

Alicja Przyłuska-Fiszer

BIOETYKA A PROBLEMY METODOLOGICZNE ETYKI

Rozważania bioetyczne na temat moralnych i filozoficznych problemów współczesnej wiedzy medycznej i biologicznej, a także ich możliwych zastosowań praktycznych, wymagają odwołania się do bardziej ogólnej teorii etycznej, wskazania konkretnych kryteriów pozwalających na ocenę pewnych działań jako słuszne lub niesłuszne, uzasadnienia, dlaczego powinno się postępować w taki, a nie w inny sposób oraz ukazania wartości, którym te działania służą. Jeśli etyka ma pomóc medycynie w rozwiązywaniu praktycznych problemów moralnych, to powinna dostarczyć podstaw teoretycznych do analizowania i rozstrzygania tych kwestii. Biorąc pod uwagę problemy metodologiczne, przed jakimi stoi współczesna etyka, bioetyka jawi się nie tylko jako dziedzina o olbrzymim znaczeniu praktycznym, ale także o doniosłym znaczeniu teoretycznym.

Model deduktywistyczny etyki zakłada, że sąd moralny jest wtedy uzasadniony, jeśli wynika z koniunkcji ogólnych reguł i zasad etycznych oraz zdań opisujących fakty. Sąd moralny jest zatem zastosowaniem reguły do danego przypadku. Problem polega jednak na tym, że nie ma jednej ogólnie akceptowanej teorii etycznej, która mogłaby służyć jako podstawa do rozważania problemów moralnych medycyny. Dysponujemy natomiast kilkoma rywalizującymi ze sobą teoriami etycznymi, które wywodzą się z różnych założeń pierwotnych, przyjmują inne kryteria oceny moralnej i inaczej oceniają ewentualne wyjątki od postulowanych reguł etycznych. Zastosowanie tych teorii do rozstrzygania problemów praktycznych wyraźnie pokazuje, że różnice pomiędzy nimi nie sprowadzają się jedynie do odmiennego wyjaśniania podstaw myślenia etycznego, ale prowadzą także do zajęcia innych, niekiedy całkiem odmiennych stanowisk moralnych. Czy mamy jakieś racjonalne podstawy, aby wybrać jeden z konkurencyjnych systemów etycznych? A jeśli nie jest to możliwe, to czy etyka normatywna jest w ogóle potrzebna do praktycznego rozstrzygania problemów moralnych? Czy rozważania etyczne nie są arbitralnym moralizowaniem, które nikomu i niczemu nie służy, pomijając samozadowolenie samych etyków? Innymi słowy – czy uprawianie etyki normatywnej ze świadomością pluralizmu wartości i różnorodności teorii etycznych ma w ogóle jakikolwiek naukowy i praktyczny sens? Nie zamierzam pokusić się

o rozstrzygnięcie tak istotnych problemów w odniesieniu do wszelkich rozważań etycznych. Zamierzam natomiast rozważyć te kwestie w odniesieniu do bioetyki, jako przykładowej dziedziny etyki stosowanej.

Neopozytywistyczna krytyka etyki normatywnej jako dyscypliny filozoficznej, która nie spełnia kryteriów naukowego myślenia, oraz rozwój samowiedzy metodologicznej etyki, dokonujący się w obrębie metaetyki, doprowadziły do sceptycznych wniosków na temat możliwości uprawomocnienia czy też uzasadnienia sądów normatywnych, czyli sądów o powinnościach moralnych, obowiązkach i wartościach. XX-wieczna etyka przesunęła zakres swoich zainteresowań badawczych w stronę etyki deskryptywnej, do której rozwoju przyczyniły się prowadzone przez antropologów kulturowych badania systemów moralnych różnorodnych społeczeństw i ludów pierwotnych. Badacze zaprzętały także problemy metodologiczne etyki, a od wyników rozważań metaetycznych uzależniano dalsze postępy w etyce normatywnej. Nie oznacza to oczywiście, że etycy nie próbowali i nie próbują dalej budować i uzasadniać swoich teorii czy koncepcji etycznych. Każda taka propozycja musi się jednak zmierzyć z problemem relatywizmu metodologicznego i aksjologicznego.

Zgodnie z szeroko akceptowaną tezą relatywizmu metodologicznego wszelkie uzasadnienie norm moralnych ma charakter względny. Normy można uzasadnić przez wywiedzenie ich z koniunkcji zdań zawierających ogólną przesłankę normatywną i zdania opisującego istotne fakty (sylogizm praktyczny). Argumentacja na rzecz stanowiska relatywizmu metodologicznego jest następująca¹:

- a) ocenom i normom nie przysługuje wartość logiczna;
- b) każdy system etyczny opiera się na pewnych założeniach pełniących rolę aksjomatów;
- c) przyjmowane przez różne systemy etyczne naczelne założenia są w tej samej sytuacji metodologicznej, nie można ich uzasadnić, można je zaakceptować bądź odrzucić;
- d) etyka nie dysponuje żadnym obiektywnym naukowym kryterium prawdy, które mogłoby zdecydować o wyborze jakiegoś systemu.

