

PREPRINT VERSION

ETYKA 51, 2015

Moralne zło choroby

Wiktor Piotrowski, Uniwersytet Warszawski

Artykuł dotyczy dość mało popularnych, aksjologicznych teorii choroby. Autor opisuje cztery drogi, które mogą doprowadzić do uznania choroby za moralne zło. Wśród tych dróg, reprezentowanych przez różnych autorów, znajdują się: droga fenomenologiczna, kantowska, psychiatryczna i quasi-historyczna. Po zaprezentowaniu ich głównych cech i inspiracji, artykuł rozważa pewne obiekcje, które można im stawiać oraz stara się wskazać możliwe rozwiązania. W podsumowaniu autor umiejscawia aksjologiczne teorie choroby na ogólnej mapie bioetyki.

Wstęp

Standardowy pogląd na chorobę głosi, że jest ona pewnym zdarzeniem w świecie, które jest efektem działania natury. Tak jak o wybuchach wulkanów, trzęsieniach ziemi i opadach gradu możemy mówić o wypadkach choroby, spowodowanych wirusami, bakteriami czy innymi elementami natury. Z tego względu za chorobę uznaje się te zdarzenia, którym brak sprawcy i w których brak moralnej odpowiedzialności. Choroby po prostu przydarzają się ludziom, tak jak przydarzają im się inne nieszczęścia. Medycyna z kolei jest instytucją powołaną do radzenia sobie z tymi nieszczęściami, analogicznie do instytucji, które radzą sobie z trzęsieniami ziemi i wybuchami wulkanów. W tym znaczeniu choroba jest złem, ale złem przygodnym, nieszczęśliwym trafem i wypadkiem w normalnym funkcjonowaniu świata. W niniejszym artykule przedstawione zostanie odmienne stanowisko – stanowisko, które przypisuje chorobie pewien aspekt aksjologiczny i uznaje ją za zło o charakterze moralnym. Opisane zostaną przy tym cztery perspektywy, cztery „drogi myślowe”, które doprowadziły niektórych filozofów do definiowania choroby przez odwołanie do moralnego zła. Ukazana perspektywa z pewnością nie jest perspektywą dominującą, lecz rzuca interesujące światło nie tylko na samo rozumienie choroby, lecz także na całą dziedzinę moralności, upatrując jej źródła w fundamentalnym poczuciu krzywdy i niesprawiedliwości. Moralność

zostanie przez nie ukazana jako sfera zrodzona z indywidualnego poczucia, że dzieje się coś złego. Poczucie to, zarówno w wypadku pacjentów medycznych, jak i wszystkich innych członków ludzkiej wspólnoty, jest czymś, co nie może być zignorowane ani pominięte. Uznanie choroby za zło moralne z pewnością nie jest zadaniem łatwym, gdyż stawia większe wymagania zarówno lekarzom, jak i pacjentom. Być może jednak istnieją przekonujące przesłanki, aby tym wymaganiom sprostać.

1. Droga fenomenologiczna

Pierwszą perspektywą, która może doprowadzić do uznania choroby za zło moralne, będzie perspektywa fenomenologiczna. Aby ją zilustrować, chciałbym posłużyć się tekstami S. Kay Toombs. Autorka ta, sama cierpiąc na przewlekłą chorobę, stara się uchwycić, czym jest choroba z punktu widzenia pacjenta oraz jak duża przepaść może zaistnieć między pojmowaniem choroby przez lekarza i pacjenta. Odwołuje się przy tym do koncepcji wglądu ejdetycznego E. Husserla oraz rozległej dziedziny fenomenologii ciała i bólu, w ujęciu min. J-P. Sartre'a i M. Merleau-Ponty'ego.

Punktem wyjścia do rozważań autorki jest przypisanie obecnym modelom medycyny kartezjańskiego paradygmatu dualizmu ciała i duszy. Medycyna postrzega chorobę jako umiejscowioną w organizmie i nieistotne jest dla niej, do kogo ten organizm należy. Osoba, która jest z danym ciałem związana, jest z tego punktu widzenia nieistotna, gdyż medycyna ma zajmować się usunięciem pewnej dysfunkcji, niesprawności powstałej na biologicznym szczeblu funkcjonowania. Lekarz przyjmuje tutaj perspektywę techniczną i naukową, a jego język daleki jest od języka potocznego. Choroba jest zatem aksjologicznie neutralną patologią a celem medycyny jest przywrócenie stanu, który uznawany jest za normalny.

Z drugiej zaś strony mamy perspektywę pacjenta. Dla niego choroba nie jest stanem, nie jest kategorią, lecz *przeżyciem*. Symptomy choroby są przeżywane jako niezwykle i obce, niezależnie od ich ogólnej klasyfikacji. Z perspektywy pacjenta zmienia się cały jego stan, sposób bycia w świecie i działania w nim. Zależy mu, aby choroba została zwalczona nie na poziomie biologicznym, lecz na poziomie jego odczuć, wrażeń i przeżyć. Według autorki, pacjentowi niezwykle zależy na tym, aby chorobę wpisać w większą całość – aby została zrozumiana i zaakceptowana i nie powodowała alienacji pacjenta od jego własnego ciała. Wydaje się więc, że aksjologicznie neutralne pojmowanie choroby rodzi zarówno niezrozumienie na poziomie charakteru przeżyć pacjenta, jak i na poziomie oczekiwań pacjenta co do całej opieki medycznej.

PREPRINT VERSION

Przyjrzyjmy się teraz nieco dokładniej całej myśli S. K. Toombs, aby uzmysłowić sobie, jak fenomenologia może pomóc zasypać przepaść pomiędzy tymi dwiema perspektywami oraz doprowadzić do uznania choroby za zło o charakterze moralnym.

1.1. Relacja pacjenta z własnym ciałem: kategoria żywego ciała

Kategoria żywego ciała jest zaczerpnięta z myśli fenomenologicznej w celu ukazania, że tradycyjny paradygmat kartezjańskiego dualizmu jest nie do utrzymania z punktu widzenia pacjenta. W swoim tekście *What does it Mean to be Somebody*¹, S. K. Toombs wskazuje na dwa rodzaje fenomenologicznego opisu relacji z własnym ciałem.

Pierwsza z nich to obiektywna relacja z ciałem, opisywana przez E. Husserla. Zgodnie z myślą Husserla ciało jest postrzegane jako obiekt, ale obiekt zupełnie innego rodzaju niż wszystkie obiekty w świecie. Jest on mianowicie „organem woli” i medium, przez które pacjent ma kontakt ze światem oraz wchodzi z nim w interakcje. Posiadanie ciała w tym wypadku znaczy wielość sposobów, na jakie objawia się ono podmiotowi. Człowiek posiada ciało w innym rozumieniu niż posiada dom czy auto, gdyż jest świadomy, że to ciało jest jego ciałem i nie może się od niego zdystansować. Może co najwyżej – w specjalnych sytuacjach – zdystansować się do pewnych części swego ciała, co skutkuje wysokim stopniem alienacji. Jednocześnie doświadczenie ciała nie jest absolutne – nie doświadcza się wszystkich aspektów swego ciała bezpośrednio i cały czas. Świadomość jest w pewien sposób ograniczona do sytuacji. Wreszcie ciało stanowi sposób ekspresji osobowości i jest uwikłane w odbiór ciała jako całości społecznej i kulturowej.

Drugi rodzaj relacji z ciałem to opisywana przez Sartre’a i Merleau-Ponty’ego egzystencjalna relacja z ciałem. Wskazuje ona na to, że relacja posiadania ciała jest właściwie bardziej relacją istnienia w pewien sposób. Ciało jest tutaj postrzegane jako specjalnego rodzaju narzędzie, zidentyfikowane ze zdolnościami podmiotu do angażowania się w świat i ujawniające dynamiczną relację między tymi dwoma członami relacji. Ciało nie jest postrzegane jako obiekt w świecie, tylko jako *sposób* widzenia świata i obcowania z nim. Jest to perspektywa głęboko jednostkowa, gdyż to samo ciało, które jest podmiotowe dla pacjenta, może być obiektywizowane i tematyzowane przez innych. Jednakże w wymiarze egzystencjalnym ciało tworzy intencjonalną całość, zawierającą gesty, mimikę, sposób chodzenia, które określają ciało jako podmiot.

¹ S. K. Toombs, *What does it Mean to be Somebody*, [w:] *Persons and their Bodies: Rights, Responsibilities, Relationships*, ed. M. J. Cherry, Dordrecht, Kluwer Academic Publishers 1999, s. 73–94.

