

Medical Doctors in Torture Program. The Need for Virtue Ethics in Medical Conscience Formation.

Anna Alichniewicz, Monika Michałowska (Uniwersytet Medyczny w Łodzi)¹

Abstract

December 2014, Physicians for Human Rights (PHR) released their analysis of the summary of the *Committee Report of the Central Intelligence Agency's Detention and Interrogation Program*. PHR focused on the involvement of health care professionals in the CIA torture program, concluding that the health professionals' commissions and omissions violated the prescriptions of many fundamental bioethical documents, including international declarations of bioethics and medical research ethics. The medical doctors' involvement evokes some thoughts concerning bioethical education. It seems that instead of developing virtues through practicing morally good habits, the experience of clinical training undermines the moral ideals that medical students identified themselves with at the commencement of their medical education. The hostile response they sometimes get from their mentors when trying to question morally troubling situations may shape the habit of 'turning a blind eye' to unethical behaviour, since the students do not want to jeopardize their grades and future medical career. Maybe it was the development of this habit and the failure to develop the habit of moral courage instead that prevented the medical doctors participating in torture programs from defending moral ideals of their profession more effectively.

In December 2014 Physicians for Human Rights (PHR) released their analysis of the summary of the *Committee Report of the Central Intelligence Agency's Detention and Interrogation Program*. PHR focused on the involvement of health care professionals in the CIA torture program, concluding that the program initiated after September 11, 2001 "relied on health professionals to a degree previously un-

¹ Anna Alichniewicz and Monika Michałowska have contributed equally to the manuscript. This research was supported by National Science Centre, Poland, project number 2015/19/B/HS1/00996.

known”.² The authors of the PHR study pointed out that the key role of psychologists and physicians was visible at all steps of the long term torture program and comprised designing, performing, self-justifying, and keeping secret individually tailored methods and tools of torture.

Torture is universally considered an outrageous practice that is morally wrong and should be also forbidden by the law. Nevertheless, against the background of the general moral condemnation of torture, one can encounter a view that although morally wrong, in some specific scenario known as “the ticking bomb case” (the case developed by Alan Dershowitz³), torture could be justified by the so-called necessity doctrine. The ticking bomb case refers to the circumstances “where it reasonably appears necessary to avert a greater and imminent harm”⁴ even at the cost of violation of the law and producing some harm. Thus the necessity doctrine refers to the special scenario where a net benefit to society (the greater good or the lesser evil) will result from inflicting some harm on an individual or individuals.⁵ Our point is not to discuss the problem whether torture should be absolutely banned or whether there is a scenario in which torture is justifiable. Noting this problem, we are not going to address it on a general level, because it would go beyond the scope of our paper, the goal of which is much more modest. We would only like to argue that, regardless of the fact whether it is ethically possible to recognize any scenario making torture allowable, the moral commitment of the physician to the values of autonomy and goodness of the patient should exclude them from any participation in such a practice.

Given a long history of medical regulations from the *Hippocratic Oath* to the *Declaration of Geneva* calling for fairness and impartiality of a medical doctor, it could be argued that declaratively medicine is politically neutral. Nevertheless, it would be naïve to claim that this is really the case. There is a long history of political impact on medicine, eloquently shown by Foucault, but also, as Engelhardt observes, “Political problems are medicalized, undoubtedly in part, because medicine offers an efficacious way of controlling free expression.”⁶ Nevertheless, the fact that

2 Physicians for Human Rights, *Doing Harm: Health Professionals’ Central Role in the CIA Torture Program*, December 2014, p. 2. https://s3.amazonaws.com/PHR_Reports/doing-harm-health-professionals-central-role-in-the-cia-torture-program.pdf [Accessed 3 May 2015].

3 A. Dershowitz, *Why Terrorism Works: Understanding the Threat, Responding to the Challenge*, Yale University Press 2002.

4 J. A. Cohan, *Torture and the Necessity Doctrine*, 41 Valparaiso University Law Review 1587 (2007), pp. 1605, 1607 <http://scholar.valpo.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1196&context=vulr> [Accessed 29 January 2016].

5 *Ibidem*, p. 1608.

6 H.T. Engelhardt, Jr., *The Foundations of Bioethics*, New York, NY: Oxford University Press, 1996, p. 224.

politics and medicine have been intertwined does not imply that this phenomenon is something to be taken as such. To the contrary, given the power the doctors have, the intertwining between medicine and politics should be strictly controlled.

It should be admitted that it is possible to imagine a situation when somebody who is a medical doctor by training is involved in torture in the 'ticking bomb scenario' in which many human beings are at stake, and the doctor is not engaged in the doctor-patient relationship with the individual who undergoes torture. In that case, the doctor should not present herself/himself as a care-giver to the subject of the torture the doctor is involved in. However, given the professional commitment and the covenantal character of the doctor-patient relationship, it seems unacceptable that the doctor could be allowed or forced to combine the role of a healer with that of a torturer with regard to her/his patient. It should also be emphasized that because of the primordial nature of medicine as the art of healing the highest measures should be undertaken to prevent the usage of medical doctors' skills and knowledge in torture.

Claiming this, we also address the problem of a moral conflict faced by dual professionals. We are of the opinion that medicine is an inherently ethical enterprise and it is a unique doctor-patient relationship that should be given priority when a conflict of roles occurs. It should be noted that a military doctor is in a special position being both a physician and a military officer, which can lead to moral distress, that is a situation when somebody feels restrained from doing what he/she recognizes as morally right.⁷ The potential conflict created by dual loyalties has been recognized and led to formulating two opposite views. Nevertheless, no generally accepted solution of the dilemma has been achieved so far. Some authors, like Samuel Huntington⁸, Edward Colbach⁹ and Michael Gross¹⁰ give the priority to military duties, whereas others, for example Victor Sidel and Barry Levy¹¹ and

7 E. J. Gordon, A. B. Hamric, *The courage to stand up: The cultural politics of nurses' access to ethic consultation*, Journal of Clinical Ethics 17/3 2006, pp. 231-254; L. D. Wocial, *An Urgent Call for Ethics Education*, The American Journal of Bioethics 8/ 4 (2008), pp. 21-23; K. R. Lang, *The Professional Ills of Moral Distress and Nurse Retention: Is Ethics Education an Antidote?*, The American Journal of Bioethics 8/ 4 (2008), pp. 19-21.

8 S. P. Huntington, *The Soldier and the State: The Theory and Politics of Civil -Military Relations*, Cambridge, MA.: The Belknap Press of Harvard University Press, 1957.

9 E. Colbach, *Ethical Issues in Combat Psychiatry*, Military Medicine 150 (1985), pp. 256-264.

10 M. Gross, *Bioethics and Armed Conflict: Moral Dilemmas of Medicine and War*, Cambridge MA The MIT Press 2006.

11 W. Sidel, B. S. Levy, *Physician-Soldier: A Moral Dilemma*, Military Ethics, vol. 1. ed. T.E. Beam, L.R. Sparacino, *Textbooks of Military Medicine*, Washington, DC: Borden, 2003, pp. 295-305.

Edmond Howe¹², claim that medical obligations should override military duties. The ethical challenge “faced by military medical professionals in their dual-hatted positions as a military officer and a medical provider”¹³ has been also recognized by WMA Past President, Cecil B. Wilson, who says, “Tensions can arise if the demands of the mission or line command are at odds or in tension with the duties to attend to the health of those needing care.”¹⁴ The particular problem of their involvement in torture was addressed by Task Force Members of the Institute on Medicine as a Profession and Open Society Foundations, who commented on their report entitled *Ethics Abandoned: Medical Professionalism and Detainee Abuse in the War on Terror* saying: “By shining a light on misconduct, we hope to remind physicians of their ethical responsibilities.”¹⁵ It seems worth mentioning that although the title of the report referred to ‘the war on terror’, the question whether the self-declared war on terror invoked Geneva Conventions has become the subject of some legal controversies.¹⁶

Nevertheless, from the point of view shared by us, the fact that the health professionals involved in the CIA torture program not only failed to protect their patients from harm and brutality but they actually did harm to them seems extremely repulsive. Not only did they fail to prevent torture, but they actively participated in performing and monitoring it. Moreover, they got engaged in unethical research on human subjects.¹⁷ Against this background, the fact that they did not observe the rule of receiving informed consent from a patient before providing medical treatment may seem a lesser fault, but we should keep in mind that this requirement is nowadays universally recognized as a basic medico-moral rule.

12 E. G. Howe, *Dilemmas in Military Medical Ethics Since 9/11*, Kennedy Institute of Ethics Journal 13, no. 2, pp. 175-188.

13 C. B. Wilson, Report on “Ethical Guidelines and Practices for U.S. Military Medical Professionals” http://www.wma.net/en/45blogs/01wilson/2015_pblog01/ [Accessed 29 January 2016].

