszcze w koncepcji właściwie rozumianej medycyny.

Najważniejszą cechą medycyny luksusowej jest jej nieterapeutyczny charakter. Medycyna ta dąży nie tyle do ratowania życia ludzkiego, czy też poprawy zdrowia, ale do ulepszania jego form. Szczególnie widoczne jest to w takich dziedzinach jak: chirurgia plastyczna, implantologia, protetyka, operacje zmiany płci, techniki wspomagananej prokreacji z zastosowaniem diagnostyki preimplantacyjnej, niektóre nowe metody antykoncepcyjne, medycyna sportu, psychofarmakologia. Do nieurzeczywistnionych jeszcze, aczkolwiek realnych działań klinicznych na człowieku zalicza się także transgenezę (zmianę organizmu poprzez wprowadzanie genów z zewnątrz), eugenikę czy klonowanie. W zakresie medycyny luksusowej

mamy zatem do czynienia z pojawieniem się zupełnie nowego celu działań medycznych. Nie mieści się on w ramach celów dotychczas rozumianych, które zostały szczegółowo przedstawione chociażby jako międzynarodowe stanowisko w raporcie amerykańskiego Instytutu Hastings Center w 1996 roku. Przypomnijmy, że wyznaczał on medycynie 4 cele zasadnicze:

- 1) zapobieganie chorobom i urazom oraz promocja zdrowia
- 2) przynoszenie ulgi w bólu i cierpieniu spowodowanym przez choroby
- 3) opieka nad chorymi z różnymi dolegliwościami i ich leczenie oraz opieka nad tymi, którzy nie mogą być wyleczeni
- 4) zapobieganie przedwczesnej śmierci i stworzenie warunków spokojnej śmierci.⁴

Nietrudno zauważyć, że medycyna luksusowa wykracza poza te cele.

Medycyna luksusowa charakteryzuje się także (z reguły) niewspółmiernie wysokimi kosztami do spodziewanych lub osiąganych rezultatów. Z tego względu niektóre zabiegi, nawet ratujące ludzkie życie, należałoby poddać etycznej refleksji. Chodzi na przykład o tzw. uporczywą terapię w stanach terminalnych, kiedy wysiłki lekarzy mogłyby przedłużyć życie pacjenta o pewien krótki czas (np. kilka dni), lecz odbywałoby się to dzięki zabiegom niezwykle kosztownym, uciążliwym i niezbyt skutecznym. Analogiczna sytuacja miałaby miejsce w przypadku wydłużonego utrzymywania życia osoby znajdującej się w stanie śpiączki nieodwracalnej. Sytuacje takie stają się coraz częstsze, ponieważ współczesna medycyna dysponuje środkami, które mogą znacznie wydłużyć ludzkie życie, nawet w formie czysto wegetatywnej, w związku z czym coraz więcej jest pacjentów żyjących dzięki wysokospecjalistycznej aparaturze. W takiej sytuacji stwierdzenie, kiedy wkracza się na teren medycyny luksusowej, jest niezwykle trudne. Dlatego postuluje się tworzenie w szpitalach komitetów bioetycznych, które składałyby się na przykład z lekarza, prawnika, etyka, bioetyka, kapelana szpitalnego, i które dokonywałyby oceny poszczególnych przypadków.⁵

Medycyna luksusowa ma na celu spełnianie ludzkich marzeń i aspiracji. Przykładem może być tu „kuracja sterydowa” sportowców, czy pobudzanie erytropoezy poprzez stosowanie erytropoetyny u kolarzy. Tego typu praktyki stoją nie

tylko w sprzeczności z etyką sportu, lecz także z etyką lekarską. Niektóre działania są wręcz praktykami quasi-kryminalnymi, jak chociażby nieliczenie się ze zdrowiem sportowców oraz instrumentalne traktowanie ludzkich embrionów i płodów w celu osiągnięcia maksymalnych rezultatów (np. niektóre lekkoatletki z dawnego NRD na krótko przed zawodami zachodziły w ciążę, usuwaną następnie po ich zakończeniu⁶).