PREPRINT VERSION

Na podstawie tych dwóch fenomenologicznych opisów, S. K. Toombs określa kilka cech, które należy wskazać przy omawianiu kategorii żywego ciała:²

- Bycie w świecie: ciało pozycjonuje człowieka w świecie. Doświadcza on tylko tego, co oddziałuje na jego ciało. Przez to każda sytuacja, każdy bodziec jest wyjątkowy, gdyż pojawia się w splocie niezliczonej ilości czynników. Przez cielesność człowiek *jest* swoim ciałem, a przedmioty w świecie są ujmowane przez pryzmat potencjalnego użytkowania;
- Cieleśna intencjonalność: posiadanie ciała ukazuje nam świat jako pole akcji a nie kontemplacji, gdzie każdy obiekt jest powiązany z możliwościami działania. Cieleśna świadomość posługuje się przede wszystkim pojęciem możliwości;
- Pierwotne znaczenie: zrozumienie osiągnięte jest przez fizjonomiczną percepcję, poczucie przestrzenności ciała jest fundamentem rozumienia pojęcia przestrzeni;
- Kontekstualna organizacja: ciało jest systematyczną jednością wzajemnie referencyjnych funkcji. Wykonując jakąś czynność, wywieramy wpływ na całe ciało;
- Obraz ciała: ludzie nie są świadomi koordynacji swego ciała, ruchy nie są postrzegane jako wzajemnie zależne, lecz jako nakierowane na pewne zadanie. Ciało jest ujmowane jako system alternatywnych możliwości działania;
- Wrażenie gesturalne: Dzięki swemu ciału mogą zrozumieć cielesne działania innych ludzi. Rozumienie gestów nie jest zdolnością intelektualną – bierze się z mojej możliwości do wykonania danego gestu. Gesty są wykonywane zawsze w jakiejś sytuacji, nigdy w odosobnieniu. Nie są one wyrazem jakiegoś stanu, tylko są bezpośrednio tym stanem.

W całości przedstawienia S. K. Toombs najważniejsze są zatem dwie rzeczy: autonomia i tożsamość. Cieleśny wymiar ludzkiego istnienia wskazuje na to, że zarówno nasza wolność, jak i tożsamość są w ogromnym stopniu zależne od kondycji naszego ciała. To, jak siebie pojmujemy, jak pojmują nas inni, jest wynikiem tego, jak wiele naszej osobowości uda nam się zmanifestować poprzez nasze ciało. Jest ono sposobem naszego istnienia i pojmowania świata, a w połączeniu ze środowiskiem, które jako ludzie usiłujemy dostosować do możliwości cielesnych, konstytuuje to, czym jesteśmy i z czym się identyfikujemy.

2 S. K. Toombs, *Illness and Paradigm of Lived Body*, „Theoretical Medicine” 1988, vol. 9, nr 2, s. 201–226.

PREPRINT VERSION

1.2. Żywe ciało w chorobie

Na podstawie opracowanej kategorii żywego ciała można teraz wskazać, jak choroba wpływa na nasze funkcjonowanie w świecie oraz ocenić, czy jest ona tylko pewną biologiczną dysfunkcją, czy też jej oddziaływanie sięga dużo głębiej i ma pewien wymiar aksjologiczny.

Przede wszystkim należy ponownie podkreślić, iż w tym podejściu oglądamy chorobę z perspektywy pacjenta, w której choroba jest pewnym *przeżyciem*, które zostaje winterpretowane w całościowe życie jednostki. Przeżycie to, w odniesieniu do kategorii żywego ciała i jego elementów, ma charakter inności i zakłócenia. Pacjent nie może działać w świecie w ten sam sposób, co wcześniej, nie ma tak wielu możliwości do wykorzystania, co sprawia, że ciało jest postrzegane jako gorsze, słabsze i ograniczone. Ciało przestaje poprawnie interpretować świat, zaczyna być zwodnicze i nieefektywne w swoich działaniach, co wzmaga alienację i poczucie obcości. Czynności, które wcześniej były wykonywane z łatwością stają się nieskoordynowane, nieprzystające do naszego systemu. Pacjent przestaje czuć się sobą. Osoba chora wygląda inaczej – ma inny styl, inne gesty i mimikę. Nie kontroluje niektórych czynności, co zmienia jej postrzeganie. Znacznie ograniczona zostaje przestrzeń życiowa, w której pacjent się porusza, a przedmioty, które wcześniej były możliwościami, teraz stają się przeszkodami. Dodatkowo zupełnie zmienia się życiowa czasowość – pacjent skupia się bardziej na terażniejszości, jego plany życiowe zostają przesunięte lub porzucone a przyszłość rysuje się jako bardzo niepewna. W życie pacjenta włącza się pamięć o atakach choroby, która może uwięzić go w przeszłości lub w strachu przed nawrotami. Ciało staje się inne, tworzy się dystans między osobą a ciałem. Ciało może zostać uprzedmiotowione, co sprawia, że sami swoje ciało traktujemy jako obiekt dla innych.

Choroba zmienia więc samo doświadczenie przestrzeni: to, co było bliskie, teraz jest dalekie, a odległości nie mierzy się w metrach, lecz w wysiłku koniecznym do ich przebycia. W stanie chorobowym dostrzega się przeszkody, które wcześniej były ukryte, jako mało znaczące. Percepcja zostaje ukierunkowana na inne aspekty świata – S. K. Toombs opisuje, że widząc Monument Lincolna dostrzega najpierw ilość schodów, a dopiero później piękno budowli³. Należy również zauważyć, że świat nie jest zaprojektowany dla osób chorych, co rodzi poczucie obcości i ciągłej walki ze światem. Przedmioty nie są już używane bezproblemowo, a wielu czynności trzeba uczyć się od nowa – to rodzi pewne egzystencjalne zmęczenie. Skoro wszystkie działania wymagają wysiłku, to człowiek potrzebuje dużo więcej woli, aby podjąć się jakiegoś nowego zadania. W niektórych przypadkach pacjent zostaje pozbawiony możliwości

3 S. K. Toombs, *The Lived Experience of Disability*, „Human Studies” 1995, vol. 18, nr 1, s. 9–23.

PREPRINT VERSION

przeżywania określonych uczuć – np. nie może przypomnieć sobie jakie uczucie wywołuje w nim chodzenie na własnych nogach. Dużą przeszkodą jest także utrata wyprostowanej postawy, która skutkuje utratą autonomii w oczach społeczeństwa i utratą szacunku dla dysfunkcyjnego ciała.

Podobnie jest z doświadczeniem czasu. Chory koncentruje się na teraźniejszości, a przyszłość rzuca cień na aktualne działania, gdyż nie wiadomo, czy w przyszłości stan się nie pogorszy. Zwykle, rutynowe czynności zabierają dużo więcej czasu, dlatego wydaje się, jakby całe życie oferowało dużo mniej możliwości.

Do tego dochodzi poczucie wstydu jako doświadczenia bycia-dla-innego. Chory myśli o sobie w kategoriach ludzi sprawnych – doznaje wstydu przed samym sobą, ponieważ jest świadom, że musi polegać na innych oraz tego, jak ten fakt jest postrzegany w społeczeństwie.

Wymienione elementy odnoszą się oczywiście w różnym stopniu do różnych chorób. Jednakże szczególne znaczenie mają one w opisywanych przez S. K. Toombs nieuleczalnych chorobach przewlekłych, gdyż ukazują one nie tylko to, że pacjent i lekarz mają inne pojęcie choroby, lecz także to, że pacjent oczekuje od lekarza innej pomocy, niż ten jest skłonny udzielić. Opisując przeżywaną przez siebie chorobę, autorka wyróżnia jej trzy główne aspekty⁴:

- Dysfunkcje motoryczne: ciało zdaje się mieć własną wolę, każda czynność staje się refleksyjna. Nie można wypełniać roli społecznych, traci się unikatowe własności. Kultura gloryfikuje młodość, sprawność, piękno – chory nie przystaje do tego kanonu.
- Dysfunkcje sensoryczne: traci się poczucie własności swojego ciała. To nie *ja* ruszam ręką, tylko ręką *się* rusza. Nie można przewidzieć reakcji swojego ciała na otoczenie.
- Dysfunkcje wydalnicze: ciało odczuwane jako upokarzające. Redukuje dorosłego do poziomu bezradnego dziecka. Chory nie kontroluje najbardziej podstawowych funkcji, więc często wybiera usunięcie się ze społeczeństwa, w obawie przed ośmieszeniem.

Choroba opisywana przez autorkę jest chorobą układu nerwowego – nie da się jej oddzielić od reszty ciała, a więc pacjent musi zaakceptować siebie jako związanego z zepsutym organizmem. Taka choroba nie zagraża jego życiu, lecz zagraża jego światu. Powstaje paradoks: ciało wydaje się obce, a ja jestem swoim ciałem. Trzeba więc

⁴ S. K. Toombs, *The Body in Multiple Sclerosis*, [w:] *The Body in Medical Thought and Practice*, ed. D. Leder, Dordrecht, Kluwer Academic Publisher, 1992, s. 127–137.

PREPRINT VERSION

zredefiniować własną tożsamość i być gotowym do ciągłego jej redefiniowania wraz z postępowaniem choroby – alienacja jest coraz większa, a pacjent coraz mniej wie, kim jest.

