

szych badań nad szkołą w Chartres, jest ona ponadto doskonałym przykładem popularyzacji. Wprowadzając czytelnika w problematykę historycznofilozoficzną, ani jej nie banalizuje, ani nie czyni nudną. Oby „duchowy przewodnik po Chartres” znalazł swoich kontynuatorów i naśladowców!

Agnieszka Kijewska

Kenneth Kearon, *Medical Ethics: An Introduction*, Dublin 1995, The Columba Press, ss. 111.

Wystarczyło zaledwie kilka lat – stwierdza we wstępie do recenzowanej pozycji autor, Kenneth Kearon – by etyka medyczna z pozycji kopciuszka wysunęła się na centralne miejsce wśród toczących się obecnie etycznych debat. Aktualność podjętego przez Kearona tematu jest bezdyskusyjna. Notowany w ostatnich latach niezwykle szybki postęp nauk medycznych stwarza przed człowiekiem takie możliwości, jak np. możliwość pozaustrojowego zapłodnienia czy ingerencja w strukturę ludzkiego genomu, które domagają się wprost etycznej oceny. Swój głos w tej tak aktualnej dyskusji autor traktuje jako wprowadzenie, mające zapoznać czytelnika z etycznymi aspektami medycznych osiągnięć i pomóc mu w sformułowaniu własnego moralnego osądu możliwości współczesnej medycyny. Temu też celowi ma służyć zapewne umieszczenie po każdym z kolejnych rozdziałów książki serii pytań do dalszej refleksji, sam Kearon nie ułatwia jednak czytelnikowi wypracowania własnego stanowiska. Zaznacza wprawdzie, że za podstawę dyskusji przyjmuje chrześcijański punkt widzenia, ale równocześnie usilnie zabiega o to, by raczej badać, niż nauczać, pozostając otwartym na różne opcje światopoglądowe i filozoficzne. Wziąwszy pod uwagę brak jedności wśród etyków należących do szeroko pojętego grona „chrześcijańskich moralistów”, deklarowanie przez Kearona chrześcijańskiej opcji pozwala nam wstępnie domyślać się ogólnych założeń argumentacji autora, niewiele nam jednak mówi o jego poglądach w wielu szczególnie kontrowersyjnych kwestiach. O przyjętym przez autora stanowisku spróbujemy się zatem dowiedzieć z treści recenzowanej książki.

Zebrana w jedenaście rozdziałów treść książki to kolejno: kwestia prawa człowieka do życia i jego osobowej konstytucji; problem definicji śmierci i związanej z nią eutanazji; moralne aspekty aborcji, sztucznej prokreacji i antykoncepcji; problem dopuszczalności medycznych eksperymentów oraz możliwości pogodzenia indywidualnych poglądów moralnych z odnośnym stanowiskiem służb medycznych; kwestia podziału nadzwyczajnych środków i niektóre problemy moralne związane z AIDS. Wymienione tematy wyczerpują wprawdzie zasadniczo najważniejsze problemy współczesnej etyki medycznej, trudno jednak stwierdzić na podstawie lektury książki, czym kierował się autor przy ich doborze. Ani we wstępie, ani w pierwszych rozdziałach książki nie znajdujemy bowiem definicji etyki medycznej czy bodaj „klucza” usprawiedliwiającego i porządkującego wybór poruszanych tematów. Pewną wskazówką może być natomiast umieszczenie w punkcie wyjścia poruszanych w książce problemów kwestii prawa człowieka do życia. Na mocy tegoż prawa nikomu nie wolno w sposób arbitralny odbierać drugiej osobie życia bądź narażać ją na ryzyko jego utraty. Wyjątek stanowi