Medycyna luksusowa oferuje swoje usługi także osobom, które cierpią nie tyle z powodu jakiejś anatomiczno-fizjologicznej patologii, ale dlatego że odbiegają od wyimaginowanego ideału, dyktowanego przez modę lub własne fantazje. Z tego powodu mogą się one nawet domagać interwencji, które – w świetle klasycznie rozumianej medycyny – trzeba by uznać za nieterapeutyczne (np. implanty silikonowe powiększające piersi kobiety), szkodliwe czy wręcz absurdalne (np. przedłużanie poczucia młodości za pomocą licznych i skomplikowanych operacji kosmetycznych).⁷

Pewne okoliczności powodują, że zabiegi stosowane przez medycynę klasyczną stają się działaniami medycyny luksusowej. Przykładem mogą tu być operacje plastyczne. Niektóre z nich mają charakter pozytywny, jak na przykład operacje o charakterze rekonstrukcyjnym, które podejmowane są w celu naprawy zniekształceń ciała powstałych wskutek wypadków, chorób czy też wad wrodzonych; inne są etycznie „obojętne” (np. operacje o charakterze estetycznym, które mają na celu poprawę wyglądu estetycznego pacjenta na jego życzenie). Specyficzne okoliczności sprawiają jednak, że tego typu zabiegi stają się trudne do etycznego zaakceptowania. Dzieje się to na przykład, gdy człowiek nie akceptuje swojego statusu i za wszelką cenę chce go zmienić (np. zmiana koloru skóry czy nawet płci).

Źródła medycyny luksusowej

Powstanie i dynamiczny rozwój medycyny luksusowej w obecnej dobie spowodowane są kilkoma czynnikami. Pierwszym z nich jest podkreślanie (czasem wręcz przesadne) autonomii pacjenta. W tradycyjnym etosie hipokratejskim to lekarz znajdował się w centrum działania, decydował o wyborze środków leczenia i w sposób paternalistyczny zajmował się chorym. Obecnie pacjent nie tylko się staje partnerem lekarza, ale nawet sam decyduje

o wyborze metod terapii lub odstąpienia od niej. Wzrost jego autonomii przejawia się także w tym, że może on żądać od lekarzy spełniania własnych pragnień i fantazji. Odwieczny postulat *primum non nocere* wyraża się w trosce o integralne dobro pacjenta. Dobro to może być jednak rozumiane rozmaicie przez różne osoby domagające się konkretnych usług od lekarzy. Subiektywne pragnienia należą do dobra pacjenta, ale nie są jego istotą; mogą one być dobrem, o ile współgrają z obiektywnym dobrem osoby i społeczeństwa. Jeśli zaś nie – wówczas są albo neutralne, albo są przejawem nieuporządkowania psychicznego lub moralnego.⁸

Powyższy nurt ma swoje głębsze korzenie we współczesnej tendencji kulturowo-filozoficznej, która zanegowała istnienie wartości niezmiennych, takich jak: natura, istota, rozum, Bóg, a na ich miejsce wprowadziła absolutną wolność człowieka, jego wolę i pragnienia. Nic nie może być orzeczone *a priori* jako stałe, niezienne czy nieprzekraczalne. Cały wszechświat (także człowiek) znajduje się w ruchu, ciągłym rozwoju, procesie ewolucyjnym, przypadkowości. W tak rozumianym świecie również ludzkie ciało nie należy już do istotnych elementów określających człowieka, lecz staje się jedynie narzędziem dokonujących się przemian. Każda forma jego usprawnienia jawi się jako pożądana.

Rozwój medycyny luksusowej ma też swoje źródło w rozróżnieniu pomiędzy „potrzebą” i „pragnieniem”. W kręgach medycznych mówiono dotychczas o istnieniu „potrzeby” („pacjent w potrzebie”; „potrzeba terapeutyczna” itp.). Określano przez nią konieczność naprawy i przywrócenia do właściwego funkcjonowania całego organizmu lub jego części u chorego, cierpiącego człowieka. Tymczasem „pragnienie” otwiera horyzonty nieskończonych możliwości kreatywnych, które mogą dotyczyć tak poszczególnych jednostek, jak i całego rodzaju ludzkiego. Człowiek – dzięki współczesnej wiedzy medycznej – może także w zakresie swojego własnego ciała realizować odwieczne marzenia kreacyjne: udoskonalania, zmieniania, projektowania. Czy człowiek może jednak zmieniać swoją naturę? Według koncepcji T. Engelhardta natura jest czymś w stanie ciągłego stawania się, przemiany, czymś co nie posiada już swojej wewnętrznej istoty i nie podpada pod żadne kryteria obiektywne.⁹ W takim ujęciu człowiek może dokonywać dowolnych modyfikacji swojego ciała bez odwoływania się do jakichś

niezmiennych determinantów. Jednakże nietrudno zauważyć, że wówczas traci on swoją osobową godność, redukując się jedynie do poziomu czysto biologicznego i ustawiając się na tej samej płaszczyźnie, co ciągle ewoluująca materia ożywiona. Idąc tą drogą, neguje on w konsekwencji swoją wyjątkową pozycję w świecie i popada w biologistyczno-naturalistyczny błąd, który eliminuje wartości niezienne, stałe, „święte”. Człowiek staje się projektem, częścią materii, częścią ewoluującego wszechświata.