Relatywizm metodologiczny skłania wielu filozofów do akceptacji relatywizmu aksjologicznego, tzn. uznania wszystkich systemów etycznych za jednakowo dobre. Wydawałoby się, że etyka znalazła się tym samym w sytuacji bez wyjścia. Nie może ani uzasadnić swoich pierwszych norm, ani znaleźć dla nich podstawy ontologicznej – sądów wartościujących nie można bowiem wyprowadzić z sądów o faktach. Być może etyk powinien ograniczyć się tylko do krytyki immanentnej, wewnętrznej, dotyczącej spójności danego systemu. Hans Reichenbach w *Powstaniu filozofii naukowej* pisał „Jeśli spotkacie filozofa, który powie wam, że odkrył prawdę ostateczną, nie wierzcie mu. Jeżeli powie wam, że wie, czym jest najwyższe dobro, lub że może dowieść tego, że dobro stanie się rzeczywistością, nie wierzcie mu. Człowiek taki powtarza bowiem błędy, które czy-

¹ I. Lazari-Pawłowska *Relatywizm etyczny*, w: *Etyka. Pisma wybrane*, Wrocław 1992, s. 112.

nili jego poprzednicy przez dwa tysiące lat. Czas wreszcie położyć kres takiej filozofii”².

Zagadnienia bioetyki wyostrzyły ten problem, unaocznily opinii publicznej, jak bardzo etycy mogą się różnić w głoszonych przez siebie poglądach. Przekonać się o tym może każdy, kto przeanalizuje i porówna wnioski płynące np. dla praktyki poradnictwa genetycznego z prac etycznych pisanych z różnych perspektyw teoretycznych, jak np. protestanckiej doktryny wierności Pismu³, agapizmu czyli sytuacjonizmu chrześcijańskiego⁴, katolickiej doktryny prawa naturalnego⁵, utilitaryzmu preferencji⁶, czy też totalnego utilitaryzmu nakazującego brać pod uwagę dobro wszystkich, a nie tylko istniejących istot⁷. Prace poświęcone etyce medycznej powinny więc zawierać nie tylko uzasadnienie stanowiska normatywnego autora w danej kwestii, ale także tłumaczyć, dlaczego wybrał on taką, a nie inną perspektywę badawczą.

Model „etyki stosowanej” nie wyczerpuje możliwych metod refleksji bioetycznej. Druga metoda uprawiania bioetyki polega na analizie konkretnych, wzbudzających kontrowersje przypadków medycznych i próbie ukazania konfliktu od strony teoretycznej oraz opisanie go w języku wartości. Tzw. „etyka kliniczna” zakłada wewnętrzną perspektywę relacji lekarz–pacjent i wychodzi od realnej sytuacji podejmowania decyzji medycznych. Na tym poziomie rozważań mamy do czynienia bądź z etyką kazuistyczną, która nie ma ambicji tworzenia systemu etycznego i obstaje przy nadrzędności przypadków i sądów szczegółowych w analizach etycznych, bądź z próbą budowania indukcyjnego modelu uzasadniania w etyce, przejścia od analizy poszczególnych przypadków medycznych do formułowania na podstawie ich oceny bardziej ogólnych sądów.

Indukcyjny model uzasadniania w etyce narażony jest jednak także na poważne zarzuty metodologiczne. Przeciwnicy zarzucają mu przede wszystkim brak kryteriów oceny uznając, że nie wystarcza odwołanie się do sądów szczegółowych, indukcji i wnioskowania przez analogię⁸. Model ten podważa także akceptowany dotychczas paradygmat postrzegania podmiotów moralnych jako autonomicznych, niezależnych, racjonalnych i pozbawionych jakiegokolwiek indywidualności jednostek.

Bioetyka stanowi więc, jak widać, wyzwanie dla etyki. Refleksja bioetyczna ujawniła potrzebę stworzenia nowych teoretycznych modeli pozwalających na podejmowanie decyzji w konfliktowych sytuacjach i praktyczne rozstrzygnięcie dyskusji dotyczących świata wartości. Możliwość znalezienia w tradycji filozofii

² H. Reichenbach *O istocie ocen i norm moralnych*, w: I. Lazari-Pawłowska (red.), *Metaetyka*, Warszawa 1975, s. 111–112.

³ P. Ramsey *Fabricated Man, The Ethics of Genetic Control*, New Haven and London 1970.