obrona w sytuacji agresji. Dla etyki medycznej ważna jest dalej sama definicja ludzkiego życia. Kearon odwołuje się w tym miejscu do definicji amerykańskiego etyka R. McCormicka, wedle którego „życie” oznacza: (1) stan osobowego funkcjonowania lub (2) istnienie witalnych i metabolicznych procesów, od których uzależnione jest funkcjonowanie i zdolności ludzkiego organizmu. Pierwsze określenie przywoływane jest w kontekście dyskusji o wartości i świętości ludzkiego życia, drugie dotyczy właściwego człowiekowi witalizmu i jest przedmiotem nauk medycznych. Wobec braku zachowania odrębności wymienionych przez McCormicka dwóch płaszczyzn orzekania o życiu osoby etyka medyczna wikła się, jak zauważa autor, w poważne trudności. Można się stąd domyślać, że Kearon będzie się starał o zachowanie należytego statusu metodologicznego osoby, do której odnoszą się normy etyki medycznej. Jeśli zaś wolno przyjąć (autor wyraźnie tego nie stwierdza), że „życie osoby” jest kluczowym pojęciem dla etyki medycznej, dobór poruszanych w pozycji tematów tłumaczy się bezpośrednim związkiem z procesem powstawania ludzkiego życia, jego trwaniem i śmiercią. Świadomie nawiązuję tutaj do definicji bioetyki, jaką podaje w swoim podręczniku *Granice życia. Dylematy współczesnej bioetyki* (Kraków 1994² s. 16) ks. T. Ślipko, *Etyka medyczna* Kearona stanowi bowiem pod względem „programowym” ogromny skrót problematyki omawianej obszernie w podręczniku Ślipki. Recenzowana tutaj pozycja jest jedynie *Wprowadzeniem*, stąd trudno mieć pretensje do autora, że nie porusza dogłębnie każdej z wymienionych w spisie treści kwestii. Interesujące jest natomiast, w jakiej mierze pozostaje wierny przyjętemu (zgodnie z definicją McCormicka) postulatowi wyraźnego odróżniania sfery witalności od osobowego wymiaru ludzkiego życia. Pod tym też kątem będziemy chcieli przyjrzeć się opisanym przez Kearona problemom etyki medycznej.

Bycie osobą oznacza – jak zauważa Kearon – możliwość uczestniczenia w międzyludzkich relacjach (ja – społeczeństwo, ja – drugi, także ja względem samego siebie) i podmiotowość działania. Osoba jako podmiot własnych decyzji związana jest sądami swojego sumienia, winna zatem działać zgodnie z nim. Respekt dla osoby pacjenta domaga się stąd ochrony przysługującej mu autonomii: pacjent ma pierwszeństwo w decydowaniu o własnym zdrowiu i sposobach leczenia. W imię owej autonomii wymagane jest porozumienie między pacjentem a lekarzem odnośnie do sposobu leczenia, autonomia pacjenta stoi na straży jego prawa do prywatności i informacji o przebiegu kuracji. W przypadku gdy pacjent nie może sam wyrazić zgody na stosowaną przez lekarza terapię, w imieniu pacjenta zgodę wyrażają jego najbliżsi. W sytuacjach, w których podłączony do respiratora pacjent popadł w stan nieodwracalnej śpiączki, zastosowanie znajduje wspomniane wyżej kryterium, zgodnie z którym życie osoby polega między innymi na możliwości wchodzenia w relacje: z samym sobą, z drugimi i ze środowiskiem. Potencjalnym warunkiem ich zachowania jest funkcjonowanie układu oddechowego i systemu krążenia. Sztuczne przedłużanie wegetatywnych funkcji organizmu beznadziejnie chorego pacjenta dzięki podłączeniu go do respiratora byłoby zatem jedynie przedłużaniem procesu umierania. Odłączenie od respiratora nie jest w tym wypadku przyczyną śmierci, a raczej „przyzwoleniem na śmierć”. Czym innym jest bowiem śmierć jako moment definitywnego zakończenia życia człowieka, a czym innym proces umierania. Kluczowym problemem jest tutaj ustalenie kryterium czy też kryteriów śmierci człowieka. Autor przyjmuje za autorytetami medycznymi, że śmierć jest procesem odznaczającym się niezdolnością do jakiegokolwiek potencjalnego uczest-

niczenia we wspomnianych relacjach i kończącym się śmiercią mózgu. Potrzeba organów do transplantacji nie może być oczywiście powodem do zmiany ustalonych kryteriów śmierci. Mielibyśmy bowiem wtedy do czynienia z eutanazją.