14 *Ibidem*.

15 *Interrogation|Torture and Dual Loyalty*, <http://imapny.org/medicine-as-a-profession/interrogationtorture-and-dual-loyalty/> [Accessed 2 February 2016]; Task Force Report, *Ethics Abandoned: Medical Professionalism and Detainee Abuse in the War on Terror*. <http://imapny.org/wp-content/themes/imapny/File%20Library/Documents/IMAP-EthicsTextFinal2.pdf> [Accessed 2 February 2016].

16 Geneva Conventions comprise four international treaties and three additional protocols concluded in Geneva between 1864 and 1949. The documents establish the standards of the international humanitarian law for the wartime. <http://www.cfr.org/international-law/united-states-geneva-conventions/p11485> [Accessed 18 April 2016].

17 It seems parallel to the experiments on human subject performed by Scientific Intelligence Division of the CIA known as MK-Ultra Project, the purpose of which was to examine the method of mind control and to enhance interrogation techniques in the case of resistant subjects. We wish to thank the anonymous reviewer for drawing our attention to that fact.

The authors of the PHR analysis noted that the above described commissions and omissions violated the prescriptions of many fundamental bioethical documents, including international declarations of bioethics and medical research ethics. As one of the most eloquent examples can serve rectal rehydration and rectal force-feeding that were performed on the detainees who engaged in hunger strike. These procedures were described as allegedly medically indicated, but no consent was sought from the strikers who were not deemed incompetent. Breaking the will of a competent hunger striker is clearly forbidden by the World Medical Association (WMA) *Declaration of Malta on Hunger Strikers* adopted in 1991 (latest revision 2006) that states: "Forcible feeding is never ethically acceptable. Even if intended to benefit, feeding accompanied by threats, coercion, force or use of physical restraints is a form of inhuman and degrading treatment. Equally unacceptable is the forced feeding of some detainees in order to intimidate or coerce other hunger strikers to stop fasting."¹⁸ Also, the WMA *Declaration of Tokyo*, that is *Guidelines for Physicians Concerning Torture and other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment in Relation to Detention and Imprisonment* adopted in 1975 (latest revision 2006) clearly obliges the physicians to respect competent strikers' refusal of nourishment, saying: "Where a prisoner refuses nourishment and is considered by the physician as capable of forming an unimpaired and rational judgment concerning the consequences of such a voluntary refusal of nourishment, he or she shall not be fed artificially."¹⁹ It could be argued that rectal rehydration and rectal force-feeding do not amount to torture. Thus, the question that arises is what actually is meant by the notion of torture. Although there have been several attempts to address this problem²⁰, "the boundaries of the concept of torture are undefined"²¹, so there is no *consensus* what level of intentionally inflicting physical or mental suffering constitutes torture. It is rather obvious that not every humiliating treatment should be qualified as torture, and one might say that although a harsh practice, neither rectal rehydration nor rectal force-feeding constitutes torture. Nevertheless, even if not torture, it is bad enough. In this very scenario, this was unquestion-

18 WMA *Declaration of Malta on Hunger Strikers*. <http://www.wma.net/en/30publications/10policies/h31/> [Accessed 3 May 2015].

19 WMA *Declaration of Tokyo - Guidelines for Physicians Concerning Torture and other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment in Relation to Detention and Imprisonment*, principle 6 <http://www.wma.net/en/30publications/10policies/c18/> [Accessed 3 May 2015].

20 See for example: United Nations Convention Against Torture, and Other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment, G. A. Res. 39/46, U.N. GAOR, 39th Sess., Supp. No.51, U.N. Doc. A/39/51 (Dec. 10, 1984).

21 J.A. Cohan, *Torture and the Necessity Doctrine*, p. 1594.

ably a degrading and inhuman treatment, given that the medical officers involved in these procedures were fully aware of the fact that from a medical point of view, it is intravenous infusion that is 'safe and effective'. They admitted, however, that they "were impressed with the ancillary effectiveness of rectal infusion on ending the water refusal in a similar case". It could be stated, therefore, that they intentionally participated in inflicting physical and mental suffering and sexual assault, and this means that they intentionally violated the first principle of the WMA *Declaration of Tokyo*, which stipulates that "The physician shall not countenance, condone or participate in the practice of torture or other forms of cruel, inhuman or degrading procedures, whatever the offense of which the victim of such procedures is suspected, accused or guilty, and whatever the victim's beliefs or motives, and in all situations, including armed conflict and civil strife."²²

Furthermore, the fact that the data from the interrogation techniques were collected and analyzed by the health professionals to provide grounds for torture legitimization suggests that the physicians took part in illegal research on human subjects, which was a violation of the provisions of the *Nuremberg Code* of 1947²³ and the WMA *Declaration of Helsinki - Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects* adopted in 1964 (latest revision 2013).²⁴

Last but not least, the physicians participating in brutal, carefully planned, and systematically executed torture revealed the utmost disrespect for the WMA *Declaration of Geneva* adopted in 1948 (latest revision 2006), which is generally acknowledged as the international oath of medical doctors.²⁵ It seems worth mentioning that art. 10/2 of *Protocol Additional to the Geneva Conventions of 12 August 1949, and relating to the Protection of Victims of Non-International Armed Conflicts (Protocol II)* from 8 June 1977 states that no medical professional can be compelled to engage in acts contrary to the rules of medical ethics, but the US is

22 WMA *Declaration of Tokyo - Guidelines for Physicians Concerning Torture and other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment in Relation to Detention and Imprisonment*, principle 1 <http://www.wma.net/en/30publications/10policies/c18/> [Accessed 3 May 2015].

23 *Nuremberg Code* <http://www.hhs.gov/ohrp/archive/nurcode.html> [Accessed 3 May 2015].

24 WMA *Declaration of Helsinki - Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects* <http://www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/> [Accessed 3 May 2015].

25 WMA *Declaration of Geneva* <http://www.wma.net/en/30publications/10policies/g1/> [Accessed 3 May 2015].

not a party to this *Protocol*.²⁶

The medical doctors' involvement in outrageous practices evokes some disturbing thoughts. One of the most important international documents concerning human rights, *The Universal Declaration of Human Rights* (1948), was developed in response to the horrendous crimes committed during the Second World War.²⁷ Medical atrocities of that period also triggered some international documents, for instance the already mentioned *Nuremberg Code* and the *WMA Declaration of Geneva*. These documents have been generally viewed as safeguards to prevent such heinous acts in the future. Although no doubt should be cast on the value of the observance of general as well as bioethical documents, both national and international ones, it seems rather obvious that ethical training in the faculties of medicine requires much more than just making students acquainted with the rules set by national and international ethical codes, declarations and conventions. The ethical formation of medical students and young doctors cannot be based solely upon the recognition of deontological and legal frameworks of their profession.

It can be argued that the spectacular technological progress in modern medicine gave rise to two noticeable tendencies. On the one hand, in medical education a great emphasis has been placed on the cognitive aspect of the profession, as well as on the excellence in medical skills rather than on the development of medico-moral awareness. On the other hand, there is some general acknowledgement that due to complexity of modern technological medicine generating many ethical doubts and dilemmas, bioethical education on both undergraduate and postgraduate levels has become an indispensable part of medical curricula.

There has also been a widespread agreement that although ethical education in medical faculties should provide some general knowledge of ethical theories, it should be focused especially on bioethical concepts and principles. As to the objectives of bioethical training, it seems that it is aiming mostly at conceptual clarity and analytical skills, which are essential intellectual competencies, but it can be argued that some other professionally important virtues should also be nur-

26 *Protocol Additional to the Geneva Conventions of 12 August 1949, and relating to the Protection of Victims of Non-International Armed Conflicts (Protocol II)*, 8 June, art. 10/2: "Persons engaged in medical activities shall neither be compelled to perform acts or to carry out work contrary to, nor be compelled to refrain from acts required by, the rules of medical ethics or other rules designed for the benefit of the wounded and sick, or this Protocol." <https://www.icrc.org/applic/ihl/ihl.nsf/Article.xsp?action=openDocument&documentId=D321BEBD-8192C5E0C12563CD0051E85A> [Accessed 16 April 2016]. As to the US not being a party of the Protocol, see: http://www.britannica.com/event/Geneva-Conventions#_comments [Accessed 18 April 2016]

27 *The Universal Declaration of Human Rights* <http://www.un.org/en/documents/udhr/> [Accessed 3 May 2015].

tured, since, as Henry Beecher emphasized, the most reliable safeguard is always “an intelligent, informed, conscientious, compassionate, responsible” physician.²⁸ Thus, from the very beginning of their education medical students should be made aware of the high ethical standards and “ideals for the person of a good doctor, which a medical student should learn and a physician should incorporate”.²⁹ These standards and ideals are involved in bioethical considerations that often refer to the ancient tradition of medical profession expressed in medical documents from the *Hippocratic Oath* onwards where virtues like empathy, compassion, care, benevolence, responsibility, and fidelity to trust were deemed crucial to the doctor.³⁰ Some authors explicitly stress that virtues like compassion are regarded as a core element needed for a proper fulfilment of professional tasks, as essential as technical competencies.³¹ Indeed, That demanding moral ideal of a good doctor is very appealing, but the question arises how these noble traits can be embedded in medical students so that they can flourish in full-fledged medical doctors.