⁴ J. Fletcher *The Ethics of Genetic Control, Ending Reproductive Roulette*, Buffalo, New York 1988.

⁵ T. Ślipko *Granice życia. Dylematy współczesnej bioetyki*, Warszawa 1988.

⁶ P. Singer *O życiu i śmierci – upadek etyki tradycyjnej*, Warszawa 1997.

⁷ R. Chadwick (red.), *Ethics, Reproduction and Genetic Control*, London and New York 1990.

⁸ T.L. Beauchamp, J.F. Childress *Zasady etyki medycznej*, Warszawa 1996.

moralnej poważnych argumentów na rzecz odmiennych rozwiązań wielu istotnych dla etyki medycznej sporów doprowadziła niektórych etyków do sceptycznych wniosków na temat praktycznej przydatności filozofii i etyki do rozstrzygnięcia dylematów etycznych⁹. Jeśli sądzimy, że każda orientacja moralna posiada własne racje filozoficzne i winniśmy okazywać taki sam szacunek różnym systemom etycznym, ponieważ każdy z nich jest równie uzasadniony¹⁰, to podważamy tym samym praktyczne znaczenie rozważań etycznych w medycynie i potwierdzamy tezę, że bioetyka stanowi próbę zastąpienia arbitralności medyków arbitralnością etyków. Do podobnego wniosku prowadzi przekonanie, że spory filozoficzne są z natury nierozstrzygalne i dlatego „z punktu widzenia praktycznego procesu legislacyjnego adoptowanie jakichkolwiek stanowisk z tej sfery ma charakter przyjmowania pewnego momentu arbitralnego, a mianowicie pewnego apodyktycznego autorytetu intelektualnego i jako takie oznacza ideologizowanie dyskusji praktyczno-prawnej”¹¹.

Problem ten rozważał już Henryk Jankowski w artykule *Kłopoty z uzasadnianiem* podejmując kwestię teoretycznej i praktycznej sensowności dokonywania oceny prawa z punktu widzenia jakiejś siatki wartości¹². Pytając o to, czy próba etycznej oceny prawa nie jest nieuprawnionym umacnianiem własnego stanowiska poprzez stwarzanie pozorów rzeczowej argumentacji, polegającej w rzeczywistości na zastąpieniu arbitralności prawników arbitralnością etyków, postawił problem możliwości racjonalnego uzasadnienia wyboru pomiędzy różnymi systemami norm. Zgodnie ze stanowiskiem emotywistów, wybór systemu wartości może być dokonany tylko w sposób arbitralny i nie może podlegać kryteriom formalno-logicznym. Jednakże zgoda co do tego, że postulaty moralne można uzasadniać tylko w sposób względny, poprzez wskazanie ich związku z najogólniejszymi założeniami jakiegoś systemu aksjologicznego, natomiast owe najogólniejsze założenia wartościujące nie podlegają uzasadnieniu, nie zmusza nas zarazem do przyjęcia tezy, że „wszelkie zabiegi uzasadniające nie mogą spełnić żadnej innej funkcji, jak tylko funkcję wpływania na postawę i że pozbawione są wszelkiej racjonalności, skoro nie odpowiadają schematom logiki formalnej”¹³. Racje, jakie podaje autor na rzecz swojego stanowiska, są następujące.

Po pierwsze, rozumienie pojęcia racjonalności jako zgodności ze schematami formalno-logicznymi nie jest wcale powszechne w literaturze przedmiotu, a ponadto jest sprzeczne z potocznymi intuicjami moralnymi. Po drugie, alternatywą formalno-logicznego uzasadnienia nie jest wybór arbitralny, lecz szeroko rozumiane uzasadnianie polegające na podaniu „dobrych racji” na rzecz racjonalne-

⁹ A. MacIntyre *Jak zalety moralne stają się występkami*, „Znak” 1976, nr 284, s. 183–197.

¹⁰ M. Wichrowski *Dylemat moralny w bioetyce*, „Medicus” 1993, t. 2, nr 1, s. 21.

¹¹ J. Hartman *Metafizyczna czy pragmatyczna podstawa dla rozstrzygnięcia problemów bioetycznych?*, „Edukacja Filozoficzna” 1999, t. 27, s. 68.

¹² H. Jankowski *Kłopoty z uzasadnianiem*, I. Lazari-Pawłowska (red.), *Metaetyka*, Warszawa 1975, s. 447–462.