Eutanazja jest problemem potraktowanym przez Kearona znacznie szerzej niż pozostałe. Autor pozostaje przy tradycyjnym podziale na eutanazję bierną i czynną. W ramach eutanazji biernej wymienia trzy przypadki: (1) opisaną wyżej rezygnację ze sztucznego podtrzymywania funkcji wegetatywnych pacjenta znajdującego się już w trakcie procesu umierania, (2) sytuację, w której pacjent jest świadomy, że znajduje się w stanie terminalnym, a przedłużanie mu życia za pomocą medycznej interwencji jest wprawdzie możliwe, lecz wiąże się ze znacznym pogorszeniem jakości życia pacjenta, (3) odmowę przez śmiertelnie chorego pacjenta dalszego leczenia. Pierwszy przypadek nie wymaga już komentarza, warto natomiast przyrzeć się bliżej argumentacji odnoszonej przez autora do dwóch dalszych.

Odwoływanie się w drugim przypadku do jakości życia oznacza, że możliwość utrzymywania kontaktów z otoczeniem, pozostawania w stanie świadomości i wolności od nadmiernego bólu może się okazać wartością większą niż kilka dodatkowych dni życia. Podobny do drugiego jest trzeci wariant biernej eutanazji, polegający na odmowie przez pacjenta dalszego leczenia. Zarówno lekarz, jak i pacjent mają obowiązek stosowania środków zwyczajnych, mogą natomiast zrezygnować z posłużenia się środkami nadzwyczajnymi. Pacjent, zdając sobie sprawę z bolesnej, ryzykownej i utrudniającej mu wolne dysponowanie sobą kuracji, może z niej zrezygnować, a lekarz nie ma prawa ingerować w decyzję pacjenta. Czy w sytuacji, gdy odmowa poddawania się dalszemu leczeniu jest równoznaczna ze śmiercią pacjenta, oznacza ona decyzję samobójczą?

Autor przyznaje, że odpowiedź na to pytanie nie jest sprawą łatwą. Przytacza różnorakie argumenty, dzieląc je na świeckie (D. Hume, P. Baelz, G. Grisez) i religijne (Biblia), sam jednak wstrzymuje się od zajęcia wyraźnego stanowiska (czy to w imię przyjętej otwartości, czy też by nie sugerować czytelnikowi „z góry” żadnego rozwiązania). Bierna eutanazja, rozumiana też jako „śmierć z godnością”, oznacza w przekonaniu autora znalezienie właściwego momentu, w którym śmierć jest już nieuchronna i należałoby się powstrzymać od dalszego leczenia.

Aktywna eutanazja rozumiana jako skracanie życia pacjentowi na wyraźne jego życzenie tym się różni od biernej, że w miejsce rezygnacji z dalszego leczenia (eutanazja bierna) zostają tu powzięte konkretne kroki powodujące śmierć pacjenta. Została ona jak dotąd, wedle informacji autora, zalegalizowana w stanie Oregon (USA) i w Holandii. Autor podając w ogólnych zarysach legislację obu krajów, zastanawia się, czy zamiast myśleć o zalegalizowaniu aktywnej eutanazji nie należałoby raczej podjąć walki z cierpieniem przez wyprodukowanie środków uśmierzających skutecznie ból. Zwracając uwagę na różnice między aktywną i bierną eutanazją, Kearon ponownie nie wypowiada w sposób jasny własnych poglądów, wyraźne stanowisko autora znajdujemy dopiero w dyskusji nad problemem aborcji.