According to the Aristotelian theory of virtues that has been revived in contemporary virtue ethics, good moral choices enabled by practical wisdom and repeated over time become habits.³² The model of acquiring virtues as habits of morally good conduct has also been approved of by authors dealing with medical ethics as the most effective way of fostering a morally good doctor.³³ It seems rather obvious that the only opportunities for medical students to develop and practice professional virtues are clinical encounters with patients and medical teams. Many students enter the medical school with quite an idealistic view on their future profession. Although their initial attitude is usually strengthened by a course of medical ethics they are obliged to take during the first years of medical curriculum, their further education in the clinical setting may cause some moral erosion. This deterioration

28 H. K. Beecher, *Ethics and Clinical Research*, in: *Bioethics: An Introduction to the History, Methods, and Practice*, ed. N.S. Jecker, A.R. Jonsen, R.A. Pearlman, Sudbury, MA: Jones and Bartlett Publishers 1997, pp. 29-41.

29 P. Gelhaus, *The desired moral attitude of the physician: (III) care*, *Medicine, Health Care and Philosophy* 2013, 16, no.2, p. 126.

30 P. Gelhaus, *The desired moral attitude of the physician: (I) empathy*, *Medicine, Health Care and Philosophy* 2012, 15, no.2, pp. 103-113; P. Gelhaus, *The desired moral attitude of the physician: (II) compassion*, *Medicine, Health Care and Philosophy* 2012, 15, no.4, pp. 397-410; E. D. Pellegrino, *Towards virtue-based normative ethics for the health professions*, *Kennedy Institute of Ethics Journal* 1995, 5, pp. 263-277.

31 J. Adams, et al. *Virtue in emergency medicine*, *Academic Emergency Medicine* 1996, 3, p. 961-966.

32 S. Broadie, *Ethics with Aristotle*, New York/Oxford: Oxford University Press 1991.

33 S. Bolsin, et al. *Practical virtue ethics: healthcare whistleblowing and portable digital technology*, *Journal of Medical Ethics* 2005, 31, pp. 612-618.

has been recognized for at least twenty years³⁴. Two major facets of this deterioration have been pointed out in the studies as a tendency to reduce a patient to her/his diseases and the inability of speaking up while witnessing ethically troubling situations.

Being trained in the system of month-long rotations, which is a common form of introduction to major clinical disciplines, students meet patients for a very limited time which makes any genuine training of the patient-doctor relationship impossible. At the beginning of their clinical training medical students generally consider it a weakness of the system, but with time many of them change their minds and take it as an advantage that can spare them lengthy conversations. Consequently, medical students cease seeing their patients as persons and start noticing only medical conditions. Gradually, they develop a habit of reducing their patients to diseases or even medical procedures: “I also got a Whipple” as one of the students said “referring to a patient with pancreatic cancer who needed that potentially complicated surgery. «That», he continued without flinching, «was awesome».”³⁵

Nevertheless, even fleeting clinical encounters give them opportunity to notice the so-called hidden curriculum, that is “a powerful institutional culture, which, in practice, subverted and contradicted, the fundamental ideals of medical ethics.”³⁶ Students can witness behavior, attitudes, language, which remain in utter discrepancy with what was taught to them at their medical ethics courses. The moral ideals collide with medical reality. In the beginning students are frustrated and disappointed and usually feel that they should react somewhat. Here, the next factor enters the scene. In teaching hospitals students find themselves in an unfriendly, strictly hierarchical, army-like environment ruled by a pro-guild mentality. Their attempts to react or even their posing questions about the ethically troubling situations meet with hostile response from their mentors. The lesson the students get is that they should keep quiet. “K.M.S. [KEEP MOUTH SHUT] was from then on not only easy but second nature to me (...) I rarely if ever spoke unless I had been directly addressed. *This is the army*, I thought. *Every time you open your mouth you create complications for yourself*. It was a rule I followed throughout the rest of my medical training.”³⁷

34 J. Goldie, et al. *Students' attitudes and potential behaviour with regard to whistleblowing as they pass through a modern medical curriculum*, Medical Education 2003, 37, pp. 368-375.

35 P.W. Chen, *Reinventing the third-year medical student*, NYTimes 2012/04/19 <http://well.blogs.nytimes.com/2012/04/19/reinventing-the-third-year-medical-student/> [Accessed 3 May 2015].

36 S. Bolsin, et al. *Practical virtue ethics: healthcare whistleblowing and portable digital technology*, Journal of Medical Ethics 2005, 31, p. 614.

37 J. Dwyer, *Primum non tacere: an ethics of speaking up*, Hastings Center Report 1994, 24, p. 14.

Paradoxically, instead of developing virtues through practicing morally good habits, the experience of clinical training can undermine the moral ideals the students identified themselves with in the commencement of their medical education. To make matters worse, it may shape the habit of turning a blind eye to unethical behavior, so that their grades and future medical career are not jeopardized. Finally, it is not an emphatic compassionate care attitude, but the “K.M.S.” attitude that may become their nature. If so, it can be argued that the habit of “K.M.S.” may make some physicians incapable of defending the moral principles of their profession and reacting against moral wrongfulness, even if the most fundamental medico-moral values are endangered, because instead of boosting their courage the medical training has suppressed it.

It may seem rather surprising that we are invoking courage in the context of bioethical education, as it is not usually mentioned as one of the virtues the ideal of a medical doctor is composed of. Amélie Oksenberg Rorty pointed out that although Aristotle “retains physical courage as the primary case”, he “extends its exercise to political and moral contexts”.³⁸ She describes moral courage as “the capacities and traits that enable us to persist in acting well under stress, to endure hardships when following our judgments about what is best is difficult or dangerous”.³⁹ It seems that this is the kind of courage that should be considered an important virtue of a medical doctor, because facing conflict situations is not a rare occurrence in his/her professional life. On the contrary, since medicine is nowadays practiced in a complex social and political framework, the duties towards patients may be incompatible with the obligations towards medical institutions or research teams, or the demands of the policy makers, etc.

As Petra Gelhaus observed, “personal virtues are what defend the internal moral goals of clinical medicine against other incentives and influences that are incompatible with these goals.”⁴⁰ To act virtuously in a hostile environment, medical doctors should develop courage as a general condition for any action since “Without courage, there is no active virtue”, as Oksenberg Rorty says.⁴¹

The challenge faced by the physicians who took part in the torture program was extreme, given that they were military doctors. The conflict of duties they were confronted was really tough and it might seem even insoluble. As it is known from

38 A. Oksenberg Rorty, *Mind in Action*, Boston, MA: Beacon Press 1988, p. 305.

39 *Ibidem*, p. 299.

40 P. Gelhaus, *The desired moral attitude of the physician: (III) care*, *Medicine, Health Care and Philosophy* 2013, 16, no. 2, pp. 126.

41 A. Oksenberg Rorty, *Mind in Action*, Boston, MA: Beacon Press 1988, p. 302.

the report, some of them tried to express their doubts and hesitations concerning their involvement in the program, but eventually condoned it. Maybe it was the “K.M.S.” habit they had developed –

instead of the one of moral courage – that prevented them from defending the moral ideals of their profession more effectively. We wish to argue, however, that by that time the entire process of medical education should have shaped their awareness not only of who they are, but also of who they are not. Surely, medical doctors are not torturers.⁴²

42 L. V. Monrouxe. *Identity, identification and medical education: why should we care?*, Medical Education 44 (2010), pp. 42.