¹³ *Ibidem*, s. 453.

go wyboru. „I tak – na przykład zdaniem Ossowskiej – niezależnie od poglądu na charakter ocen i norm, wolno nam przyjąć, że lepsze są oceny i normy motywowane czy uzasadniane przez przekonania prawdziwe niż przez przekonania fałszywe, że lepsze są oceny jakiejś sytuacji, gdy ta sytuacja jest dokładnie znana, niż gdy jej znajomość jest tylko powierzchowna, że lepsze są normy, które służą celom, dla których się je sformułowało, niż normy, które nie są celowe”¹⁴. Po trzeciej, dokonana z pozycji etyki analitycznej krytyka stanowiska emotywizmu zaowocowała licznymi próbami poszukiwania i sprecyzowania owych „dobrych racji” na rzecz wyboru określonego systemu. Po czwarte, nawet jeśli system moralny nie może być racjonalnie uzasadniony, to odwoływanie się do niego przy ocenie prawa jest celowe, ponieważ pozwala na zastąpienie intuicyjnych odczuć przez jasno wyłożoną siatkę wartości. Ideał nauki pozbawionej jakichkolwiek założeń, w tym założeń aksjologicznych, jest coraz częściej podawany w wątpliwość. W doktrynach filozofii prawa nie kwestionowano nigdy związku prawa i moralności. Dotyczy to nie tylko prawa międzynarodowego, lecz też różnych systemów prawa obowiązujących w poszczególnych państwach. Jeśli jednak nie jest możliwe wyeliminowanie z nauk teoretycznych, a tym bardziej praktycznych, założeń aksjologicznych, to jasne sprecyzowanie tych wartości tym bardziej uznać należy za zadanie celowe i sensowne.

Jednym z założeń nauk praktycznych jest, jak wiadomo, to, że mają one służyć jakiemuś celowi. Jankowski zauważa, że w niektórych naukach praktycznych założenia te nie mogą być przyjęte dowolnie, lecz muszą być zdeterminowane co do swojej treści. Przykładem są nauki medyczne, które powinny uznawać wyższość zdrowia nad chorobą. „Mógłby ktoś stwierdzić, że założenie takie w odniesieniu do medycyny polega jednak na arbitralnym przyjęciu hierarchii wartości, bowiem znane były przypadki wykorzystywania medycyny w celach sprzecznych w owym założeniu. Wydaje się wszakże, że takie użycie terminu „arbitralność” byłoby całkowicie sprzeczne z jego znaczeniem. Hierarchia wartości związana z naukami medycznymi wynika z funkcji społecznej, jaką te nauki pełnią. Dlatego też przypadki wykorzystania medycyny w celach sprzecznych z jej społeczną funkcją, a także z jej hierarchią wartości, spotykały się z jak najbardziej ostrym potępieniem właśnie ze względu na to, iż stanowiły pogwałcenie owej powszechnie przyjętej reguły”¹⁵.

Relatywizm metodologiczny nie musi więc prowadzić do moralnego indyferentyzmu. Z faktu, że w zależności od uznawanych przez nas wartości możemy bronić konkurencyjnych systemów etycznych, nie mając przy tym żadnej obiektywnej miary, która zasługiwałaby na miano kryterium, nie wynika, że nie wolno nam poszukiwać prawdy w etyce i że powinniśmy w ogóle zarzucić myśl o możliwości istnienia etyki normatywnej. Jeśli jednak chcemy uniknąć „ocierającego się o nihilizm sceptycyzmu moralnego”, z jednej strony, i nie popaść w „samozwań-

¹⁴ M. Ossowska *Podstawy nauki o moralności*, Warszawa 1966, s. 169.

¹⁵ H. Jankowski *Kłopoty z uzasadnianiem*, *op. cit.*, s. 460–461.

czy rygoryzm moralny” – z drugiej¹⁶, przedstawiając własne sądy moralne jako bezstronne twierdzenia etyczne, to musimy stanąć przed problemem uzasadnienia i podjąć kwestię bezstronnej i neutralnej argumentacji moralnej. Oznacza to tym samym rezygnację z postulowania racji określonego stanowiska normatywnego i określonej teorii etycznej.

Ważności rozważań na temat istoty argumentacji etycznej broni wielu wybitnych filozofów. Zdaniem Perelmana, argumentacja jest techniką stosowaną w toku sporu moralnego, pozwalającą skrytykować lub usprawiedliwić jakiś pogląd, postawić i odeprzeć ewentualne zarzuty oraz przedstawić racje. Argumentacja jest ważna i w toku dyskusji, i w toku rozważań etycznych, i po to, by kogoś przekonać, i po to, by coś komuś wyperswadować, potrzebna jest do podania racji za i przeciw jakiemuś stanowisku oraz do usprawiedliwienia podjętej decyzji, dotyczącej np. zaniechania jakiegoś działania lub jego podjęcia. „To argumentacja właśnie stwarza podstawy logiki działania, logiki sądów wartościujących, czego tak brakowało w filozofii pierwszej połowy XX wieku, zmuszonej – wobec przyjęcia nazbyt wąskiego sposobu pojmowania logiki – do wahań między absolutyzacją a sceptycyzmem, między irracjonalizmem a pozytywizmem, stanowiskami odbiegającymi w ich skrajnościach od tego, co rozsądne”¹⁷.