Choroba tego typu nie może zostać wyleczona, nierealistyczne jest oczekiwać, że dysfunkcja zostanie usunięta, a pacjent powróci do poprzedniego stanu. Jednakże w tradycyjnym ujęciu choroby jako aksjologicznie neutralnej medycyna nie może pacjentowi nic innego zaoferować. Dopóki medycyna nie przyjmuje perspektywy pacjenta, nie dostrzega choroby jako bolesnego przeżycia, które musi zostać wintegrowane w całość życia jednostki, nie może pomóc pacjentowi w najistotniejszych dla niego aspektach.

Podsumowując opis żywego ciała w chorobie, S. K. Toombs tworzy ejdetyczną charakterystykę choroby, która składa się z⁵:

- poczucia utraty całości i integralności cielesnej,
- utraty pewności i poczucia strachu,
- utraty kontroli,
- utraty wolności do działania w określony sposób,
- utraty dotychczas znanego świata.

Jeżeli definiujemy chorobę jako aksjologicznie neutralny, biologiczny stan, to wszystkie wyżej wymienione cechy nie mieszczą się w jej zakresie. Tymczasem są to aspekty niezwykle ważne, o ile nie najważniejsze, z punktu widzenia pacjenta. Choroba jako biologiczny stan dysfunkcji organizmu jest dopiero pewną klasyfikacją, która jednak dla osobistego przeżycia chorego ma niewielkie znaczenie i zupełnie nie oddaje tego, co choroba znaczy w tym jednostkowym ujęciu. Moralne zło choroby w ujęciu fenomenologicznym polega przede wszystkim na niechcianej zmianie tożsamości – zmianie poczucia własnej wartości, określenia swojego miejsca w świecie oraz samej percepcji świata. Choroba nie zmienia tylko funkcji organizmu, lecz zmienia to, czym człowiek jest, czym się czuje oraz jak jest postrzegany w społeczeństwie. Ciało jako sposób komunikowania się ze światem jest czymś, co winno podlegać społecznej ochronie właśnie ze względu na charakter jaki pełni dla poszczególnych jednostek. Aksjologicznie neutralna definicja pozwala ludziom na zrzucenie odpowiedzialności za własne ciała, gdyż nie identyfikuje ich z osobami, które je posiadają. Dodatkowo, paradygmat kartezyjski uniemożliwia właściwie przeżycie choroby – uniemożliwia zakwalifikowania go jako cierpienia specjalnego rodzaju, jako cierpienia o jakimś znaczeniu. Medycyna, posługując się tym paradygmatem, próbuje oddzielić chorobę od

⁵ S. K. Toombs, *Meaning of Illness. A Phenomenological Approach to the Patient-Physician Relationship*, „Journal of Medicine and Philosophy” 1987, vol. 12, nr 3, s. 219–240.

pacjenta, a tym samym – pacjenta od jego ciała. W efekcie pacjent czuje się porzucony, gdyż lekarze zajmują się jego organizmem, a nie nim samym. Jego uczucia, przeżycia i myśli są w tym ujęciu nieistotne, dlatego po zakończeniu leczenia może mieć poczucie, że nie zajęto się nim w należyty sposób. Z tego powodu droga fenomenologiczna, przez kategorię żywego ciała, tożsamość i autonomię pacjenta doprowadza do uznania choroby jako moralnego zła.

2. Droga kantowska

Drugą drogą myślową, która może prowadzić do uznania choroby za zło moralne, jaką chciałbym przedstawić, jest droga kantowska, reprezentowana przez Pawła Łukowa w jego rozdziale *Moralne zło choroby* z książki *Moralność medycyny*. Autor nie ma wątpliwości co do tego, że choroba jest powszechnie uznawana za pewnego rodzaju zło. Świadczą o tym chociażby liczne środki społeczne przeznaczone na zwalczanie choroby na różnych polach jej funkcjonowania. Jednakże możemy sensownie zapytać, czy choroba jest złem *moralnym*? Co jednak kryje się pod tym pytaniem? Co to znaczy, że coś jest złem moralnym i czym ma się to różnić od innego rodzaju zła?

Rozróżnienie na dobra moralne i pozamoralne zakorzeniło się w filozofii, według Pawła Łukowa, wraz z kantowskim rozróżnieniem na dobra względne i bezwzględne. Jak to jednak często bywa w filozofii, było to rozmaicie rozumiane i dominującą interpretacją tego rozróżniania stała się rzekoma nadrzędność dobra moralnego. Dobro moralne miałyby rzekomo zawsze być stawiane ponad inne dobra i zwyciężać w sytuacjach konfliktowych, co wskazywać ma na jego wyjątkowy charakter pośród dóbr innego rodzaju. Takie rozumienie dobra moralnego proponował m.in. R.M. Hare. Wydaje się jednak, że jest to pogląd niezgodny z tradycją kantowską. W jej obrębie dobro bezwzględne, a przez to dobro moralne, różniłoby się od innych rodzajów dóbr tym, że stanowi niejako ich konieczny warunek. Bez dobra moralnego człowiek nie jest w stanie ocenić wartości pozostałych dóbr, ani ich spójnie zakwalifikować. Dzięki kategorii dobra moralnego jesteśmy w stanie odnieść wspólne ideały i zasady do wszystkich aspektów życia i dzięki temu nadać mu sens i jedność. Dystynktywną cechą dobra moralnego nie jest więc jego specjalny charakter, lecz jego relacja do pozostałych dóbr, która jest relacją warunkującą. Można to wyrazić w następującej formule: „Dobra moralne to zatem te rzeczy, które nadają życiu jednostki wartość, a zarazem czynią jej życie jednym i sprawiają, że jest to właśnie jej życie. Zło moralne natomiast to wszystko – i niekoniecznie jest to całe zło moralne – co godzi w moralne dobro”⁶.

6 P. Łuków, *Moralność medycyny*, Warszawa, Wydawnictwo Naukowe Semper 2012, s. 94.

PREPRINT VERSION

Jeżeli rozumiemy dobro moralne jako warunek, to w odniesieniu do człowieka możemy odnieść je do zestawu zdolności ludzkich, które umożliwiają działanie i realizację jakichś wartości w świecie. Dobrem jest zatem wszystko to, co chroni owe zdolności i przyczynia się do utrzymania zdolności, bez których żadne dobra nie mogą zostać zrealizowane. Wszelkie zdolności takie jak planowanie, tworzenie postanowień, hierarchizowanie zadań, emocjonalny związek z działaniem a także wszelkie władze fizycznego oddziaływania na otoczenie powinny podlegać ochronie, jako że umożliwiają realizowanie w świecie wartości, które odnoszą się do ideałów moralnych, nadając ludzkiemu życiu sens i spójność. Zatem zło moralne to wszystko to, co te ludzkie zdolności niszczy i upośledza, ograniczając tym samym możliwość realizowania w świecie moralnego dobra.

Aby uznać chorobę za zło moralne, należy więc wskazać, że w jakimś stopniu godzi ona w te zdolności ludzkie, które umożliwiają działanie w świecie na podstawie własnych postanowień. Można tutaj wskazać nie tylko rozmaite dolegliwości cielesne, które utrudniają, a często uniemożliwiają wykonywanie pewnych określonych czynności, lecz również różne bardziej subtelne czynniki, które ograniczają ludzkie zdolności do działania. Podczas choroby pacjent gorzej rozpoznaje swoje ciało jako narzędzie, a coraz bardziej jako przeszkodę, alienuje się od swojego ciała, zaczyna bacznie mu się przyglądać. Pacjent jest coraz bardziej nieufny wobec własnego ciała, poświęca więcej uwagi planowaniu działania, które za jego pośrednictwem wykonuje. Skupia się na sygnałach, które otrzymuje z ciała, a przez to coraz mocniej skupia się na samym sobie i wyłącza się z otoczenia. Ciało, które na co dzień jest niezauważane i przyjmowane za pewnik, staje się czymś obcym i nowym, a jednocześnie bardzo bliskim. Przez to pacjent znacznie ogranicza sobie możliwość działania w świecie, który jest dla niego czymś drugorzędnym, czym można się interesować dopiero po naprawieniu podstawowego sposobu komunikacji, jakim jest własne ciało. Pacjent inaczej pojmuje sam siebie, a także jest inaczej odbierany przez środowisko – musi redefiniować własną tożsamość i reinterpretować swoją rolę w społeczeństwie. Zmieniają mu się możliwości planowania a także zapał i motywacja do działania. To wszystko sprawia, że pacjent odsuwa się od świata, a zdolności do działania (rozumiane bardzo szeroko, również jako emocjonalne zaangażowanie) zostają znacznie ograniczone. Ograniczenie to jest rzecz jasna skalowalne i zależne od bardzo wielu czynników, do których zaliczają się chociażby osobowość pacjenta i jego nastawienie do chorowania. Pacjenci z identycznym zaburzeniem funkcjonowania organizmu mogą przeżywać je w bardzo odmienny sposób i w innym stopniu podlegać ograniczeniu swoich zdolności. Rozmiary moralnego zła różnią się wówczas, niezależnie od źródła jego powstania.