Lekarz – Tortury – Sumienie. Krytyka artykułu *Medical Doctors In Torture Program*

prof. dr hab. Maria Nowacka,
Instytut Medycyny Wsi im. Witolda Chodźki w Lublinie

Torturowanie było praktyką sądowniczą stosowaną powszechnie i z poczuciem oczywistości we wszystkich chyba kręgach cywilizacyjnych. Tortury spełniały dwojakie funkcje: wymierzania sprawiedliwości i zwiększania skuteczności śledztwa. Pierwsza z tych funkcji opierała się na przekonaniu, że za pewne przestępstwa sprawiedliwą karą nie będzie tylko więzienie czy nawet wyrok śmierci, lecz przestępca powinien nadto doświadczyć cierpienia fizycznego. Skuteczność drugiej funkcji potwierdzało doświadczenie – po co prowadzić długie, skomplikowane i angażujące dużo sił i środków śledztwo, jeśli pod wpływem bólu przestępca sam wydawał współników, wyjaśniał, jak dokonał przestępstwa, i zdradzał przyszłe plany. Przekonanie o słuszności stosowania tortur wzmacniane było nadto wymogiem, aby sądzony przyznał się do popełnionego czynu, także w sytuacji, gdy zostało mu to niezbitcie udowodnione; uparta odmowa była bardzo skutecznie pokonywana za pomocą zadawania bólu.

Cywilizacja zachodnia przeszła długą drogę od oczywistości akceptacji tortur do uznania, że niezależnie od ich praktycznej użyteczności są one z istoty swej niemoralne, naruszające w stopniu skrajnym przysługującą każdemu człowiekowi godność, i jako takie muszą być całkowicie zakazane. Zakaz stosowania tortur spowodowany został zasadniczą zmianą w pojmowaniu moralnego wymiaru godności osoby ludzkiej. Bez tej zmiany niemożliwe byłoby zrozumienie, że zadawanie cierpienia nie może być czynnikiem wymierzania sprawiedliwości, a uzyskane dzięki torturom przyznanie się do zarzucanego czynu nie tylko nie ma żadnej wartości dowodowej (co samo w sobie było przecież oczywiste), lecz nie jest także koniecznym warunkiem moralnym orzeczenia wyroku. Przede wszystkim zaś bez tej istotnej zmiany w sferze moralnej nie możliwe byłoby zakazanie tortur, mimo iż rzeczywiście mogą być one bardzo skutecznym narzędziem śledztwa. W kręgu cywilizacji zachodniej stosowanie tortur uznane zostało za niedopuszczalne i z czasem stanowisko to zostało przyjęte powszechnie, przynajmniej w wymiarze deklaratywnym.

Jeszcze do niedawna nie poddawano w wątpliwość bezwzględności zakazu stosowania tortur. Obecnie już nie jest to takie oczywiste. Coraz większe zagrożenie terroryzmem sprawiło, że Stany Zjednoczone, a więc państwo, na którym spoczywa główny ciężar walki z terroryzmem, stosuje w praktyce takie formy działań wobec pojmanych terrorystów, które można uznać za tortury. Uzasadnienie jest zawsze jedno: chodzi o wydobycie dzięki torturom informacji, które pozwolą ocalić wiele ludzkich istnień. Wprawdzie państwa europejskie nie stosują (o ile wiadomo) takich metod, jednak zarówno w USA, jak i w Europie coraz większe staje się przyzwolenie społeczne na ich stosowanie w sytuacji konieczności. Można domniemywać, że będzie ono wzrastało w miarę zwiększania się zagrożenia terrorystycznego.

Szczególnym aspektem problemu stosowania tortur jest kwestia moralnej oceny uczestniczenia lekarzy w takich działaniach. Tego właśnie dotyczy artykuł *Medical Doctors in Torture Program: The Need for Virtue Ethics in Medical Conscience Formation*. Autorzy nie wyjaśniają, czy to uczestnictwo lekarzy w „programie torturowania” należy rozumieć jako bezpośrednie działania (na co wskazywałyby podawane przykłady), czy tylko jako swoiste „doradztwo”, czy szerzej jako wszelkie działania, także typu badawczego, usprawniające torturowanie, które może być realizowane już przez innych. Przyjmijmy, że chodzi tylko o działania bezpośrednie – wiedza i umiejętności medyczne niewątpliwie ułatwiają i czynią bardziej skutecznym fizyczne maltretowanie człowieka. Autorzy od razu zastrzegają się, że nie będą w ogóle podejmować kwestii, czy tortury powinny być całkowicie zakazane, czy jednak dopuszczalne w określonych okolicznościach i z uwagi na określone cele.

Ich zamiarem jest natomiast argumentowanie, iż „the moral commitment of the physician to the values of autonomy and goodness of the patient should exclude them from any participation in such a practice”.

Zacznijmy od wskazania, że słowo „pacjent” jest tu użyte w zbyt szerokim zakresie. Nie możemy uznawać, że każdy człowiek, wobec którego lekarz wykonuje jakieś działania z użyciem swej wiedzy fachowej, jest pacjentem tego lekarza. Lekarz zatrudniony przez firmę ubezpieczeniową bada i diagnozuje klienta tej firmy, ale klient ten nie staje się przez to jego pacjentem. Przy tak szerokim rozumieniu bycia pacjentem, musielibyśmy uznać, że lekarz profesjonalnie zatruwający swoją ciotkę, aby otrzymać po niej spadek, postępuje niemoralnie, ponieważ działa na szkodę swojego pacjenta. Ten przykład nie jest bynajmniej humorystycznym wtrętem – zatruwanie jest tu analogiczne do torturowania. Lekarz może skutecznie leczyć swoją ciotkę z różnego rodzaju schorzeń w trakcie całego procesu systematycznego zatruwania jej, co wystarczająco uzasadnia, że jego działanie należy oceniać niezależnie od tego, czy przedmiot działania jest jego pacjentem, czy nie jest. Autorzy artykułu zdają się przyjmować jako oczywiste, że lekarz nie może uczestniczyć w torturowaniu, ponieważ „it seems unacceptable that the doctor could be allowed or forced to combine the role of a healer with that of a torturer with regard to her/his patient”. Można by na tej podstawie uznać, że lekarzowi wolno torturować tych, którzy nie są i nigdy nie byli jego pacjentami; chyba że uznamy, iż torturowany z udziałem lekarza człowiek niejako automatycznie staje się pacjentem tegoż lekarza, co wydaje się jednak dość dziwaczne.

Nie jest więc zasadne twierdzenie, iż niemoralny charakter uczestnictwa lekarza w torturowaniu bierze się z pogwałcenia istoty relacji lekarz – pacjent. Jeżeli uznajemy udział lekarza w torturowaniu za bezwzględnie niedopuszczalny z racji etycznych, to uzasadnienie tego stanowiska nie może opierać się na jakiegokolwiek relacji lekarza do kogokolwiek, lecz musi polegać na wykazaniu, że uczestnictwo lekarza w torturowaniu jest niemoralne z uwagi na samą istotę zawodu lekarza. Należało zatem wyraźnie sformułować tezę, iż działanie lekarza na szkodę drugiego człowieka z wykorzystaniem wiedzy medycznej jest niemoralne. Z tak (lub równoważnie) sformułowaną tezą nie pozostaje w sprzeczności możliwość negatywnej oceny określonych działań lekarza dokonanych bez wykorzystania wiedzy medycznej, jak też możliwość negatywnej oceny określonych działań dokonanych przez nie-lekarza z wykorzystaniem wiedzy medycznej. Ponieważ autorzy artykułu tego nie czynią, więc umyka im z pola widzenia sama istota problemu. Ukażmy, na czym to polega.

Problem moralnej oceny i dopuszczalności uczestnictwa lekarza w torturow-

aniu musi być rozważany przy założeniu, że w danym kraju istnieje prawne przyzwolenie na stosowanie tortur w określonych sytuacjach i z określonych względów, a zarazem przyzwolenie to nie jest wykluczające w stosunku do lekarzy. Autorzy zdają się milcząco to założenie przyjmować, choć piszą jedynie o różnicy stanowisk w tej kwestii. Jednak brak wyraźnego postawienia tego problemu sprawia, że autorzy nie dostrzegają bardzo istotnego aspektu zagadnienia. Jeżeli w danym kraju prawo dozwala lub przynajmniej nie zabrania określonych działań czy zachowań, które przez jakąś część społeczeństwa są uznawane za nieetyczne, wówczas inna jest sytuacja tych, którzy działań takich nie muszą podejmować, a inna tych, od których takich działań się oczekuje z racji wykonywania swego zawodu. Lekarze często znajdują się w tej drugiej sytuacji i tak jest właśnie w omawianym wypadku. Wprawdzie stosowanie tortur nie zostało jak dotąd wpisane do ustawodawstwa żadnego kraju, jednak w obliczu zagrożenia terrorystycznego niektóre kraje (przede wszystkim USA) faktycznie dają swym służbom specjalnym takie przyzwolenie, jedynie przystając je mylącym nazewnictwem. Co więcej, można oczekiwać, że prędzej czy później kwestia ta zostanie uregulowana odrębnym aktem prawnym, co społeczeństwo w większości zaakceptuje¹.