Za najważniejsze w dyskusji nad moralną dopuszczalnością aborcji uznaje Kearon ustalenie statusu ludzkiego embrionu. Autor zauważa, że uczestnicy współczesnej debaty nad tą kwestią odwołują się do trzech argumentów: (1) argumentu z ciągłości, zgodnie z którym od momentu poczęcia mamy do czynienia z rozwojem osobowości (*De abortu procurato*, Watykan 1974); (2) argumentu procesualnego, przesuującego mo-

ment rozwoju osobowego na późniejsze stadia rozwojowe embrionu (w wersji podawanej przez Ślipkę jest to problem tzw. animacji sukcesywnej. Ślipko opowiada się wprawdzie za animacją sukcesywną, równocześnie jednak podkreśla, że zygota, będąc wewnętrznie przyporządkowana do realizacji idealnego wzorca osoby, uczestniczy od początku w jej moralnej godności) oraz (3) argumentu „z prawa wyboru”, odwołującego się do prawa matki do dziecka, potraktowanego tutaj jako część organizmu matki. Autor zdaje się przychylić do drugiego z proponowanych rozwiązań (choć przyznaje, że najbardziej „bezpieczny” jest argument z ciągłości), powołuje się w tym miejscu na raport komisji Warnocka (komisja powołana w 1982 r. przez rząd Wielkiej Brytanii celem prowadzenia badań nad rozwojem ludzkiego embrionu), na autorytet anglikańskiego biskupa Yorku, J. Habgooda i katolickiego teologa, B. Häringa, którzy moment animacji i powstania osobowego życia przesuwają nawet do 25-30 dnia po zapłodnieniu. Wobec powyższego powstawanie życia osobowego należałoby rozumieć jako proces. Jakkolwiek w świetle argumentu procesualnego przerwanie ciąży nadal wymaga solidnego uzasadnienia i winno być traktowane tylko jako ostateczność, można jednak wskazać kilka wyjątków: ciąża w wyniku gwałtu lub kazirodztwa, sytuacja zagrożenia życia matki w wypadku nieprawidłowo rozwijającej się ciąży lub choroby nowotworowej, uszkodzenie płodu nie rokujące szansy na przeżycie dziecka. Choć przerwanie ciąży zawsze jest nieodżałowane, powyższe wypadki we wczesnym okresie ciąży nie są, jak twierdzi autor, atakiem na ludzką osobę.

Przyjęcie za podstawę prawa do aborcji „argumentu z wyboru” opiera się, wedle Kearona, na dwóch założeniach. Wedle pierwszego kobieta miałaby prawo do pełnej kontroli nad funkcjami rozrodczymi swojego organizmu, drugie stanowi, że płód nie ma statusu odrębnego organizmu, szczególnie we wczesnych fazach rozwojowych. To ostatnie jest trudne do utrzymania ze względu na współczesne osiągnięcia embriologii, zgodnie z którymi od momentu poczęcia mamy do czynienia z rozwojem odrębnego organizmu. Opowiadanie się za prawem do kontroli reprodukcji jest natomiast problemem antykoncepcji, a nie aborcji.

Przedmiotem dyskusji czyni Kearon nie tyle stosowanie środków antykoncepcyjnych, co wczesnoporonnych, zauważając, że część etyków, wyrażających zasadniczo zgodę na stosowanie środków antykoncepcyjnych, uważa za moralnie niedopuszczalne środki wczesnoporonne. Owe rozbieżności zależą, w przekonaniu autora, od przyjmowanej rangi osobowej ludzkiego embrionu. Jeśli przyjąć, że w pierwszych stadiach rozwojowych nie mamy jeszcze do czynienia z osobą, wówczas lepiej byłoby wybrać „mniejsze zło” i podawać zawczasu środki antykoncepcyjne np. ofiarom gwałtów, niż „skazywać” kobiety na urodzenie dziecka mimo i wraz z emocjonalnym urazem.

Problem moralnego statusu embrionu powraca również podczas dyskusji nad moralną dozwolonością technik sztucznej prokreacji. Stosowana współcześnie technika IVF wymaga bowiem pobierania więcej niż jednej żeńskiej komórki rozrodczej, pozaustrojowego zapładniania i transferu embrionów, co – założywszy osobowy status embrionu od momentu poczęcia – stawałoby się moralnie niedopuszczalne, wykluczając zarazem możliwość prowadzenia badań na embrionach. Zarówno zwolenników, jak i przeciwników mają również metody sztucznej inseminacji, w którą włączone są osoby spoza małżeństwa. Zwolennicy skłonni są widzieć w niej formę adopcji czy jałmużny, przeciwnicy – cudzołóstwo. Problemów takich nie napotyka zabieg sztucznej inseminacji dokonany w obrębie małżeństwa. Kearon przytacza w tym miejscu negatywną opinię

Kościła katolickiego (*Donum vitae*), podkreślając równocześnie panujący wśród katolickich teologów brak jednomyślności odnośnie do moralnej dopuszczalności metody sztucznej inseminacji w ramach małżeństwa, i „programowo” nie wyraża własnego zdania.