PREPRINT VERSION

Na tej podstawie możemy zakwalifikować chorobę jako zło moralne, tego samego rodzaju co krzywda i zło wyrządzone przez ludzi. Jak pisze Paweł Łuków: „Zło lub krzywda wyrządzona przez chorobę jest w nie mniejszym stopniu moralnym złem lub krzywdą niż zło i krzywda wyrządzona przez ludzi, ponieważ obie stanowią zamach na zdolności do bycia i działania w sposób właściwy dla człowieka”⁷.

Czy jednak sam obiekt ataku ma stanowić o rodzaju zła? Czy źródło zła, jego sprawstwo ma nie mieć żadnego znaczenia dla określenia, czy zło ma być moralne, czy nie? Czy natura, wirusy i bakterie mogą wyrządzać moralne zło, czy jest to tylko pewien nieszczęśliwy wypadek, niefortunne zdarzenie w świecie, które człowiek miał pecha napotkać?

Według autora takie podejście – potraktowanie choroby jako zła pozamoralnego – jest niezgodne z naszymi codziennymi doświadczeniami, a ponadto ma usprawiedliwić brak zaangażowania w walkę z chorobami. Widzimy bowiem, że ludzie pozbawieni opieki medycznej przeżywają to jako krzywdę i niesprawiedliwość, a nie pech i niefortunne zdarzenia. Osoby nieuleczalnie chore doznają krzywdy i próbują nadać swojej chorobie jakiś sens, zamiast traktować ją jako zwykły przypadek. Społeczeństwa coraz częściej mówią o prawach i potrzebach zdrowotnych, a nie korzyściach czy zachciankach. Perspektywa szukania sprawcy, ustalania zła moralnego na podstawie winnego, jest perspektywą obcą zarówno dla pacjenta jak i dla lekarza. Pacjent swoją chorobę przeżywa, a nie tylko doświadcza. Dla pacjenta sprawstwo nie zmienia charakteru jego przeżycia, nie nadaje mu nowego sensu, ani nie pomaga mu odzyskać zdolności do działania. Choroba jest dla niego złem, o ile jest przeżywana jako zło, które ogranicza mu możliwość działania w sposób właściwy dla człowieka. Lekarz natomiast, rozpoznając człowieczeństwo w pacjencie, ma moralny obowiązek udzielić mu pomocy, na podstawie imperatywu kategorycznego, który każe mu cenić i chronić to człowieczeństwo w sobie i innych. Jeżeli ludzkie zdolności do działania według własnych postanowień są zagrożone, to moralność nakazuje je chronić, niezależnie od rodzaju tego zagrożenia.

Pogląd, który odmawia uznania choroby za zło moralne, utrudnia walkę z chorobami, gdyż moralność tworzy nakaz, imperatyw działania. Jeżeli choroba jest moralnym złem, to społeczeństwa muszą dbać o ich zwalczanie, lekarze muszą je leczyć, a pacjenci muszą sami dbać o swoje zdrowie. Przedsięwzięcia o charakterze moralnym są bardziej kategoryczne, wymagają więcej zaangażowania i mniej przychylnie odnoszą się do wszelkich zaniedbań. Dlatego też uznanie choroby za zło moralne jest w perspektywie kantowskiej nie tylko kwestią teoretycznej spójności stanowiska, lecz także imperatywem działania, koniecznym na gruncie społecznej i indywidualnej praktyki.

7 Tamże, s. 101.

PREPRINT VERSION

3. Droga psychiatryczna

Kolejna prezentowana droga ma związek ze specyficznym rodzajem chorób, jakimi są choroby psychiczne. W tej perspektywie dokonamy analizy pojęcia choroby na tym polu, idąc tropem Tomasza Szasza, który twierdzi, iż jest to pojęcie niespójne i zwodnicze oraz że należałoby je usunąć ze słownika psychiatrii. Zgodnie z poglądami tego autora, tradycyjne, aksjologicznie neutralnie podejście do choroby nie daje się konsekwentnie zastosować na polu psychiatrii i bardziej sensowne byłoby mówienie o psychiatrii nie jako o sztuce leczenia chorób, lecz jako o praktyce orientowania i ustawiania się w życiu. W pierwszej części rozdziału przedstawiona zostanie krytyka pojęcia choroby psychicznej dokonana przez Tomasza Szasza, a w drugiej części – odchodzącej od jego myśli – zaprezentowana zostanie obrona tego pojęcia przez wprowadzenie elementu normatywnego do jego definicji.

3.1. Mit choroby psychicznej

Choroba psychiczna nie jest żadnym fizycznym obiektem, ani rzeczą, którą można zaobserwować w świecie. Jest tylko teoretycznym konstruktem, stosowanym w pewnym określonym celu. Tomasz Szasz pyta zatem, w jakich sytuacjach orzekamy o kimś, że jest chory psychicznie i co możemy mieć wówczas na myśli?

Po pierwsze, istnieje szkoła w psychiatrii (a także w filozofii), która wiąże wszelkie funkcje umysłu z funkcjami mózgu. Choroba psychiczna jest w takim wypadku pewną neurologiczną dysfunkcją, biologicznym urazem organu w ciele człowieka. Wszelkie stany diagnozowane przez psychiatrów są lub będą mogły być powiązane z uszkodzeniem jakiegoś obszaru w mózgu. Istnieje więc ścisła analogia pomiędzy zwykłymi chorobami a chorobami psychicznymi – różnią się one jedynie organem, którego dotyczy choroba, objawami tej choroby oraz sposobami stwierdzania tych objawów.

Takie rozumienie choroby psychicznej obciążone jest jednak dwoma fundamentalnymi błędami. Pierwszy z nich polega na spostrzeżeniu, że choroba mózgu jest defektem neurologicznym, który jest czymś zupełnie innym, niż problemy, z którymi ludzie przychodzą do psychiatry. Niesprawność w czymś postrzeganiu może być wytłumaczona przez jakiś defekt w systemie nerwowym. Jednakże czyjeś przekonanie, że jest Napoleonem, nie może być objaśnione przez analogiczny defekt. Wytłumaczenia tych aspektów dolegliwości, które są traktowane jako symptomy choroby psychicznej trzeba szukać na innym polu niż defekty mózgu.

Drugi błąd leży w samym pojęciu symptomu choroby. W wypadku choroby psychicznej symptomy te nie są wyłącznie medyczne – a być może w ogóle nie należą do

PREPRINT VERSION

sferę biologiczną. Osoby chore psychicznie są klasyfikowane jako takie wtedy, gdy ich komunikacja z otoczeniem jest zakłócona, a ich poglądy i zachowania są rażąco niezgodne z normami przyjętymi w danym społeczeństwie. Oznacza to, że symptomy są ściśle związane ze sferą społeczną i etyczną, w której pacjent się znajduje, a przez to nie mogą wskazywać na neurologiczne zaburzenia.

Z tych powodów choroby mózgu nie mogą być tożsame z chorobami psychicznymi. Nie oznacza to jednak, że nie można mówić o pewnych neurologicznych zaburzeniach. Według autora jednak wystarczy w takich wypadkach mówić wyłącznie o chorobie mózgu i niczym więcej. Choroba psychiczna jest w tym wypadku dodatkiem, który raczej zaciemnia całą kwestię i nie jest potrzebny do właściwego diagnozowania i leczenia.

Drugi przypadek orzekania o kimś, że jest on chory psychicznie zachodzi wtedy, gdy obserwowana jest pewna dysharmonia w osobowości ludzkiej. Mówimy wówczas, że czyjaś osobowość i jej ekspresja w społeczeństwie odbiega od normy, a przez to cierpi on na jakąś chorobę. Pojęcie normy jest używane do zdefiniowania choroby na wszystkich polach. W wypadku zwykłych chorób norma ta jest zazwyczaj określana biologicznie – przez statystyczną większość typowego stanu organizmu, lub funkcjonalnie – przez zdolność do wykonywania czynności, które większość ludzi bez specjalnego wyedukowania potrafi wykonywać. Na gruncie psychiatrii jednak norma ta musi być określana w sposób odmienny. Jako że symptomy choroby dotyczą ludzkich poglądów i zachowań, to normalne poglądy i zachowania są określane przez statystyczną większość zachowań i poglądów występujących w danym społeczeństwie. Norma jest więc związana nie z biologicznym funkcjonowaniem organizmu, lecz z otoczeniem prawnym, społecznym i etycznym pacjenta. Uznanie samobójstwa za objaw choroby psychicznej jest jednym z wyraźnych przykładów tego jak usankcjonowania prawne wpływają na określenie normy zdrowotnej. Według autora tworzy to absurdalną sytuację, w której oczekujemy, że problemy, które powstały w obszarach pozamedycznych, takich jak prawo, etyka i współżycie społeczne, mogą być rozwiązane środkami medycznymi. Jednakże medycyna została wynaleziona, aby radzić sobie z problemami medycznymi, z chorobami, które stanowią zaburzenia normalnego funkcjonowania organizmu. Choroba psychiczna znowu okazuje się tutaj zwodniczym pojęciem, które przenosi problemy społeczne na grunt nauk medycznych.