Problem uczestnictwa lekarza w procedurze torturowania jest więc analogiczny do problemu na przykład dokonywania aborcji – chyba większość krajów dozwala przy spełnianiu określonych warunków na przerwanie ciąży, mimo iż dla wielu ludzi, w tym lekarzy, jest to działanie z istoty swej niemoralne. W takich sytuacjach zastosowanie ma tzw. klauzula sumienia, pozwalająca lekarzowi odmówić prawnie dozwolonej czynności medycznej, jeśli pozostaje ona w niezgodzie z jego sumieniem. Wystarczy zatem uznać, że lekarza nie można zmuszać do uczestnictwa w torturowaniu, jeśli on sam uznaje, że byłoby to niezgodne z jego sumieniem. Jest znamienne, iż autorzy omawianego artykułu nie wspominają w ogóle o tym rozwiązaniu, co jest tym dziwniejsze, iż należy zakładać, że skoro coraz więcej ludzi skłonnych będzie akceptować stosowanie tortur w sytuacjach skrajnych, to również jakaś część lekarzy uzna to za dopuszczalne, a nawet za swoją powinność. Pominięcie w artykule rozwiązania, jakim jest klauzula sumienia, wymaga zatem wyjaśnienia.

Nasuwa się rozwiązanie najprostsze, że mianowicie autorzy artykułu nie chcą pozostawiać decyzji etycznych indywidualnemu sumieniu lekarza, lecz życzyliby

1 Karl R. Popper w słynnym esaju *Utopia a przemoc* z 1947 roku stwierdził, że Hitlerowi udało się zdewaluować moralne wzorce świata zachodniego i po drugiej wojnie więcej jest przemocy, niż tolerowano w dziesięciolecie po pierwszej wojnie. Nasuwa się pytanie, o ile więcej przemocy będziemy skłonni tolerować w miarę wzrostu zagrożenia terroryzmem.

sobie, aby stosowna ustawa, kodeks czy deklaracja ustalała reguły obowiązujące wszystkich medyków bez wyjątków. Potwierdzeniem tego domniemania jest powoływanie się w artykule na różnego rodzaju dokumenty „from *Hippocratic Oath* to the *Declaration of Geneva*”. Już mniejsza o to, że współczesne odmiany tzw. Przysięgi Hipokratesa są tak dalece zmodyfikowanymi formami wywodzącego się z kręgów pitagorejskich oryginału, że niewiele mają z nim wspólnego. Istotny jest inny aspekt problemu – mianowicie sposób uzasadnienia stawianej tezy. Mając w pamięci to, co wiele stuleci temu Platon napisał w dialogu *Eutyfron*, zapytajmy, czy dany czyn jest moralnie zły dlatego, że zakazuje go na przykład *Declaration of Geneva*, czy odwrotnie: *Declaration of Geneva* zakazuje tego czynu, ponieważ jest on moralnie zły. Oczywiście jest, że powoływanie się na jakiś dokument nie może być argumentem uzasadniającym głoszoną tezę etyczną.

Zastanawia, że autorzy artykułu nie uzasadniają podanej negatywnej oceny etycznej tortur, przyjmując ją jako oczywistą. Błąd nie polega na tym, jakoby można było sensownie uzasadniać, że tortury nie są moralnie złe, lecz na tym, że nie uwzględnia się bardzo często spotykanej sytuacji, w której działanie uznane za złe samo w sobie jest dopuszczalne z uwagi na określone racje moralne. Uzasadnienie dopuszczalności takiego działania może być utylitarystyczne, ale może też być motywowane stanem wyższej konieczności. Autorzy artykułu słusznie przyjmują jako oczywistą negatywną ocenę moralną stosowania tortur, (zresztą takiej oceny, przynajmniej jak dotąd, nikt w naszej cywilizacji nie podważa), ale zdają się także głosić *implicite*, że tortury są bezwzględnie niedopuszczalne, a taka teza wymaga już uzasadnienia; nadto zaś wyraźnie stawiają tezę o bezwzględnej niedopuszczalności udziału lekarza w torturowaniu, co z kolei wymaga mocniejszej argumentacji, niż tylko wskazania, że udział taki pozostaje w sprzeczności (jak już zaznaczyłam) z istotą powołania lekarskiego.

Autorzy artykułu pozostawiają bez uzasadnienia swoją główną tezę, wdają się natomiast w jałowe rozważania, do jakiej granicy dane działanie jest dopuszczalne, a od jakiej staje się niedopuszczalną torturą. Dywagacje takie są jałowe z etycznego punktu widzenia, ponieważ na gruncie moralnym możemy jedynie ustalić jako zasadę, że wszelkie zadawanie cierpienia człowiekowi i poniżanie jego osobowej godności jest samo w sobie złe; nie da się natomiast ustalić ogólnej zasady etycznej, która stanowiłaby kryterium uznania konkretnego działania za dopuszczalne (nie-dopuszczalne). Mogą natomiast takie rozważania być zasadne na gruncie prawnym, ponieważ prawo musi stwarzać ramy dla działań praktycznych; jednak rozwiązania prawne nigdy nie obejmą wszystkich możliwych sytuacji i problemów, a więc osoba działająca musi zdobyć się na coś więcej niż tylko osądzenie, czy dane działanie jest

zgodne z zapisem kodeksowym, mianowicie powinna odwołać się do własnego sumienia. Kwestia ta zdaje się pozostawać poza zasięgiem świadomości autorów.

W tym momencie wyraźnie widać oczekiwanie autorów artykułu, że zapis prawny rozwiąże wszelkie problemy moralne. Pozostawiając niejako na uboczu ogólną kwestię moralnego przyzwolenia na udział lekarza w torturowaniu, przechodzą oni do problemu, jak w takiej sytuacji ma się zachować lekarz wojskowy, który pozostaje (zdaniem autorów) w sytuacji szczególnej: jako lekarza obowiązują go zasady etyki lekarskiej, a jako żołnierz jest zobowiązany do wykonywania rozkazów. Otóż należy wyraźnie powiedzieć, że nie jest to żadna sytuacja szczególna: lekarz wojskowy ma wykonywać w wojsku czynności właściwe lekarzowi. Bywa tak, że żołnierz odmawia wykonania rozkazu, który uznaje w swoim sumieniu za niedopuszczalny. Zazwyczaj chodzi o polecenie wykonania działań, które zdają się być z formalnego punktu widzenia zgodne z tym, czego wymaga się od żołnierza, szczególnie w sytuacji walki i zagrożenia, jednak dana osoba odczuwa sprzeciw swojego sumienia. Dla takich sytuacji również nie da się ustalić ogólnej zasady etycznej stanowiącej kryterium oceny – pozostaje ocena sumienia². Lekarz wojskowy nie jest pod tym względem osobą szczególną i on także powinien słuchać głosu własnego sumienia. Jego sytuacja jest nawet łatwiejsza, niż zwykłych żołnierzy. Mogą zachodzić dwie sytuacje. Pierwsza to ta, kiedy torturowanie jest w danym państwie bezwzględnie zakazane i zakaz ten dotyczy także armii. Jeżeli mimo to dowództwo wymaga od lekarza wojskowego udziału w torturowaniu, powinien on pójść za głosem własnego sumienia. Oczywiście wygodniej byłoby, gdyby wszystkie możliwe kodeksy zawierały wyraźny zapis, iż lekarz nie może uczestniczyć w torturowaniu i dotyczy to także lekarzy wojskowych. Wygoda polegałaby na tym, że lekarz nie musiałby czynić użytku z własnego sumienia, gdyż wystarczyłby mu zapis kodeksowy. Jednak kodeks nie zastąpi sumienia. Druga sytuacja to ta, kiedy torturowanie jest w określonych okolicznościach dopuszczane lub przynajmniej

2 Autorzy artykułu faktycznie nieświadomie to przyznają, wymieniając przykładowych przedstawicieli dwu przeciwstawnych stanowisk w kwestii, czy obowiązki wojskowe są nadrzędne wobec powinności medycznych lekarza wojskowego, czy odwrotnie. Sami jednak bez uzasadnienia zdają się przyjmować jako oczywistą nadrzędność powinności medycznych. Tymczasem problem jest głębszy i należy go widzieć w szerszym kontekście sytuacji moralnej żołnierza. Jeff McMahan argumentował, że ocena moralna działania żołnierza jest niezależna od oceny moralnej konkretnych działań wojskowych, a więc żołnierz może zachować postawę moralną nawet w ramach wojny niesprawiedliwej; zob. J. McMahan, *Killing in War*, Oxford University Press, New York 2009. Polemizował z nim Cheyney Ryan, kontrargumentując (z nieco pacyfistycznych pozycji), że w takim ujęciu żołnierz staje się amoralnym automatem; zob. Ch. Ryan, *Democratic Duties and the Moral Dilemmas of Soldiers*, *Ethics* 122, 1, 2011, pp. 10-42. Nie wolno więc arbitralnie przesądzać, co jest nadrzędną powinnością lekarza wojskowego, lecz należy wpiąć i uzasadnić charakterystykę moralną sfery działań militarnych. Problem udziału lekarza wojskowego w zadawaniu tortur należy więc oceniać jako element działań *stricte* wojennych, a nie wyłącznie jako problem moralny sam w sobie.

przyzwalane przez prawo. Lekarz wie wówczas, iż podejmując pracę w wojsku może otrzymać rozkaz uczestnictwa w torturach. A w takim razie nie powinien w ogóle pracy w wojsku podejmować albo zrezygnować z niej, jeśli to dopiero w czasie jego służby nastąpiła prawna akceptacja torturowania.