Myślę, że bioetyka, ze względu na swoje olbrzymie znaczenie społeczne, może stać się, jeśli już nie jest, poligonem badawczym dla „sprawdzenia” czy – jak mówią niektórzy – przetestowania zarówno różnych koncepcji normatywnych, jak też wykorzystania teorii argumentacji do stworzenia różnych modeli praktycznego rozstrzygnięcia konfliktów moralnych. Powinniśmy, jak sądzę, wyróżnić dwa, często nakładające się na siebie, plany rozważań etycznych. Z jednej strony jest to perspektywa klasycznej, jak można by rzec, etyki normatywnej, którą oskarża się o arbitralne przyjmowanie założeń aksjologicznych i normatywnych oraz uzurpowanie sobie prawa do jednoznacznego rozstrzygnięcia bardziej złożonych zagadnień etycznych. Istotnie, czytając niektóre dzieła z zakresu etyki medycznej pisane z perspektywy katolickiej etyki prawa naturalnego, klasycznego utilitaryzmu, utilitaryzmu preferencji czy też etyki feministycznej, można czasem odnieść wrażenie, że ich autorzy nigdy nie zetknęli się bądź nie przemyśleli żadnych zarzutów metodologicznych wysuwanych wobec klasycznych systemów etycznych. W tym sensie cytowana na początku uwaga Reichenbacha jest nadal aktualna. Z drugiej strony jest to perspektywa etyki, nazwijmy ją, postmetaetycznej, która wykorzystuje cały arsenał wiedzy metaetycznej do określenia metodologicznych podstaw własnego stanowiska, pozwalających na sformułowanie możliwości rozwiązania danego problemu, wytyczenia zakresu koniecznych rozważań, przeprowadzenia analizy pojęciowej itp. Myślę, że te dwie perspektywy ba-

¹⁶ J. Hołówka *Wstęp*, w: B. Brandt *Etyka. Zagadnienia etyki normatywnej i metaetyki*, tłum. B. Stanosz, Warszawa 1996, s. XI–XXXIII.

¹⁷ Ch. Perelman *Usprawiedliwienie norm*, w: I. Lazari-Pawłowska (red.), *Metaetyka, op. cit.*, s. 186–187.

dawcze powinno się wyraźnie oddzielić, ponieważ niedostrzeżenie różnicy pomiędzy nimi, a także zacieranie tych różnic jest powodem pewnych istotnych nieporozumień i prowadzi do zbyt pochopnych uogólnień, które mogą rzutować na status metodologiczny bioetyki jako dyscypliny naukowej, uprawianej w sposób metodologicznie poprawny.

Najbardziej znaczącą i wpływową pracą podejmującą w literaturze bioetycznej kwestię podstaw etyki medycznej i problem uzasadnienia norm moralnych są *Zasady etyki medycznej* napisane przez Toma Beauchampa i Jamesa Childressa¹⁸. Myślę, że w świetle postulowanej przez Brandta metody kontrolowanej postawy jako standardowej metody myślenia etycznego¹⁹ przedstawiona przez tych autorów próba połączenia moralności potocznej z teorią zasad oraz nadanie etyce postaci modelu koherencyjnego zasługuje na szczególną uwagę.

Autorzy odrzucają zarówno tezę relatywistów głoszącą, że różne teorie etyczne prowadzą do równoprawnych systemów moralnych, jak i wyrażany przez niektórych filozofów pogląd, że podstawowe zasady najważniejszych teorii etycznych mogą złożyć się na jeden spójny system etyczny. Pomimo iż dostrzegają trudną sytuację metodologiczną etyki, sądzą, że to, co może wydawać się brakiem spójności i niekonsekwencją, jest w rzeczywistości przejawem bogatego życia moralnego. W myśleniu moralnym często odwołujemy się do wielu rzeczy naraz, np. do zasad, reguł, praw, cnót, uczuć, paradygmatów itd. Dlatego też „Czymś podejrzanym byłoby uznanie tylko jednego z tych elementów za najważniejszy, podobnie jak czymś podejrzanym byłaby całkowita rezygnacja z jakiejś teorii”²⁰.