Skoro choroby psychiczne nie istnieją, to czym w takim razie zajmuje się psychiatria? Tomasz Szasz uważa, że należy zastosować tutaj dużo szersze pojęcie „życiowych problemów”. Powstają one na gruncie ludzkiego współżycia w społeczeństwie, wzajemnej komunikacji, statusu socjoekonomicznego i całej wiązki relacji, jaka tworzy się wokół współczesnego człowieka. Mówiąc, że choroby psychiczne nie istnieją, autor

PREPRINT VERSION

nie twierdzi że nie istnieją zaburzenia postaw i zachowań, dziwne reakcje i nieuzasadnione emocje. Twierdzi on natomiast, że stosowanie do ich określenia terminu choroba jest pewną metaforą, którą błędnie przyjęto za fakt. Psychiatria, podobnie jak cała medycyna, jest przedsięwzięciem moralnym. Dotyczy ona moralnych konfliktów, które powstają na gruncie ludzkich relacji i stara się je rozwiązywać. Psychiatra, który musi dysponować jakimś pojęciem normy i rzeczywistości – które to pojęcia muszą mieć odzwierciedlenie w ich społecznym rozumieniu – stanowi zwornik między osobą z zaburzeniami psychicznymi a społeczeństwem. Pacjent psychiatryczny ma problem z tym, jak powinien żyć, jak odnaleźć się w społeczeństwie, jak odnaleźć spokój i równowagę psychiczną. Jednakże za jego stan nie odpowiadają czynniki medyczne, jego stan nie jest problemem medycznym. Jego problemy są wynikiem konfliktów moralnych, jakich doznajemy w kontakcie z innymi ludźmi. Psychiatria jest w takim obrazie jedną z instytucji, która ma sobie z tymi problemami radzić, ale błędem jest przerzucanie problemu wyłącznie na teren medycyny, licząc, że uczyni się z tego problem naukowy, który nie wymaga dodatkowego zaangażowania innych instytucji.

3.2. Psychiatria wobec moralnego zła choroby

Zauważmy pewne napięcie w tekstach Tomasza Szasza. Z jednej strony jest on przekonany o nieuniknionej obecności problemów etycznych w medycynie⁸. Objawia się to w sytuacjach konfliktowych jak aborcja, samobójstwa, eutanazja, kontrola urodzeń. Zdaje sobie również sprawę, że psychiatria jest powiązana z problemami etycznymi w wyjątkowo intymny sposób i nie sposób tego zmienić. Z drugiej zaś strony uważa on, że medycyna jest przeznaczona wyłącznie do rozwiązywania problemów medycznych i czymś absurdalnym jest oczekiwać, że problemy powstałe na innych polach mogą zostać rozwiązane środkami medycznymi. To napięcie doprowadza go do odsunięcia psychiatrii, jako przedsięwzięcia wyjątkowo blisko związanego z moralnością, od medycyny jako takiej. Eliminując dodatkowo z psychiatrii pojęcie choroby, stara się on zachować tradycyjne ujęcie medycyny jako profesjonalnego działania opartego na wiedzy naukowej, które trzyma się z dala etyki, a jednocześnie ukazać psychiatrię jako społecznie konieczną praktykę, walczącą o spokój i równowagę społeczną.

Istnieje jednak inny rodzaj podejścia do tego problemu, który w mniej radykalny sposób obchodzi się z praktyką psychiatryczną i psychologiczną. Polegałby on na proponowanym w poprzednich rozdziałach poszerzeniu pojęcia choroby o aspekty moralne, a przez to zaklasyfikowanie medycyny nie jako odrębnej dziedziny naukowej,

8 T. Szasz, *Cleansing the Modern Heart*, „Society” 2003, vol. 40, nr 4, s. 52–59.

lecz jako ogółu społecznych instytucji, które mają na celu zwalczanie zła. W ujęciu Szasa medycyna ma swoje odrębne pole, na którym działa w podobny sposób, co naukowcy dokonujący badań. Powinno to mieć jak najmniejszy związek z problemami społecznymi, prawnymi oraz etycznymi. Problemy na tych polach powinny być rozwiązywane za pomocą innych instytucji, a w rękach medycyny zostanie wówczas główny punkt jej zainteresowania – choroba rozumiana jako dysfunkcja organizmu. Jeżeli jednak rozumiemy chorobę jako moralne zło, to rozróżnienie na pola działania i właściwie im instytucje traci na znaczeniu. Moralne zło choroby tworzy imperatyw działania, który stoi ponad klasyfikacjami i wzywa całe społeczeństwo do zapobiegania złu wszelkimi dostępnymi środkami. Medycyna nie może być wówczas traktowana jako wyizolowana ze społeczeństwa jednostka badawcza, lecz jako jedno z przedsięwzięć, które zostało podjęte przez ludzkość w celu zwalczania moralnego zła, którego doświadczają lub mogą doświadczyć wszyscy ludzie na świecie. Jako jeden ze środków walki o lepszy świat, medycyna nie może się ograniczać do biologicznej dysfunkcji organizmu. Nie jest ona przeznaczona do zwalczania określonego typu zaburzeń. Jest ona moralnym przedsięwzięciem, które powinno współpracować ze wszystkimi instytucjami społecznymi, aby jak najskuteczniej pełnić swoją funkcję. Nie jest więc ważne, czy zło, którego doświadcza jednostka, jest pochodzenia społecznego, prawnego, czy medycznego. Samo pojawienie się zła, które dotyka człowieka, tworzy imperatyw wzywający medycynę do działania, niezależnie od jej ambicji naukowo-badawczych. Można więc uznać, że definicja choroby nie powinna się skupiać na określaniu dokładnej przyczyny zachorowania, ani obszarów, do których można tę przyczynę zaklasyfikować. Najistotniejszym elementem definicji choroby powinno być określenie szkody, czy krzywdy, jaką odczuwa pacjent – tego, że przeżywa on ją jako zło, jako niesprawiedliwość. Jedną z takich definicji proponują autorzy *Bioetyki*: „Ktoś jest chory [*has a malady*] wtedy i tylko wtedy, gdy znajduje się w nienormalnym stanie, nietożsamym z jego racjonalnymi przekonaniem i pragnieniami, tego rodzaju, że ponosi on lub podlega znacznie zwiększonemu ryzyku poniesienia pewnej niebanalnej szkody (takiej jak śmierć, ból, niesprawność bądź utrata wolności lub przyjemności), przy czym szkoda ta nie ma żadnej odrębnej ciągłej przyczyny”⁹.

Położenie akcentu na ten aspekt chorowania sprawia, że choroby psychiczne przestają stanowić teoretyczny problem i pojęcie choroby daje się sensownie stosować na polu psychiatrii. Porównajmy bowiem powyższą definicję z definicją DSM-IV: „W DSM-IV każde z zaburzeń psychicznych definiowane jest jako występujący u kogoś

9 B. Gert, Ch. M. Culver, K. Danner Clouser, *Bioetyka. Ujęcie systematyczne*, przeł. M. Chojnacki, Gdańsk, Wydawnictwo słowo/obraz/terytoria 2009, s. 212.

PREPRINT VERSION

klinicznie znaczący zespół behawioralny bądź psychologiczny lub model [zachowania], związany z aktualnymi dolegliwościami (np. z bolesnym objawem) lub niesprawnością (tj. upośledzeniem jednej lub wielu istotnych funkcji) bądź ze znacznie zwiększonym ryzykiem doznania śmierci, bólu, niesprawności lub istotnej utraty wolności”¹⁰.

Widać na tej podstawie, że skoncentrowanie się na krzywdzie i dolegliwościach pacjenta, na zmianie perspektywy z której oceniamy choroby, sprawia, że psychiatria może być traktowana jako pełnoprawna część medycyny. Psychiatria stanowi zatem jedną z ważnych instytucji społecznych, przeznaczonych do niesienia dobra i ujmowania ludziom cierpienia. Uznanie choroby za zło moralne czyni gałęzie medycyny bardziej spójne i zrozumiałe, oferując całościowe spojrzenie na ich funkcjonowanie w społeczeństwie.