Autorzy artykułu faktycznie chcieliby uczynić z lekarzy grupę wyróżnioną, rodzaj kasty, której członkowie z uwagi na szczególną wrażliwość ducha i wyjątkowe zalety moralne znajdują się ponad zwykłymi ludźmi, nie uczestniczą w ich moralnych dylematach i rozterkach, a w swej działalności zawodowej nie muszą dokonywać wyborów, za które ponosiliby w swym sumieniu odpowiedzialność moralną. Jest to dalece niewłaściwe. Istota problemu zasadza się w tym, że niespotykane dotąd (przynajmniej w takiej skali) zagrożenie może wymusić na nas zmianę naszych postaw moralnych. Staniemy (właściwie już stanęliśmy) przed pytaniem, czy zagrożeniu ze strony ludzi posługujących się w walce przeciw nam środkami skrajnie niemoralnymi możemy przeciwstawiać się stosując wyłącznie środki moralnie dopuszczalne, czy jednak musimy uciec się do środków, które sami uznajemy za niemoralne. Lekarz jest takim samym członkiem społeczeństwa, jak ludzie innych zawodów; nie może więc uciec od problemów żywotnych dla społeczeństwa, w którym żyje. Tak jak cała reszta społeczeństwa, również społeczność lekarska będzie podzielona w swych postawach – jedni lekarze pozostaną w przekonaniu o bezwzględnej niemoralności tortur, inni uznają za swą powinność moralną pomagać ratować czyjeś życie nawet środkami niemoralnymi. Ci pierwsi mają możliwość odwołania się do klauzuli sumienia. Jednak klauzula sumienia nie powinna być rozumiana (choć niestety jest) tak, że dozwala ona lekarzowi odmówić wykonania czynności dozwolonej przez prawo, o czym wiedział decydując się na wybór danej specjalizacji. Właściwie rozumiana klauzula sumienia zabezpiecza lekarza przed koniecznością wykonania działań niezgodnych z jego sumieniem, nie czyni zaś z niego jednostki wyróżnionej³. Lekarz, któremu sumienie nie pozwala na dokonanie aborcji w sytuacji dopuszczalnej prawnie, nie powinien wybierać ginekologii jako swej specjalności, a przynajmniej nie podejmować pracy w klinice, w której dokonuje się aborcji; lekarz, któremu sumienie nie pozwala uczestniczyć w torturowaniu w sytuacjach wskazanych przez prawo, nie powinien podejmować pracy w wojsku. Problem szczególny powstaje, gdy lekarz jest przymusowo powoływany do wojska; sądzę, że w takiej sytuacji przysługuje mu prawo odmowy, ale też musi się liczyć z jej możliwymi konsekwencjami. Wszystkie te istotne kwestie

3 Zob. M. Nowacka, J. Kopania, *Czym jest sumienie, a czym być powinna klauzula sumienia*, *Kwartalnik Filozoficzny* XLII, 4, 2014, pp. 63-79

pozostają poza zasięgiem rozważań autorów artykułu.

Problemem głównym w artykule staje się natomiast zagadnienie kształtowania właściwej postawy moralnej w procesie edukacji medycznej. Autorzy bardzo mocno podkreślają, że z samej istoty profesji medycznej bierze się konieczność posiadania przez lekarza cnót takich, jak empatia, współczucie, troska, życzliwość czy odpowiedzialność. Dlatego w procesie edukacji medycznej nie można poprzestawać na zapoznawaniu przyszłych medyków z zasadami deontologii lekarskiej i ustaleniami prawnymi, lecz należy w nich kształtować owe cnoty. Autorzy artykułu chyba są świadomi, że oczekiwanie, iż da się te cnoty wykształcić w trakcie studiów medycznych, byłoby naiwnością, stąd ich uwaga kieruje się bardziej na dalszą drogę zawodową początkującego medyka. I w tym aspekcie autorzy zauważają, że absolwenci studiów medycznych często mają zbyt idealistyczne wyobrażenie swej przyszłej profesji, a praktyka kliniczna może u wielu powodować erozję ich postawy moralnej: „The moral ideals collide with medical reality”. Medyczna praktyka zawodowa zamiast rozwijać wskazane cnoty, przekształca je w trwałe nawyki, raczej wykształca nawyk przymykania oczu na zachowania nieetyczne.

Można by powiedzieć, że brutalne zderzenie ideału z rzeczywistością nie jest doświadczeniem wyłącznie absolwentów medycyny, choć warto by się zastanowić, dlaczego praktyka medyczna, która z istoty swej powinna wzmacniać postawy współczujące i moralnie wrażliwe, tak często prowadzi do moralnego zubożnienia, od czego już tylko krok do zachowań niemoralnych. Niestety taka refleksja jest w artykule nieobecna. Zamiast niej autorzy wysuwają (nie od siebie zresztą, lecz powołując się na innych) postulat, aby usilnie dążyć do uczynienia z lekarzy ludzi odważnych, dla których odwaga jest jedną z cnót: „It seems that it is the kind of courage that should be considered an important virtue of a medical doctor, because facing conflict situations is not a rare occurrence in his/her professional life”. Chodzi więc o to, aby lekarz miał odwagę wyrazić swój sprzeciw w sytuacji moralnego konfliktu. Autorzy nie wyjaśniają, ani na czym polegać ma takie wyrabianie odwagi w procesie studiów medycznych, ani dzięki czemu ma być ona podtrzymywana i wzmacniana w trakcie pracy zawodowej. Przede wszystkim zaś autorzy jedynie bezrefleksyjnie powtarzają za Amélie Oksenberg Rorty określenie odwagi moralnej jako zdolności do postępowania zgodnego z własnym przekonaniem moralnym w sytuacji, gdy postępowanie takie może grozić złymi konsekwencjami. Tak postawiony problem należy do psychologii, nie do etyki. Nie kwestionując potrzeby kształtowania silnej osobowości, warto jednak uświadamiać sobie, że lekarz (jak i każdy człowiek) może odważnie (czyli ryzykując negatywnymi dla siebie konsekwencjami) dokonywać czynów złych w przekonaniu, że są to czyny dobre. Autorzy artykułu zdają się nie

rozdzielić kształtowania osobowości od kształtowania sumienia⁴.

Nasuwa się pytanie, jak te rozważania nad właściwym kształtowaniem moralnym adeptów medycyny mają się do poprzednich rozważań nad właściwym stosunkiem lekarzy do praktyk torturowania. Artykuł składa się z dwu odrębnych części, nie powiązanych ze sobą żadnym wskazaniem na ciągłość problematyki, więc czytelnik może jedynie domyślać się, że główna teza artykułu głosi, iż lekarz powinien mieć odwagę sprzeciwić się wszelkim próbom uwikłania go w praktyki torturowania. Ostatni akapit artykułu składa się z sześciu zdań, z których pierwsze głosi, iż wyzwanie, przed którym staje lekarz, w szczególności lekarz wojskowy, uwikłany w praktyki torturowania, jest wyzwaniem ekstremalnym, a ostatnie brzmi: „Surely medical doctor are not torturers”. A kim są lekarze? Autorzy nie wyjaśniają tego bliżej, a jedynie w przedostatnim zdaniu oznajmniają, że ich zamiarem było wykazanie, iż dzięki procesowi medycznej edukacji lekarze powinni uświadomić sobie nie tylko, kim są, lecz także, kim nie są.

Podsumujmy.

1. Cywilizacja nasza staje przed największym bodaj ze wszystkich dotychczasowych wyzwań moralnych. Zagrożenie naszego życia jest tak duże, iż większość społeczeństwa może uznać moralną dopuszczalność stosowania walce z terrorem, w sytuacjach skrajnych, środków niemoralnych. Autorzy artykułu w ogóle nie uwzględniają tego kontekstu.
2. Lekarze są członkami społeczeństwa na równi z innymi grupami społecznymi. Nie mogą zatem przysługiwać im jakieś specjalne przywileje zwalniające ich z konieczności dokonywania rozstrzygnięć moralnych. Z uwagi na szczególny charakter ich profesji, społeczeństwo dało lekarzom szczególny przywilej, mianowicie prawo do klauzuli sumienia; nie po to jednak, aby ich zwolnić z podejmowania decyzji, lecz aby podejmowali oni decyzje biorąc za nie moralną odpowiedzialność. Autorzy artykułu problemu sumienia w ogóle nie uwzględniają i dlatego faktycznie czynią z lekarzy wyróżnioną kastę, zwolnioną na mocy prawa z obowiązku dokonywania rozstrzygnięć moralnych.