Dylematy etyczne medycyny luksusowej

Pojawienie się i upowszechnienie różnych technik zaliczanych do medycyny luksusowej implikuje poważne pytania etyczne.

Pierwszym z nich jest pytanie o cel działań medycznych: czy medycyna może wykroczyć poza swoje główne cele terapeutyczne? A jeżeli tak, to czy nie uwikła się nieuchronnie w zależności ekonomiczne i polityczne i nie zacznie służyć jakimś ideologiom lub też trudnym do etycznego zaakceptowania utopiom, które w rzeczywistości narzucają człowiekowi społeczno-psychologiczne formy zniewolenia (np. poprawa genetycznego wyposażenia człowieka, praktyki eugeniczne, ulepszanie zygot przed implantacją itp.)? Historia pokazuje, że takie nadużycia nie wychodziły nigdy medycynie na dobre, żeby wspomnieć chociażby tylko „naukowe” usprawiedliwienie działań sterylizacyjnych i eutanatycznych w nazistowskich Niemczech, bazujących na przesłankach takich autorytetów jak F. Galton czy C. Davenport.¹⁰

Kolejnym, głębszym problemem moralnym, jaki się rysuje na tle rozwoju medycyny luksusowej, jest zmiana etosu lekarskiego, deontologii i etyki medycznej. Coraz trudniej dziś odróżnić to, co jest sztuczne, od tego co jest naturalne; czym jest zdrowie, a czym choroba; co jest rzeczywistą potrzebą, a co wymagowanym pragnieniem. Pojawia się problem, jak dalece lekarz ma spełniać pragnienia, życzenia i fantazje pacjenta, zwłaszcza gdy domaga się on działań ryzykownych, niekoniecznych, o nieznanym konsekwencjach. Medycyna współczesna stoi wobec alternatywy wyboru pomiędzy tradycyjną opcją realistyczną, w której człowiek ma swoją niezmienną naturę, a koncepcją egzystencjalno-idealistyczną, postrzegającą człowieka jako nieskończony projekt i absolutną wolność możliwą do urzeczywist-

nienia dzięki różnym nowym technikom. Hipokratejskie i chrześcijańskie ukierunkowanie personalistyczne medycyny odwołuje się do pewnych niezmiennych wartości, broniąc ontycznej tożsamości człowieka i jego niezmiennej natury. Naturę tę uważa za dar otrzymany od Boga. Dlatego niszczenie jej z powodu subiektywnych upodobań lub w celu ulepszenia (np. genetycznego) gatunku *Homo sapiens* odczytuje jako przejaw przemocy wobec człowieka i zbyt daleko posuniętą absolutyzację ludzkiej autonomii.¹¹

W medycynie luksusowej powinno się pamiętać o kilku ogólnych zasadach etyczno-społecznych, przede wszystkim o zasadzie międzyludzkiej solidarności. Zasada ta przewiduje wzajemne wspieranie się członków społeczeństwa i „poszukiwania dobra każdego i wszystkich, wszyscy bowiem jesteśmy odpowiedzialni za wszystkich”.¹² Na przykład w odniesieniu do problemu niepłodności proponuje się – w myśl zasady solidarności i powszechnego braterstwa – uproszczenie procedur adopcyjnych i rozwój świadomości adopcyjnej. Ponadto zasada solidarności wymaga, zwłaszcza od bogatych społeczeństw zachodnich, aby raczej zaangażowały się w pomoc krajom Trzeciego Świata w celu zapewnienia ich mieszkańcom podstawowej opieki medycznej, niż przeznaczają poważne środki finansowe na spełnianie nieuzasadnionych marzeń i fantazji swoich obywateli.

Postulować należy również powrót lekarzy i innych pracowników służby zdrowia do norm kodeksu hipokratejskiego, zwłaszcza „dobra pacjenta” (osoby) i bezinteresowności posługi medycznej. Zasady te zostały zagubione w „Deklaracji Genewskiej” z 1948 roku, która dość istotnie zmieniła etos medycyny, kładąc nacisk na kategorię „dobra ludzkości” (społeczności) oraz usuwając postulat bezinteresowności. Takie przesunięcie akcentów powoduje niebezpieczny podział na chorych lepszej i gorszej kategorii.