4. Droga quasi-historyczna

Ostatnią przedstawioną w pracy drogą, która może doprowadzić do uznania choroby za zło moralne, będzie droga quasi-historyczna, której przedstawicielem jest L. Nordenfelt. W swoim opracowaniu nazywam ją drogą quasi-historyczną ze względu na argument autora, prezentowany w artykule *The Concepts of Health and Illness Revised*¹¹. Sam autor swoją definicję, wraz z definicjami innych autorów o podobnych poglądach, nazywa definicją holistyczną, przeciwstawiając ją definicjom biostatystycznym. Aby dobrze uchwycić różnice między jego rozumieniem zdrowia i choroby a rozumieniem biostatystycznym, przywołajmy typową definicję zdrowia w tym drugim sensie: „A jest całkowicie zdrowy, wtedy i tylko wtedy, gdy wszystkie organy A funkcjonują normalnie, tj. Jeżeli w statystycznie normalnym środowisku, przyczyniają się w statystycznie normalnym stopniu do przetrwania A oraz do przetrwania gatunku, do którego A przynależy”¹².

Definicja biostatystyczna usiłuje więc umiejscowić definicję zdrowia oraz choroby na polu nauk biologicznych, z wyłączeniem społecznych, prawnych i etycznych aspektów życia człowieka. Jest to definicja dość szeroko przyjmowana, a jej głównym zwolennikiem jest amerykański filozof C. Boorse. Ma ona wiele zalet i jest chętnie stosowana w dziedzinie nauk medycznych, jako że pozwala odciąć się im od społecznych aspektów chorowania i skupić się przede wszystkim na zwalczeniu nienormalnego

10 DSM-IV, s. xxxi za: B. Gert, Ch. M. Culver, K. Danner Clouser, *Bioetyka...*, dz. cyt. s. 228.

11 L. Nordenfelt, *The Concepts of Health and Illness Revisited*, „Medicine, HealthCare and Philosophy” 2007, vol. 10, nr 1, s. 5–10

12 Tamże, s. 7 (przekład własny).

PREPRINT VERSION

stanu. Jednakże w praktyce społecznej rodzi ona dwa duże problemy¹³. Po pierwsze, jej naturalną konsekwencją jest skupienie się opieki zdrowotnej na chorobie. Medycyna, która operuje definicją biostatystyczną, skupia się głównie na eliminacji fizjologicznie nienormalnego stanu. Z tego faktu wynika drugi problem, mianowicie małe zaangażowanie w rehabilitację. Po usunięciu stanu chorobowego, biostatystyczna definicja zdrowia nie wymaga dalszego działania medycznego, jako że organy funkcjonują prawidłowo. Dlatego też medycyna przejawia małe zainteresowanie i poświęca niewielkie zasoby na umożliwienie pacjentom realizacji ich celów życiowych.

Z tych powodów L. Nordenfelt formułuje inną definicję zdrowia i choroby, posługując się pewną domniemaną historią. „Na początku byli ludzie, którzy doświadczali problemów. Czuli ból i zmęczenie i okazywali się niezdolni do tego, co zazwyczaj robili. Doświadczali tego, co dzisiaj nazywamy dolegliwością [*illness*], które umiejscawiali gdzieś w swoich ciałach i umysłach. Wielu ludzi doświadczowało podobnych dolegliwości. To doprowadziło do nadawania im nazw, a przez to obecność dolegliwości mogła być skutecznie komunikowana. Była to faza *rozpoznania dolegliwości*”¹⁴.

Dalszy rozwój historii pokazuje, jak z rozpoznania dolegliwości ludzkość przeszła do poszukiwania ich przyczyn, a następnie do rozpoznania choroby [*disease*]. Całość tej opowieści ma wskazywać na jedną fundamentalną własność: pojęcie choroby może być rozumiane wyłącznie przez odniesienie do stanu osób, które w danej chorobie się znajdują. Pojęcie dolegliwości [*illness*] jest pierwotne wobec pojęcia choroby. To, co nazywamy chorobą, nie jest statystycznie nienormalnym stanem, lecz pewną uogólnioną nazwą na to, co krzywdzi, boli i trapi poszczególne ludzkie jednostki. Choroba więc musi być rozumiana i definiowana przez odniesienie do krzywdy, jaką wyrządza osobom, które na nią cierpią i jako zło, które im się przytrafia. Historia Nordenfelta jest nie tylko genezą powstania pojęcia choroby, lecz także zobrazowaniem rzeczywistego stanu, w jakim znajdują się wszyscy uczestnicy opieki zdrowotnej. Pacjent przychodzi do lekarza z dolegliwością, z bólem i poczuciem krzywdy. Następnie lekarz szuka przyczyny dolegliwości i dopiero finalnie rozpoznaje chorobę i na samym końcu diagnozy może ją zaklasyfikować do pewnego zestawu statystycznych zaburzeń w funkcjonowaniu organizmu. Jednakże jest to już zabieg końcowy, bardziej porządkujący niż wyznaczający istotę chorowania. Jej istotą jest bowiem zło, którego doznaje pacjent w formie zaburzonych zdolności do realizacji swoich najistotniejszych, życiowych celów. Dlatego też definicja zdrowia Nordenfelta brzmi: „A jest całkowicie

13 L. Nordenfelt, *Concepts of Health and Their Consequences for Health Care*, „Theoretical Medicine” 1993, vol. 14, s. 282.

14 L. Nordenfelt, *The Concepts of Health and Illness Revisited*, dz. cyt., s. 7.

PREPRINT VERSION

zdrowy, wtedy i tylko wtedy, gdy A ma zdolność, w standardowych okolicznościach, osiągnąć wszystkie swoje cele życiowe [*vital goals*]¹⁵.

W tym ujęciu choroba znowuż związana jest, podobnie jak w podejściu kantowskim, z pewnym zestawem zdolności, niezbędnym do działania w sposób zgodny z wolną wolą człowieka. Brak tych zdolności sprawia, że człowiek nie może się w pełni realizować, nie może oddziaływać na otoczenie i realizować w nim swoich celów i wartości. Głównym celem medycyny, lecz nie tylko medycyny, musi być zwalczanie właśnie tego aspektu choroby, który jest przeżywany jako zło, który ogranicza, więzi i boli człowieka oraz ogranicza mu możliwości ekspresji własnej osobowości. Zdefiniowanie choroby jako moralnego zła ma więc nie tylko szerokie konsekwencje w praktyce medycznej, jak pokazuje Nordenfelt¹⁶, lecz także daje nam głębsze zrozumienie samej natury choroby oraz istoty działania moralnego w ogóle.

5. Uwagi krytyczne

Na zakończenie przeglądu kilku dróg, które mogą doprowadzić do uznania choroby za zło moralne, przytoczonych zostanie kilka problemów, z którymi borykają się lub mogą się borykać tego typu teorię. Niektóre z tych problemów są już rozpoznane, inne prawdopodobnie pojawią się wraz z rozwojem samych teorii, ustanawiając tym samym kierunek ich ewolucji.

5.1. Subiektywizm

Pierwszym zarzutem pod adresem aksjologicznie nieneutralnych definicji zdrowia jest subiektywizm. Mówi się mianowicie, że położenie akcentu na przeżycia pacjenta, na jego odczucia krzywdy i bóleści w definiowaniu jego stanu sprawia, iż do medycyny wkrada się zbyt duży stopień subiektywności. Jeżeli bowiem o rozmiarach moralnego zła ma stanowić to, co pacjent przeżywa jako zło, jak mocno ogranicza to jego zdolności do działania i manifestowania własnej osobowości, to szybko dojdziemy do wniosku, iż dwie osoby o identycznej przypadłości będą doświadczały różnego stopnia krzywdy. Jedna z nich może być bowiem bardziej odporna psychicznie na tego typu przeżycia, być bardziej optymistycznie nastawiona i nie będzie uważała swojego doświadczenia choroby za zło w równym stopniu, co osoba bardziej rozchwiana

¹⁵ Tamże, s. 7.

¹⁶ Por. L. Nordenfelt, *On the Relevance and Importance of the Notion of Disease*, „Theoretical Medicine” 1993, vol. 14, nr 1, s. 15–26.

psychicznie i histerycznie nastawiona do wszelkich dolegliwości. Sprawia to, że rozmiary zła będą zależały od bardzo subiektywnych czynników.