Dyskusja na temat sztucznej prokreacji jest, zdaniem Kearona, sensowna jedynie w odniesieniu do przypadków, w których naturalne poczęcie jest niemożliwe ze względów zdrowotnych. To defekty natury usprawiedliwiają odwołanie się do sztucznych środków, niedozwolone jest natomiast wykraczanie poza nakreślone przez naturalne warunki prokreacji możliwości. Konsekwentnie autor wyklucza możliwość zapłodnienia pobranych wcześniej komórek rozrodczych po śmierci współmałżonka lub po okresie menopauzy kobiety. Niedozwolone moralnie wydaje mu się również korzystanie małżeństw homoseksualnych z pomocy dawcy lub małżeństw heteroseksualnych z pomocy matki zastępczej.

Pozostałe kwestie ujęte są w recenzowanej pozycji w aspekcie etyczno-prawnym: dopuszczalność badań medycznych, kwestia podziału nadzwyczajnych środków, relacja indywidualnie pojętej moralności do etyczno-prawnych przepisów ustalanych przez służbę zdrowia, problem AIDS. „Strategia” autora polega nadal na zestawianiu różnych propozycji rozwiązywania problemów, przy równoczesnym wstrzymywaniu się od kategoriycznych sądów. Ponieważ przedmiotem dyskusji uczyniliśmy poglądy Kearona związane ze statusem osoby ludzkiej, rezygnuję ze streszczania poglądów wyrażonych, czy raczej „ukrytych”, w czterech ostatnich rozdziałach książki, tym bardziej że są one potraktowane skrótowo przez samego autora.

Niewątpliwym walorem recenzowanej książki jest aktualność problematyki i – na miarę wprowadzenia – dość wyczerpujące potraktowanie najważniejszych tematów współczesnej etyki medycznej. Dyskusja z Kearonem jest natomiast o tyle trudna, o ile rezygnuje on z podawania własnych poglądów. Książka Kearona ma w założeniu pomóc czytelnikowi w wypracowaniu własnego stanowiska. Zestawianie poglądów różnych autorów bez krytyki podawanej przez nich argumentacji sprawia wrażenie, jakby wartością był sam fakt posiadania w kwestiach etyki medycznej własnego zdania, sprawą drugorzędną zawartość merytoryczną głoszonych poglądów. Spróbujmy zatem, przejmując metodę autora, postawić mu kilka pytań, wykorzystując nieliczne miejsca, w których dał wyraz swoim przekonaniom.

Kearonowi nie można zarzucić bagatelizowania wartości ludzkiego życia, czy jednak staje on rzeczywiście w jego (życia) obronie? Od odpowiedzi na to pytanie wydaje się zależeć sens publikowania jakichkolwiek pozycji związanych z bioetyką.

Życie ludzkie to zarówno funkcje osobowe, jak i wegetatywne, które, jakkolwiek wspólne człowiekowi wraz ze światem zwierzęcym, z racji „osobowego zakotwiczenia” noszą na sobie znamiona działania osoby. Nawet jeśli osoba przejawia już jedynie funkcje wegetatywne, pozostaje osobą. Dwie płaszczyzny realizowania się życia człowieka wymienione przez McCormicka wydają się możliwe do wyodrębnienia, ale niemożliwe do rozdzielenia. Jeśli dalej rozumieć przez życie osobowe możliwość uczestniczenia w różnych formach międzyludzkich relacji, należałoby zakwestionować osobowy status chorych psychicznie czy niemowląt, nieświadomych swego uczestnictwa w jakichkolwiek relacjach. O ile sztuczne podtrzymywanie człowieka przy życiu za pomocą współczesnej techniki medycznej nie wydaje się rzeczywiście zawsze moralnie słuszne (chodzi o sytuacje, w których pacjent znajduje się w stanie śpiączki bądź nastąpiły