4 Raanan Gillon ukazuje, jak bardzo złożony i trudny jest problem skutecznego kształtowania sumienia, dobrego charakteru i prawości w procesie edukacji etycznej studentów medycyny. Na ogół lekarze są przeświadczeni, iż uzyskana w trakcie studiów wiedza etyczna okazuje się nieprzydatna w praktyce klinicznej. Gillon wskazuje, że to przeświadczenie bierze się przede wszystkim z faktu, iż wskazane cechy są rozmaicie rozumiane, a zatem „as soon as attempts are made to explain what is meant by these qualities the need for some sort of additional critical philosophical analysis becomes apparent”; R. Gillon, *Conscience, good character, integrity, and to hell with philosophical medical ethics?*, *British Medical Journal* 290, 18 May 1985, pp. 1497-1498.

- 3 Z etycznego punktu widzenia zarówno w procesie dydaktycznym, jak i w praktyce zawodowej chodzi o kształtowanie sumienia, a nie o kształtowanie osobowości. Autorzy artykułu faktycznie zakładają, że można u lekarza wykształcić jedyną właściwą (czyli wyznawaną przez autorów artykułu) postawę moralną, zabezpieczyć stosownymi aktami prawnymi możliwość realizacji przezeń tej postawy i uzdatnić go do sprzeciwu wobec tych, którzy skłaniają go do działań niezgodnych z tą jedyną właściwą postawą moralną. Konkluzja: w artykule ukazany został powierzchownie problem, ale ani nie została podana propozycja jego rozwiązania, ani nie został choćby wskazany kierunek, w jakim należałoby tego rozwiązania poszukiwać.

W odpowiedzi na polemikę Profesor dr hab. Marii Nowackiej pragniemy odnieść się do najistotniejszych zarzutów. W pierwszych akapitach Profesor Nowacka koncentruje się na kwestii zasadności tortur, zauważając, że „Uzasadnienie jest zawsze jedno: chodzi o wydobycie dzięki torturom informacji, które pozwolą ocalić wiele ludzkich istnień”. I choć wydaje się chwilami wątpić w skuteczność tortur, stwierdza, iż „rzeczywiście mogą być one [tortury] bardzo skutecznym narzędziem śledztwa”. Pozwalamy sobie potraktować te uwagi jako ironię ze strony Polemistki, zważywszy, że już XVII-wieczne „polowania na czarownice” wykazały, że torturowani niejednokrotnie gotowi są przyznać się do wszystkiego. Znanie są również wypowiedzi śledczych amerykańskich, którzy przyznawali, że najistotniejsze informacje uzyskali od zatrzymanych, zanim zastosowane zostały metody uznawane za tortury¹.

W dalszej części Profesor Nowacka stawia zarzut, że nie wyjaśniamy, czy uczestnictwo lekarzy w zadawaniu tortur, o którym mówi nasz artykuł, „należy rozumieć jako bezpośrednie działania (na co wskazywałyby podawane przykłady), czy tylko jako swoiste „doradztwo”, czy szerzej jako wszelkie działania, także typu badawczego”. Ten zarzut wydaje nam się jednak bezzasadny, gdyż wyraźnie określamy,

1 <http://www.nbcnews.com/storyline/cia-torture-report/senate-report-finds-cia-interrogation-tactics-were-ineffective-n264621> [30.11. 2016].

iż mówimy o sytuacji, w której lekarze aktywnie uczestniczyli w zadawaniu oraz monitorowaniu tortur, a także brali udział w nieetycznych eksperymentach: „they [doctors] actively participated in performing and monitoring it. Moreover, they got engaged in unethical research on human subjects”.

Obszerny fragment polemiki Autorka poświęca sposobowi używania przez nas terminu „pacjent”, zarzucając, że stosujemy go „w zbyt szerokim zakresie”. Odnosząc się do tego zagadnienia, chciałybyśmy zauważyć, że przedstawiając tzw. scenariusz tykającej bomby, podkreślamy, że jest to sytuacja, w której nie mamy do czynienia z relacją lekarz-pacjent, a zatem osoba torturowana nie jest pacjentem, nawet jeśli w torturach bierze udział lekarz: „it is possible to imagine a situation when somebody who is a medical doctor by training is involved in torture in the ‘ticking bomb scenario’ in which many human beings are at stake, and the doctor is not engaged in the doctor-patient relationship with the individual who undergoes torture. In that case, the doctor should not present herself/himself as a care-giver to the subject of the torture the doctor is involved in”.

Krytykując nasz tekst, Profesor Nowacka jest zdania, iż umyka nam „z pola widzenia sama istota problemu”, gdyż nie formułujemy wyraźnie tezy, iż „działanie lekarza na szkodę drugiego człowieka z wykorzystaniem wiedzy medycznej jest niemoralne”. Ta uwaga wydaje nam się niesłuszna, w artykule podkreślamy bowiem, że działanie takie jest niezgodne z pierwotną naturą medycyny jako sztuki leczenia: „because primordial nature of medicine as the art of healing the highest measures should be undertaken to prevent the usage of medical doctors’ skills and knowledge in torture”.

W swojej polemice Profesor Nowacka stwierdza, że „zarówno w USA, jak i w Europie coraz większe staje się przyzwolenie społeczne na ich [tortur] stosowanie w sytuacji konieczności”, zatem „należy zakładać, że skoro coraz więcej ludzi skłonnych będzie akceptować stosowanie tortur w sytuacjach skrajnych, to również jakaś część lekarzy uzna to za dopuszczalne, a nawet za swoją powinność”, a także „Co więcej, można oczekiwać, że prędzej czy później kwestia ta zostanie uregulowana odrębnym aktem prawnym, co społeczeństwo w większości zaakceptuje”. Badania amerykańskiej opinii publicznej rzeczywiście wskazują na rosnące przyzwolenie dla stosowania tortur², jednak naszym zdaniem nie przesądza to o ich zalegalizowaniu. O prawie stanowionym decyduje więcej czynników niż tylko opinia publiczna, o czym świadczy chociażby prawo dotyczące kary śmierci czy aborcji.

2 R. Gordon, *Mainstreaming Torture. Ethical Approaches in the Post-9/11 United States*, Oxford, Oxford University Press 2014.

Prowadząc obszernie rozważania dotyczące zakładanej w niedalekiej przyszłości dopuszczalności tortur, Profesor Nowacka stwierdza, że „Problem moralnej oceny i dopuszczalności uczestnictwa lekarza w torturowaniu musi być rozważany przy założeniu, że w danym kraju istnieje prawne przyzwolenie na stosowanie tortur w określonych sytuacjach i z określonych względów, a zarazem przyzwolenie to nie jest wykluczające w stosunku do lekarzy. Autorzy zdają się milcząco to założenie przyjmować”. Kwestia stosowania tortur w określonych sytuacjach i z określonych względów jest przez nas analizowana jako, wspomniany powyżej, „scenariusz tykającej bomby”. Nie rozumiemy jednak, na czym Profesor Nowacka opiera konstatację, że prowadzimy rozważania przy milczącym założeniu prawnej dopuszczalności tortur w danym kraju, skoro odnosząc się do wspomnianego scenariusza, piszemy, że w tym wypadku może dojść do pogwałcenia obowiązującego prawa: „The ticking bomb case refers to the circumstances “where it reasonably appears necessary to avert a greater and imminent harm” even at the cost of violation of the law and producing some harm”.