Beauchamp i Childress odrzucają zarówno dedukcyjny, jak i indukcyjny model budowania systemu etycznego. Znajomość ogólnych zasad nie może zagwarantować słuszności sądów szczegółowych, dotyczących konkretnych sytuacji. Dyrektywy działania są bowiem zawsze związane z elementami doświadczenia. Ale odwołanie się do sądów szczegółowych, indukcji i wnioskowania przez analogię także nie wystarcza samo w sobie do ustalenia ogólnych norm. Po to, aby oceniać, potrzebne są bowiem ogólne kryteria. Autorzy chcą spożytkować wątki pozytywne zawarte w obu tych koncepcjach. Przyjmują model koherencyjny, będący próbą połączenia obu wymienionych kierunków uzasadnień i dążący do osiągnięcia stanu określanego przez Rawlsa stanem „refleksyjnej równowagi”²¹. Tak zwana szeroka równowaga refleksyjna – piszą – ma miejsce wtedy, gdy oceniamy mocne i słabe strony wszystkich możliwych do przyjęcia sądów, zasad oraz pozო-

¹⁸ T.L. Beauchamp, J.F. Childress *Zasady etyki medycznej*, Warszawa 1996. Pierwsze wydanie angielskie tej pracy ukazało się w 1979 r., a czwarte, poszerzone właśnie o problemy metodologiczne, w 1994. To ostatnie wydanie było podstawą polskiego przekładu, który ukazał się w dwa lata później.

¹⁹ R. Brandt *Etyka. Zagadnienia etyki normatywnej i metaetyki*, Warszawa 1996.

²⁰ T.L. Beauchamp, J.F. Childress *Zasady etyki medycznej*, op. cit., s. 123.

²¹ J. Rawls *Teoria sprawiedliwości*, tłum. J. Pasek, M. Panufnik, A. Romaniuk, Warszawa 1994.

stających w tle odpowiednich teorii etycznych”²². Procedura ta ma charakter idealny. Bez względu na to, jak wiele przekonań weźmie się pod uwagę, nie można zakładać, że proces dostosowywania, cyzelowania i uzgadniania kiedykolwiek się skończy lub przyjmie doskonalszą postać. „W rzeczywistości żaden zbiór teoretycznych uogólnień uzyskanych w wyniku refleksyjnej równowagi nie osiągnie stanu pełnej zgodności z rozważnymi sądami, dlatego też jedynym adekwatnym modelem teorii moralnej będzie *najdokładniejsze zbliżenie się do ideału całkowitej spójności*. Musimy pogodzić się z losem wiecznych tropicieli niekonsekwencji i pamiętać, że zostaliśmy na niego skazani wobec występowania niezgodnych przekonań oraz nieprzewidzianych sytuacji”²³.

W proponowanym przez Beauchampa i Childressa systemie teoria i praktyka mają się nawzajem wspomagać i korygować. Rozwija się teorię po to, by rzucić światło na doświadczenie i określić, jak powinniśmy postępować. Należy jednak także odwoływać się do doświadczenia, aby sprawdzać, potwierdzać i korygować teorię. Procedurę tę określić można mianem dialektycznej. Przypomina ona wnioskowanie przeprowadzane przez prawników. Jeśli jakaś zasada nakłania nas do przyjęcia sądu, którego nie możemy zaakceptować, to powinno się ją zmodyfikować i uzupełnić. Jeśli natomiast wiarygodna zasada wskazuje na potrzebę zmiany szczegółowego sądu, to postulaty spójności każą nam dostosować do niej sąd.

Punktem wyjścia omawianej teorii są rozważne sądy, czyli wiarogodne intuicje lub samooczywiste normy, przyjmowane bez założeń. Sięgają one korzeniami do bogatej warstwy moralnego doświadczenia ludzi oraz do tradycji etyki medycznej. Autorzy sądzą, że stopień uzasadnienia przekonań jest względny. Zależy od przytoczonych na ich korzyść argumentów oraz od stopnia zgodności pomiędzy nimi. Beauchamp i Childress stoją na stanowisku pluralizmu zasad. Podstawę ich teorii stanowią 4 zasady (stąd teoria ta określana jest mianem pryncypializmu), które przedstawić można w postaci najogólniejszych norm. Normy te nie tworzą żadnej hierarchii, są traktowane jako ogólne drogowskazy wskazujące kierunek w wydawaniu sądów w poszczególnych przypadkach. Są to: 1) *szacunek dla autonomii* (norma nakazująca poszanowanie dla woli autonomicznych osób podejmujących decyzję); 2) *niekrzywdzenie* (norma zakazująca wyrządzania krzywdy); 3) *dobroczynność* (zbiór reguł nakazujących wyświadczanie dobra oraz maksymalizację nadwyżki zysków nad kosztami i ryzykiem); 4) *sprawiedliwość* (zbiór norm nakazujących odpowiednią dystrybucję dobra, ryzyka i korzyści).