nieodwracalne zmiany mózgu i normalne funkcjonowanie organizmu pacjenta jest już niemożliwe), to gdzie indziej wydaje się leżeć powód, dla którego „przerwanie procesu umierania” mogłoby być moralnie usprawiedliwione. Jeśli pacjent odmawiając kontynuacji leczenia mógłby uznać za większą wartość swoisty komfort ostatnich dni życia niż ewentualne przedłużenie egzystencji związane z nieodłącznym cierpieniem, jak rozumieć sens znoszonych przez człowieka cierpień, zważywszy nadto, że autor deklaruje się jako chrześcijanin? Istnieje zasadnicza zgoda wśród moralistów odnośnie do możliwości odmowy przez pacjenta przyjmowania nadzwyczajnych środków. Czy wynika ona, jak zauważa Kearon, z przenoszenia kryterium jakości życia nad samo jego trwanie?

Funkcjonowanie układu oddechowego i układu krążenia uznaje Kearon za potencjalne warunki do orzekania o możliwości „relacyjnego” bytowania człowieka. Oddychanie i krążenie to, zgodnie z definicją McCormicka, wegetatywne przejawy ludzkiego życia. Skoro wegetatywne czynności organizmu można uznać za potencjalne dla osobowego życia, dlaczego nie uznać owej potencjalności w pierwszych stadiach rozwojowych ludzkiego embrionu? Jeśli tak, należałoby wówczas konsekwentnie wykluczyć moralną dopuszczalność stosowania środków wczesnoporonnych, metod sztucznej prokreacji lub badań dokonywanych na wczesnych stadiach rozwojowych ludzkich embrionów. Czy ofiara gwałtu, jakkolwiek przeżywająca osobistą tragedię, ma wówczas prawo skazywać kolejną ofiarę?

Postawione wyżej pytania nie mają rangi kierowanych wprost do autora zarzutów. Formuluje on bowiem swoje zdanie tak ostrożnie, że byłby w stanie, jak sądzę, odpowiedzieć pozytywnie na każde z postawionych pytań, powołując się na te miejsca w recenzowanej pozycji, w których dopuszcza możliwość różnych rozwiązań. Jeśli co, to właśnie owa dopuszczalność różnych, często przeciwstawnych opcji wydaje się najistotniejszym mankamentem książki. Z Kearonem praktycznie każdy mógłby się zgodzić, bo formuła książki zezwala na taką interpretację, jaka najlepiej odpowiada czytelnikowi. Ostatecznie autor wydaje się hołdować relatywizmowi, chociaż z całą pewnością leży to poza jego intencją.

Jeśli etyka jest nauką normatywną, jej „bezkonfliktowość” jest praktycznie niemożliwa, chyba że ograniczymy się do kręgu osób reprezentujących te same moralne przekonania. Skoro jednak uznajemy pretensje norm moralnych do powszechności, wówczas obawa przed wygłaszaniem kontrowersyjnych tez winna ustąpić prostemu poszukiwaniu tego, co najpełniej odpowiada prawdzie o dobru osoby. Szczere staranie o prawdę wyklucza natomiast obojętność względem poglądów, które sprzeciwiają się dokonany odkryciom. Na tej podstawie książka Kearona jest raczej opisem problemów moralnych związanych z etyką medyczną niż wprowadzeniem do etyki medycznej. To nie popularność decyduje bowiem ostatecznie o randze etyki medycznej, ale sposób, w jaki pozostając integralną częścią danej teorii etycznej uzasadnia szczegółowe normy odnoszące się do ludzkiego życia. Kariera etyki medycznej, która nie formuluje wyraźnych norm, może się okazać bardzo krótka – kopciuszek wróci na swe dawne miejsce, nie doczekawszy wśród dziedzin etyki szczegółowej należnej mu pozycji.

Barbara Chyrowicz SSpS