W tym miejscu chciałybyśmy odpowiedzieć też na inny zarzut, a mianowicie, że w swoich rozważaniach nie wspominamy o klauzuli sumienia. Pojęcie sumienia jest niedookreślone – jest to opinia zarówno autorów Stanowiska Komitetu Bioetyki przy Prezydium PAN³, jak i przywoływanego przez Profesor Nowacką Ranaana Gillona⁴. Jednak klauzula sumienia jest znacznie ściślej zdefiniowana i rozumiana jako prawo „do odmowy wykonania legalnej procedury medycznej”⁵. Dlaczego to nie klauzulę sumienia, lecz odwagę uznaliśmy za właściwy punkt odniesienia? W każdym kontekście prawnym obrona ideałów etycznych może wymagać odwagi. Pojęcie klauzuli sumienia niewiele, naszym zdaniem, wnosi do tej dyskusji, gdyż w pewnych warunkach politycznych właśnie odwoływanie się do niej może być wyrazem oportunistów. Jako przykład mogą posłużyć polskie przypadki zasłaniania się klauzulą sumienia przy odmowie skierowania na badania prenatalne lub przeprowadzenia aborcji zgodnej z obowiązującym w Polsce prawem. W artykule zauważamy, że dziś lekarze działają często w trudnych, złożonych środowiskach, gdzie obowiązki wobec pacjentów pozostają w sprzeczności ze zobowiązaniami wobec różnych instytucji: „medicine is nowadays practiced in a complex social

3 Komitet Bioetyki przy Prezydium Polskiej Akademii Nauk, Stanowisko KB nr 4/2013 z dnia 12 listopada 2013 roku w sprawie tzw. klauzuli sumienia.

4 R. Gillon, *Etyka lekarska. Problemy filozoficzne*, przeł. A. Alichniewicz, A. Szczęsna, Warszawa, Wydawnictwo Lekarskie PZWL 1997, pp. 39–41.

5 Komitet Bioetyki przy Prezydium Polskiej Akademii Nauk, Stanowisko KB nr 4/2013 z dnia 12 listopada 2013 roku w sprawie tzw. klauzuli sumienia.

and political framework, the duties towards patients may be incompatible with the obligations towards medical institutions or research teams, or the demands of the policy makers, etc.”. Podkreślamy też, że konflikt ten jest szczególnie trudny w wypadku lekarzy wojskowych: “a military doctor is in a special position being both a physician and a military officer, which can lead to moral distress, that is a situation when somebody feels restrained from doing what he/she recognizes as morally right”. Jednocześnie raport, który stanowi punkt wyjścia naszej refleksji, wspomina, że niektórzy lekarze wyrażali wątpliwości, czy powinni uczestniczyć w programie tortur, jednak ostatecznie niechętnie na to przystawali: “As it is known from the report, some of them tried to express their doubts and hesitations concerning their involvement in the program, but eventually condoned it”. Przypuszczamy więc, że zabrakło im odwagi, by konsekwentnie przeciwstawić się zaangażowaniu w działania pozostające w sprzeczności z powinnościami lekarza.

Profesor Nowacka zarzuca nam, że nie uzasadniamy tezy, którą Jej zdaniem *implicitie* głosimy, tzn., że tortury są bezwzględnie niedopuszczalne. Nie czułyśmy się w obowiązku uzasadniać tej tezy, gdyż jej nie sformułowaliśmy. Przeciwnie, już na początku artykułu zastrzegamy, że będziemy się zajmować wyłącznie kwestią udziału lekarzy w torturach: „Our point is not to discuss the problem whether torture should be absolutely banned or whether there is a scenario in which torture is justifiable. Noting this problem, we are not going to address it on a general level, because it would go beyond the scope of our paper”.

Odpowiadając na kolejny zarzut Polemistki, odnoszący się do etycznej jałowości przypisywanych nam dywagacji na temat definicji tortur, pragniemy zauważyć, że Profesor Nowacka opiera swoją ocenę na następujących przesłankach: 1) w swoim artykule prowadzimy rozważania dotyczące tego, „do jakiej granicy dane działanie jest dopuszczalne, a od jakiej staje się niedopuszczalną torturą”; 2) podczas gdy „na gruncie moralnym możemy jedynie ustalić jako zasadę, że wszelkie zadawanie cierpienia człowiekowi i poniżanie jego osobowej godności jest samo w sobie złe”. Nie rozumiemy tego zarzutu, gdyż w istocie w naszym tekście przedstawiamy pogląd identyczny z drugą przesłanką argumentu Autorki polemiki. Dostrzegając, że nie wszystkie opisane w Raporcie praktyki równają się torturom, a co więcej, konstatując brak zgody co do samej definicji tortur, stoimy jednak na stanowisku, że zachowanie lekarzy jako postępowanie upokarzające i wręcz nieludzkie było bez wątpienia złe: „It could be argued that rectal rehydration and rectal force-feeding do not amount to torture. Thus, the question that arises is what actually is meant by the notion of torture; there is no *consensus* what level of intentionally inflicting physical or mental suffering constitutes torture; It is rather obvious that

not every humiliating treatment should be qualified as torture, and one might say that although a harsh practice, neither rectal rehydration nor rectal force-feeding constitutes torture; even if not torture, it is bad enough; this was unquestionably a degrading and inhuman treatment”.

Nie zgadzamy się też z przypisywaniem nam oczekiwania, że „zapis prawny rozwiąże wszelkie problemy moralne”, oraz że nie chcemy „pozostawiać decyzji etycznych indywidualnemu sumieniu lekarza, lecz [życzyłybyśmy] sobie, aby stosowna ustawa, kodeks czy deklaracja ustalała reguły obowiązujące wszystkich medyków bez wyjątków”. Wprost przeciwnie – piszemy, że formowanie postaw etycznych studentów medycyny i młodych lekarzy nie może polegać jedynie na zaznajamianiu ich z deontologicznymi i prawnymi ramami zawodu: „The ethical formation of medical students and young doctors cannot be based solely upon the recognition of deontological and legal frameworks of their profession”.

Odnosimy wrażenie, że Autorka polemiki nie dostrzega, iż druga część naszego artykułu dotyczy poszukiwania przyczyn opisywanego przez nas zjawiska i że koncentruje się na studentach medycyny. Dlatego zadziwia nas, że Profesor Nowacka twierdzi, iż nasza uwaga „kieruje się bardziej na dalszą drogę zawodową początkującego medyka” oraz przypisuje nam opinię, że „absolwenci studiów medycznych często mają zbyt idealistyczne wyobrażenie swej przyszłej profesji, a praktyka kliniczna może u wielu powodować erozję ich postawy moralnej”. Nieco dalej Profesor Nowacka stawia zarzut: „warto by się zastanowić, dlaczego praktyka medyczna, która z istoty swej powinna wzmacniać postawy współczujące i moralnie wrażliwe, tak często prowadzi do moralnego zubożenia, od czego już tylko krok do zachowań niemoralnych. Niestety taka refleksja jest w artykule nieobecna”. Pozwalamy sobie zauważyć, że: po pierwsze, ta część naszych rozważań dotyczy studentów, a nie absolwentów medycyny, o czym świadczą następujące sformułowania: „from the very beginning of their education medical students”; „the only opportunities for medical students”; „At the beginning of their clinical training medical students”; po drugie, przyczyny ich moralnego zubożenia poddajemy dość obszernej analizie (fragment zaczynający się od: „Many students enter the medical school with quite an idealistic view.”). W kontekście tych rozważań odnosimy się do odwagi jako istotnej cnoty moralnej, która powinna kształtować się w trakcie studiów medycznych. Zarysowujemy również możliwą drogę jej rozwijania poprzez praktykowanie nawyku reagowania w sytuacjach etycznie trudnych, nawet jeżeli może to narazić studentów na negatywne konsekwencje („hostile response from their mentors”) oraz zagrozić ich ocenom i przyszłej karierze zawodowej („their grades and future medical career”).

Pragniemy również podkreślić, że nasze rozważania dotyczące rozwijania odwagi u studentów medycyny nie odnoszą się do kwestii psychologicznych, czy do „kształtowania silnej osobowości”, jak sugeruje Profesor Nowacka, lecz do budowania ważnej, naszym zdaniem, cnoty moralnej, w sposób zgodny ze współczesną etyką cnót, nawiązującą do etyki Arystotelesa. W takim też kontekście i sensie pisze o odwadze Amélie Oksenberg Rorty w eseju, z którego pochodzi przytoczona przez nas definicja.

Ponieważ Profesor Nowacka zarzut swój wspiera odwołaniem do Gillona, spróbujemy odpowiedzieć na niego, również sięgając do tego autora. W rozdziale „Sumienie, dobry charakter, prawość i do diabła z całą tą filozoficzną etyką lekarską?”, czyli w rozwinięciu artykułu, na który powołuje się Autorka polemiki, Gillon nie tyle „ukazuje, jak bardzo złożony i trudny jest problem skutecznego kształtowania sumienia, dobrego charakteru i prawości w procesie edukacji etycznej studentów medycyny”, ile udowadnia, że w etyce lekarskiej nie można się „obyć bez filozofii moralności”⁶. Jesteśmy zdania, że szczególnie pomocna dla “badania założeń i celów postępowania lekarskiego”⁷ w aspekcie moralnym jest etyka cnót, dlatego uczyniłyśmy ją podstawą naszych rozważań.

6 R. Gillon, dz. cyt., p. 40.

7 Tamże, p. 42.