Oprócz tego pryncypializm broni rozmaitych reguł, powstałych w wyniku uszczegółowienia zasad i służących jako dyrektywy działania. Są to, po pierwsze, *reguły treściowe*, jak np. reguły prawdomówności, dochowania tajemnicy lekarskiej, prywatności, dotrzymywania obietnic, finansowania i racjonowania opieki zdrowotnej, powstrzymywania się od leczenia, asystowania przy samobójstwie,

²² T.L. Beauchamp, J.F. Childress *Zasady etyki medycznej*, op. cit., s. 30.

²³ *Ibidem*, s. 31.

świadomej zgody. Po drugie, *reguły upoważnienia* do podejmowania decyzji, czyli reguły określające, kto może lub powinien podejmować decyzje. Reguły upoważnienia w *zastępstwie* określają, kto może występować w charakterze pełnomocnika niepoczytalnego pacjenta. Reguły upoważnienia z *racji zawodu* określają, czy i kto może odrzucić lub nie nieuzasadnioną decyzję medyczną pacjenta. Reguły upoważnienia *do dystrybucji* wskazują osoby i instytucje odpowiedzialne za podejmowanie decyzji w sprawie rozdziału niewystarczającej ilości środków medycznych. Po trzecie, *reguły proceduralne*, których rola polega na ustaleniu określonych procedur wiążących, szczególnie wtedy, gdy brak reguł treściowych lub upoważnienia (np. sprecyzowanie warunków wyboru deficytowych środków medycznych).

Beauchamp i Childress zdają sobie sprawę, że czysty koherentyzm nie wystarcza. Spójność systemu sądów i zasad nie może być jedynym miernikiem ich słuszności. Inne, oprócz spójności, warunki uzasadnienia moralnego to: po pierwsze, warunek podobieństwa – teorie moralne powinny przypominać zasady i pojęcia, które posłużyły im za punkt wyjścia; po drugie, uogólnialność traktowana jako warunek formalny; po trzecie, trwałość – wytrzymałość teorii w starciu z innymi teoriami; po czwarte, plastyczność – czyli łatwość adaptacji do zmian; oraz po piąte, produktywność – czyli zdolność do twórczego i praktycznego rozwiązywania nowych problemów.

Koherencyjny model uzasadnienia zostanie wypełniony treścią dzięki metodom uszczegółowiania i równoważenia zasad. Proces uszczegółowiania polega na uściśleniu zasad i wydobywaniu z nich ich treści normatywnej. Uszczegółowianie zasad ma znaczenie dla sprecyzowania zakresu ich obowiązywania oraz dla rozstrzygnięcia niektórych konfliktów moralnych. Abstrakcyjne zasady muszą być umieszczone w świetle konkretnych zdarzeń i przypadków. Np. zasada nieszkodzenia głosi, że nie powinniśmy wyrządzać zła ani krzywdzić innych ludzi. Zabójstwo lub przyzwolenie na śmierć człowieka jest uważane za wyrządzenie mu krzywdy. Czy tak samo należy oceniać wycofanie się z terapii podtrzymującej życie pacjenta? Czy z obowiązku nieszkodzenia wynika, że człowiek, który najlepiej spełnia kryteria zgodności tkankowej, ma obowiązek moralny być dawcą szpiku kostnego dla swojego umierającego na białaczkę kuzyna? Odpowiedź na te pytania wymaga sprecyzowania pojęcia szkody. W trakcie procesu uszczegółowiania należy brać pod uwagę takie czynniki jak: skuteczność, reguły obowiązujące w instytucjach, z którymi się spotykamy, obowiązujące prawo i oczekiwany stopień akceptacji proponowanych reguł.

Poprawne uszczegółowianie musi spełniać warunek spójności z innymi przyjętymi normami. Interpretacja, konstrukcja i rekonstrukcja norm odgrywają kluczową rolę w teorii etycznej i w etyce praktycznej. Tylko taka wersja uszczegółowionej zasady jest uzasadniona, która bardziej niż inne wersje alternatywne zgadza się z całością uznawanych przez nas norm.

Celem teorii moralnej jest przejście od ogólnego poziomu teorii do szczegółowych reguł, sądów i programów mających wpływ na decyzje. Konflikt moralny to

„idealna okazja” do przeprowadzenia testu spójności i modyfikowania zasady. Propozycja Beauchampa i Childressa ma charakter pragmatyczny, chodzi o wypracowanie cząstkowej metody rozwiązywania problemów, pomocnej w wielu przypadkach, a nie o odkrycie algorytmu rozwiązującego konflikty raz na zawsze. Ograniczenia tej metody sprowadzają się do tego, że nie wyklucza ona pojawienia się konfliktów (konflikty są nieuchronne) oraz nie chroni przed przemyśleniem własnych przesądów.