Można jednakże na to odpowiedzieć, że w rzeczywistości tak właśnie wygląda zło z perspektywy osoby, która go doświadcza. Czyż z dwóch osób, którym ukradziono równą ilość pieniędzy bardziej poszkodowana jest ta, która może liczyć na wsparcie przyjaciół i rodziny, czy ta, która zostaje pozostawiona samej sobie? Czy większe zło zostało wyrządzone okradzonej osobie, która miała przeznaczyć pieniądze na niezbędne leki, czy tej, która nie miała co do nich żadnej określonej intencji? Sam rodzaj czynu, fakty jakie zaszły przy jego dokonaniu oraz ich klasyfikacja, nie stanowią jeszcze o całości oceny moralnej. To, że w każdej sytuacji moralnej musimy brać pod uwagę czynniki bardzo subiektywne i indywidualne stanowi jeden z trzonów myślenia moralnego. Jest niezaprzeczalnym faktem, że przez to oceny moralne wymykają się obiektywnym, naukowym klasyfikacjom, jednakże pominięcie tych subiektywnych czynników sprawiłoby, iż nasze oceny i normy stałyby się płytkie i jałowe. Nie oznacza to jednak, że obiektywizm moralnego wartościowania jest nieosiągalny lub nieistotny. Głównym postulatem omawianych w artykule teorii jest pewna *zmiana perspektywy*, czy też włączenie perspektywy pacjenta do wydawania osądów moralnych. Odchodzi się więc od obiektywizmu rozumianego jako perspektywy niczyjej, nie włączającej żadnych osobistych przeżyć do aktu formułowania oceny. Zachowuje się natomiast obiektywizm rozumiany jako całościowa ocena moralna, która bierze pod uwagę tak dużą liczbę czynników i perspektyw, jak to tylko możliwe. W takim ujęciu subiektywne przeżycia pacjenta są elementami, które wpływają na końcowy kształt oceny moralnej formułowanej w sposób obiektywny. Dlatego też w bioetyce, tak jak w każdej innej dziedzinie moralności, subiektywizm nie może stanowić poważnego zarzutu, lecz raczej trywialną obserwację zastanego faktu na temat naszego myślenia moralnego.

5.2. Brak sprawcy

Najczęstszym bodaj zarzutem wysuwany wobec definicji choroby jako moralnego zła jest podnoszony wcześniej aspekt braku sprawcy. Powiada się bowiem, że nie możemy mówić o złu, jeżeli nie ma sprawcy. Choroba nie może być moralnym złem, gdyż natura, przypadek, nie może wyrządzić żadnej krzywdy. Podobnie mówi się, że nie można oceniać działania zwierząt z punktu widzenia moralnego, ponieważ ich świadomość i możliwości wyboru są bardzo ograniczone. Jeżeli zatem zwierzętom i naturze brak odpowiednich stanów mentalnych, aby ich działania podlegały ocenie

PREPRINT VERSION

moralnej, to powinno to również dotyczyć choroby¹⁷. Choroba nie jest moralnym złem, tak samo jak nie są nim duże opady śniegu, powódź ani wybuch wulkanu, mimo że również wyrządzają one ból, krzywdę czy upokorzenie.

Zauważmy jednak, że ten zarzut jest obarczony pewną formą błędu *petitio principii*. Zakłada on mianowicie, że do określenia moralnego zła potrzebne jest wskazanie ludzkiego sprawcy. Jako że definicja choroby jako moralnego zła odmawia wskazania sprawcy, musi być ona błędna. Nie dostrzega się tym samym, że teorie definiujące chorobę jako zło moralne za swój punkt wyjścia obierają zmianę perspektywy: proponują one, aby na zło spojrzeć z punktu widzenia tego, kto to zło przeżywa. Następnie, wczuwając się w jego rolę i dobrze ją rozumiejąc, dochodzimy do przekonania, że sprawca nie jest istotny do rozpoznania krzywdy, którą ta osoba doznaje oraz do tego, że jej przeżycie jest identyfikowane jako zło. W tej perspektywie, moralna, negatywna ocena sytuacji, w której dziecko zostało dotkliwie pogryzione przez agresywnego psa, nie wydaje się czymś absurdalnym, mimo, iż zwierzęciu brak odpowiedniego poziomu refleksyjności¹⁸. Oczywiście, jeżeli założymy, że to bezstronny obserwator, a nie osoba doznająca krzywdy ma stwierdzać, czy coś jest złem, ignorując tym samym doświadczenia, stan i przeżycia osoby doznającej tego zła, to dojdziemy do przekonania, że sprawca może stanowić o rodzaju zła. Jednakże nie jest to argument, lecz tylko założenie, które przyjmuje się po to, aby udowodnić jego słuszność. Tym samym odmawia się przyjęcia perspektywy aksjologicznej definicji choroby i argument z braku sprawcy może trafić tylko do tych, którzy już wcześniej przyjęli jego poprawność.

Pozostaje natomiast pytanie, czy brak sprawcy (nawet po przyjęciu, że nie jest on konieczny do wydania oceny moralnej) nie wpływa na rodzaj lub skalę oceny moralnej. Wydaje się bowiem, że skupienie się na samym fakcie doznawania krzywdy przez pacjenta zanadto rozszerza pole moralności, a jednocześnie nie wychwytuje niektórych jej istotnych aspektów. Zestawiwszy ze sobą pacjenta, który zachorował z przyczyn naturalnych i pacjenta, który zachorował na skutek ingerencji innej osoby

17 Uwagę dotyczącą zwierząt oraz związku refleksji z możliwością oceny moralnej działania zawdzięczam anonimowemu recenzentowi tej pracy.

18 Ciekawe w tym względzie okazuje się rozważenie, czy zwierzę wyrządzające cierpienie innym zwierzętom dopuszcza się moralnego zła. Jeżeli bowiem uznajemy zwierzęta za podmioty, których cierpienie jest negatywnym faktem moralnym, to powinniśmy dopuścić, że ich działania również mogą być poddane kwalifikacji moralnej. Innymi słowy, przyznając zwierzętom pewne prawa należy również przypisać im pewne obowiązki, które są z tymi prawami związane. Jest to problem tzw. odwrotnej dyskryminacji, który dotyczy głównie stanowisk utilitarystycznych, a omija min. podejście kantowskie, o którym miałem okazję pisać w niepublikowanej pracy: „Pogląd Kanta na traktowanie zwierząt”. W sprawie ogólnego stanowiska kantowskiego w sprawie zwierząt por. C. Korsgaard, *Fellow Creatures: Kantian Ethics and Our Duties to Animals*, [w:] *The Tanner Lectures on Human Values* (Volume 25/26), ed. G. B. Peterson, Salt Lake City, University of Utah Press 2004, s. 79–110; J. Timmermann, *When the Tail Wags the Dog: Animal Welfare and Indirect Duty in Kantian Ethics*, „Kantian Review” 2005, vol. 10, nr 1, s. 128–149.

(np. przez wstrzyknięcie szkodliwej substancji bez zgody pacjenta), chciałoby się argumentować, że drugi pacjent doświadcza zła moralnego innego typu lub innego stopnia niż pierwszy pacjent. Z drugiej strony zauważamy przypadki takich chorób, które wyrządzają pacjentom tak niewielką krzywdę i tak nieznacznie ograniczają ich zdolności działania, że nieintuicyjne wydaje się twierdzenie o jakiejś moralnej krzywdzie, chociażby nawet niewielkiego stopnia. Zło moralne wydaje się w wielu przypadkach kategorią nieodpowiednią, niepasującą do określonych przypadków, mimo że możemy w nich mówić o doznawanej krzywdzie. Nie bez powodu zatem w tradycji teodycei odróżniano zło fizyczne od zła moralnego, a czynnikiem odróżniającym było właśnie ludzkie, osobowe sprawstwo¹⁹.

Powyższe trudności wskazują na niezwykle istotną cechę omawianych w tym artykule stanowisk. Traktowanie choroby jako zła moralnego oraz zogniskowanie perspektywy na odczuciu krzywdy pacjenta, wydają się pociągać za sobą zmianę całej koncepcji moralności. Moralność byłaby w tych koncepcjach niejako *odpowiedzią na zło*, które przytrafia się człowiekowi. Byłaby wezwaniem do działania na rzecz pokrzywdzonych, a nie przypisywaniem własności dobra i zła, dlatego też filozoficzne tradycje myślenia moralnego, jak i potoczne intuicje moralne mogą sprzeciwiać się uznaniu choroby za zło moralne. W omawianych przeze mnie teoriach centralnym aspektem moralności nie jest zgodność z faktami moralnymi, lecz normatywność. To twierdzenie należy jednak traktować z dużą rezerwą, gdyż sami autorzy omawianych tekstów nie zajmują nigdzie tak określonego stanowiska. Ze względu na relatywną nowość tych teorii i wąskie pole tematyczne nie należy oczekiwać od ich zwolenników gruntownie rozwiniętej teorii moralności. Jednakże kierunek, w którym mogłaby zmierzać taka teoria, wydaje się jasny na gruncie analizy głównych założeń przedłożonych w poprzednich rozdziałach artykułu. Kierunek ten sprawia, że ujęcie choroby jako moralnego zła tworzy nowe, interesujące perspektywy rozwoju, lecz także obarczone jest znacznie większą ilością problemów.

5.3. Zasluga moralna w zwalczaniu choroby

Ostatnim problemem, który zostanie przytoczony w tym rozdziale jest problem moralnej zasługi, którą zdobywa osoba zwalczająca chorobę. Jeżeli bowiem choroba jest pewnego rodzaju moralnym złem, to ktoś, kto owo zło zwalczy i pokona, zasługuje tym samym na moralną pochwałę, tak jak osoba, która wykazuje się heroizmem,

¹⁹ Uwagę dotyczącą tego rozróżnienia, a także podkreślenie jego wagi dla omawianego problemu, zawdzięczam anonimowemu recenzentowi tej pracy.