W podsumowaniu należy stwierdzić przede wszystkim odejście medycyny luksusowej od zasadniczych celów medycyny, jakimi są: prewencja, terapia, przynoszenie ulgi w bólu oraz opieka nad chorymi. Dlatego się wydaje, że medycyna luksusowa – choć pretenduje do bycia medycyną – w rzeczywistości jest pewną formą usługi, wykorzystującą wiedzę i techniki medyczne. Ponieważ cel stanowi zasadniczy i najważniejszy element w klasyfikowaniu ludzkich działań, zatem należa-

łoby postulować rezygnację z terminu „medycyna” w takich określeniach, jak: *desire medicine*, *médecine de l'amélioration* czy medycyna luksusowa, a raczej mówić o „nieterapeutycznych usługach medycznych”.

Spór o model medycyny jest w rzeczywistości sporem o filozoficzną teorię człowieka i społeczeństwa: czy nauki biomedyczne mają służyć integralnie pojętemu dobru osoby ludzkiej, czy też jakimś innym priorytetom indywidualnym i społecznym. Medycyna od czasów starożytnych służyła zawsze człowiekowi, i to temu choremu, najsłabszemu, którego życie było najbardziej zagrożone. Zasady te regulowały odniesienie lekarza do pacjenta, dzięki czemu powstał swoisty etos, który stał się podstawą szacunku, jakim powszechnie i przez długie wieki obdarzano lekarzy. Tymczasem medycyna luksusowa odrywa nauki biomedyczne od właściwego fundamentu, jakim jest dla nich świat obiektywnych, niezmiennych wartości i przenosi je na nowy poziom, podporządkowany socjologicznym i egoistycznym imperatywom. Opowiedzenie się zatem za personalistyczną koncepcją zawartą w przysiędze Hipokratesa jest opowiedzeniem się za odpowiednią opcją filozoficzną człowieka i społeczeństwa. „To właśnie lekarze powinni zdwoić czujność”.¹³ Być może to z ich strony powinien przyjść pierwszy sygnał, że medycyna wikła się w cele, które do niej nie przynależą.

Przypisy

1. Hottois G.: *Médecine du désir*. W: Hottois G., Missa J.-N.: *Nouvelle encyclopédie de bioéthique*. Bruxelles, De Boeck, 2001: 585–587
2. Folschied D., Wunenburger J.-J.: *La médecine de l'amélioration*. W: Folschied D., Feuillet-Le Mintier B., Mattei J.-F.: *Philosophie, éthique et droit de médecine*. Paris, Press Universitaires de France, s. 221–232
3. Muszala A.: *Medycyna luksusowa*. W: Muszala A., red.: *Encyklopedia bioetyki: personalizm chrześcijański: glos Kościola*. Radom, Polwen, 2005: 285
4. *The goals of medicine: setting new priorities: a Hasting Center project report*. W: Howell J.H., Sale W.F., red.: *Life choices: a Hasting Center introduction to bioethics*. Washington, Georgetown University Press, 2000: 58, 61, 64, 65, 67, 70–72; por. także Biesaga T.: *Właściwe i niewłaściwe cele medycyny*. *Med. Prakt.*, 2004; 5: 20–25
5. Por. Kurkowski J.L.: *Medycyna: bioetyka i polityka*. Bielsko-Biała, a-Medica Press, 2002: 47–49
6. Folschied D., Wunenburger J.-J.: *La médecine de l'amélioration*. W: Folschied D., Feuillet-Le Mintier B., Mattei J.-F.: *Philosophie, éthique et droit de médecine*. Paris, Press Universitaires de France, s. 227
7. Jacobson N.: *The socially constructed breast: breast implants and the medical construction of need*. *Am. J. Public Health*, 1998; 88: 1254–1261
8. Wróbel J.: *Człowiek i medycyna: teologiczno-moralne podstawy ingerencji medycznych*. Kraków, Wydawnictwo Księży Sercańów, 1999: 107–125; por. także Biesaga T.: *Autonomia lekarza i pacjenta a cel medycyny*. *Med. Prakt.*, 2005; 6: 20–24
9. Engelhardt H.T.: *Bioethics and secular humanism: the search for a common morality*. London-Philadelphia, Trinity Press International/SCM Press, 1991: 114
10. Black E.: *Wojna przeciw słabym: eugenika i amerykańska kampania na rzecz stworzenia rasy panów*. Warszawa, Muza, 2004: 151–230, 376–553
11. Haring B.: *Medical ethics*. St Paul Publication, Slough, 1996: 39–60
12. Jan Paweł II: *Encyklika Sollicitudo rei socialis*. Watykan, 1987; nr 38
13. Schooyans M.: *Aborcja a polityka*. Lublin, Instytut Jana Pawła II KUL, 1991: 47