Drugim filarem metody koherencji jest wyważanie zasad. Jego celem jest określenie, która z norm ma większe znaczenie. Jest to szczególnie ważne przy ocenie indywidualnych przypadków. Normy podane przez autorów mają charakter obowiązków *prima facie*, a nie absolutnych.

Wyważanie jest procesem uzasadniania na podstawie dobrych racji. Odpowiadając na zarzut, że wyważanie norm jest zbyt intuicyjne, Beauchamp i Childress wymieniają kilka warunków ograniczających dowolność w tej dziedzinie.

1) norma wybierana musi być poparta lepszymi racjami niż norma odrzucana (zazwyczaj jeśli ktoś ma do czegoś *prawo*, to jego interes przeważa nad porównywanymi z nim interesami innych osób, które nie mają analogicznego prawa);

2) moralny cel, jaki nam przyświeca, gdy naruszamy jakąś normę, musi mieć szansę realizacji (dotyczy to szczególnie stosowania nowoczesnych technologii do przedłużania życia ludzkiego, gdy podejmowane interwencje nie mają szans na powodzenie);

3) nie istnieje moralnie lepsza alternatywa niż podjęcie działania naruszającego jakąś normę (rutyna naszych działań powoduje, że ten warunek łamany jest najczęściej);

4) pogwałcenie normy musi mieć postać najłagodniejszą z możliwych, proporcjonalną do najważniejszego celu założonego w działaniu;

5) decydent minimalizuje negatywne skutki pogwałcenia normy.

Autorzy sądzą, że nie należy proponować „metareguł” określających jednoznacznie nadrzędność jednych norm nad drugimi. Zdarza się, że w niektórych sytuacjach nie można wskazać normy nadrzędnej. Czasami duże znaczenie mogą mieć inne względy, np. niewspółmierność poczucia krzywdy każdej ze stron. Metoda porównywania różnych obowiązków *prima facie* zgadza się, zdaniem autorów, z naszym moralnym doświadczeniem. Mnogość wartości i sądów nie stoi na przeszkodzie w snuciu rozsądnych rozważań, wyważaniu obowiązków, uzasadnianiu i podejmowaniu decyzji.

Koherencyjny model etyki medycznej nie zadowoli tych, którzy chcieliby uzyskać od etyków gotowe odpowiedzi na swoje pytania, ani tych, którzy lekarstwo na problemy metodologiczne etyki widzą w odwołaniu się do głosu sumienia. Myślę, że zaletą tej teorii jest uznanie, że mnogość niesprowadzalnych do siebie obowiązków i wartości stanowi nieodłączny atrybut moralności. Wiąże się to z dostrzeżeniem konieczności istnienia dylematów moralnych, tzn. takich sytuacji, w których każdy wybór wydaje się nam tak samo dobrze uzasadniony. Jeśli zgodzimy się co do tego, że redukcyjna unifikacja etyki jest niemożliwa, a cechą czło-

wieczeństwa jest zdolność widzenia świata z różnych punktów widzenia, to koherencyjny model etyki medycznej zasługuje na baczna uwagę. W rozważaniach etycznych powinniśmy bowiem, jak pisze Nagel, unikać dwóch niebezpieczeństw: romantycznego defetyzmu lub nadmiernej racjonalizacji²⁴. Wydaje się, że omówiona koncepcja spełniła oba te warunki. Taka wizja etyki nie pozwala na powielanie stereotypów, zmusza do samodzielnego myślenia i wzięcia odpowiedzialności za własne wybory moralne. Pozwala jednocześnie na jasne wyłożenie siatki wartości, na których powinny opierać się rozważania bioetyczne.

BIOETHICS AND METHODOLOGICAL PROBLEMS OF ETHICS

The relation between bioethics and ethical methodology is the subject of this article. The author is of the opinion that bioethical considerations demand both medical and biological knowledge, as well as some general ethical theory. As we know there is not one ethical theory, but many. The author asks whether we have any moral, rational foundations for choosing one of the competing ethical systems, and, if this is not possible, whether normative ethics is at all necessary for the solution of practical conflicts. In other words, the author poses the question whether the cultivation of normative ethics, while one is aware of the pluralism of values and variety of ethical theories, has any scientific and practical sense. Still, according to the author, methodological relativism need not necessarily impote the acceptance of an axiologically relativistic stand and need not necessarily lead to moral indifference. Beauchamp and Childress' work shows a fine approach to bioethical problems. The author analyzes their point of view concluding, that it fulfills at least two important conditions: it enforces independent thinking, if it is not connected with excessive rationalization and helps to avoid romantic defeatism, pointing at the same time, to a clear presentation of a set of values on which bioethical deliberations should be based.

²⁴ T. Nagel *Pytania ostateczne*, tłum. A. Romaniuk, Warszawa 1997, zob. zwłaszcza s. 161–176.