PREPRINT VERSION

poświęceniem na rzecz innych lub dobroczynnością. Oznacza to, że osoba zwalczająca chorobę musi być jakoś *dobra*. Spoglądając na praktykę medyczną musimy jednak zaobserwować, że to, czy choroba zostanie zwalczona, zależy nie od moralnych kwalifikacji personelu, lecz od technicznych zdolności i profesjonalnej sprawności. Jeżeli tak, to lekarz – profesjonalista, który dobrze wykonuje swój fach, byłby niejako automatycznie, *dobrym człowiekiem*. Można sobie jednak wyobrazić, a często doświadczyć sytuacji, w której lekarz dobrze wykonuje swoją pracę, fachowo zwalcza chorobę, stosując odpowiednią terapię, a jednocześnie odnosi się do pacjenta w sposób chamski, ordynarny i niegrzeczny. Zgodnie z teorią choroby jako moralnego zła lekarz ten wciąż powinien mieć dużą zasługę moralną, gdyż rozmiar zła, jakie przewyciężył, znacznie przeważa nad jego niemoralnym zachowaniem. Wydaje się jednak czymś nieprawdopodobnym, aby ludzie zyskiwali zasługi moralne niezależnie od swojej postawy moralnej, od podejścia do drugiego człowieka, od szacunku do człowieczeństwa w jego osobie, od poszanowania jego godności i prywatności. Tymczasem jeżeli choroba sama w sobie jest moralnym złem, to jej zniszczenie i uleczenie musi stanowić olbrzymią zasługę, ze względu na ogrom krzywdy, którą powodowała u pacjenta. W ten sposób musimy uznać wszystkich lekarzy za chodzące anioły, które posiadają niebagatelne zasługi moralne, niezależne od ich osobistych cnót i wartości.

Jedną z możliwych strategii odpowiedzi na ten zarzut, proponowanych przez P. Łukowa, jest odwołanie do społecznej roli lekarza²⁰. Można bowiem powiedzieć, że istotnie lekarzom należy przypisać ogromną zasługę moralną ze względu na zwalczanie moralnego zła jakim jest choroba. Jednakże ta zasługa jest niewidoczna, gdyż lekarz pełni określoną rolę społeczną, co do której przyzwyczailiśmy się, że wykonuje czynności o takim właśnie charakterze. Należałoby więc powiedzieć, że albo rola społeczna niweluje zasługę moralną albo zasługa moralna skrywa się za rolą społeczną, tak, że jej nie rozpoznajemy i uważamy lekarzy za ludzi o moralności podobnej do wszystkich innych ludzi. Pierwszy człon alternatywy ma bardzo niejasny charakter. Nie wiadomo, na czym miałyby polegać niwelacja moralnej zasługi, jaki mechanizm nią rządzi ani jakie są warunki jej możliwości. Czy niwelacja ta miałyby się dokonywać w trakcie, po czy przed samym pojawieniem się moralnej zasługi? Dlatego też P. Łuków opowiada się za drugim członem alternatywy, który traktuje rolę społeczną jako zasłonę dla zasług moralnych. W istocie mamy liczne profesje, które dotyczą spraw związanych z działaniem moralnym i ich wykonywanie może się wiązać z pewnego rodzaju zasługą. Trzeba by tu wymienić policjantów, strażaków, prawników

20 Omawiany problem zasługi moralnej, jak i prezentowana odpowiedź, udzielona przez prof. Pawła Łukowa powstały podczas jego seminarium „Bioetyka kantowska”, prowadzonego na Uniwersytecie Warszawskim w roku 2013.

i wszystkie te osoby, które jakoś zajmują się obszarami ludzkiego życia, których zagrożenie uważamy za istotną stratę moralną. Dodatkowo zasługi moralne skrywane za rolę społeczną zdają się niekiedy przebijać i docierać do świadomości ich odbiorców, co objawia się w próbach okazywania wdzięczności przez pacjentów, czy jakiegoś zrekompensowania wysiłków lekarza. Wydaje się jednak, że to tylko odsuwa problem na dalszy plan, gdyż mówi, że lekarze w istocie są chodzącymi aniołami, tylko ludzie tego nie zauważają ze względu na pełnioną przez nich rolę społeczną. Co jednak z lekarzami skrajnie niemoralnymi, złośliwymi, podłymi, molestującymi pacjentów, celowo pogarszającymi stan pacjentów? W ramach tej teorii wciąż jesteśmy zmuszeni powiedzieć, iż są to ludzie wysoko moralni, jako, że ich dokonania jako lekarzy-profesjonalistów wciąż przeważają nad ich zachowaniem w sferze moralnej. Jednakże jako jednostki społeczne widzimy tylko ich złą stronę, a ich zasługi są skrywane za rolę społeczną. W takim razie ocenianie ich jako moralnych degeneratów jest błędne i bazuje na niedoskonałościach naszej moralnej percepcji, co wydaje się trudne do zaakceptowania.

Ponadto, jak należy rozumieć te sytuacje, w których pacjent sam przyczynia się do własnego ozdrowienia? Jeżeli choroba dręcząca pacjenta została zwalczona bez pomocy lekarza, za pomocą dużego wysiłku pacjenta – stosowania odpowiedniej diety, intensywnych ćwiczeń lub innych praktyk, które mogłyby zostać zalecone przez pracownika opieki medycznej? Czy w takiej sytuacji pacjent zasługuje na pochwałę moralną? Czy działając z czysto egoistycznych pobudek doprowadzenia swojego ciała do bardziej pożądanego stanu, mógł jednocześnie zdobyć pewną dodatnią, moralną kwalifikację?

Zdaniem autora tego artykułu, problem zasługi moralnej jest najciekawszym problemem, z którym musi zmierzyć się aksjologiczna definicja choroby, a jednocześnie najbardziej stymulującym do dalszego rozwijania omawianej teorii. Dużą uwagę należy zwrócić na samo pojęcie zasługi moralnej, które wydaje się intuicyjnie zrozumiałe, lecz w kwestiach teoretycznych budzi duże niejasności. Niemniej jednak, ujęcie choroby jako moralnego zła budzi i prawdopodobnie jeszcze długo będzie budzić, liczne zarzuty i kontrowersje.

Zakończenie

Definicja choroby jest zagadnieniem ważnym nie tylko z teoretycznego punktu widzenia. To, co jest postrzegane jako choroba, oraz jaki jest charakter tej choroby, ma niebanalne znaczenie również ze względu na społeczne konsekwencje chorowania, jak i samą praktykę medyczną. Sposób, w jaki jako społeczność pojmujemy chorobę,

PREPRINT VERSION

świadczy o trosce, jaką obejmujemy wszystkich członków społeczeństwa oraz gotowości do niesienia im pomocy. Z tego względu aksjologicznie neutralne definicje choroby wydają się coraz bardziej oderwane od całości życia społecznego i sprzyjają partykularyzacji społecznych celów i zadań, które powinny być wszakże ukierunkowane przede wszystkim na dobro i szczęście wszystkich ludzi, którzy do tego społeczeństwa należą. W niniejszym artykule starano się pokazać kilka perspektyw, kilka „dróg myślowych”, które mogą doprowadzić czytelnika do uznania choroby za zło moralne, które należy zwalczać wszelkimi dostępnymi środkami. Drogi te miały bardzo odmienne punkty wyjścia, lecz łączyło je przede wszystkim przyjęcie perspektywy osoby cierpiącej, dostrzeżenie jej bólu i krzywdy oraz uczynienie z tego istotnego wezwania moralnego. Z pewnością każda z tych dróg obarczona jest własnymi aporiami i trudnościami, jednakże wskazują one, że medycyna nie może wykluczyć wartości moralnych ze swojej praktyki, jako że zajmuje się tymi aspektami ludzkiego życia, które cenione są współcześnie bardzo wysoko i do których przykładamy niebagatelną wagę. Uznanie choroby za zło moralne sprawia, że nie można jej dłużej traktować jako pewnego nieszczęśliwego wypadku, który być może zostanie rozwiązany przez rozwój nauki. Przez aksjologiczną definicję choroby tworzymy imperatyw działania, pchający całe społeczeństwo do zwalczania samego istnienia chorób w każdej ich postaci. Być może jednak na taki imperatyw nie jesteśmy jeszcze gotowi.

Abstract

The Moral Wrongness of Disease

The paper deals with axiological theories of disease that are not widespread. The author describes four paths that can lead to acceptance of the view that disease is something wrong from moral point of view. These paths, represented by different philosophers, are the following: phenomenological, Kantian, psychiatric, and quasi-historical. After presenting their main features and inspirations, the paper deals with some critical objections the above-mentioned paths face and proposes possible solutions to these objections. In conclusion, the author locates the axiological theories of disease on the general map of bioethics.