

Argumentacja z obszaru etyki cnót w sporze o powinnościach etycznych lekarzy – odpowiedź na krytykę

Anna Alichniewicz, Monika Michałowska (Uniwersytet Medyczny w Łodzi)

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. Znane 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, 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, chcielibyśmy zauważyć, że przedstawiając tzw. scenariusz

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

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.

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 tyka-

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

jącej 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 chcielibyśmy 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 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

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, p. 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.

report, some of them tried to express their doubts and hesitations concerning their involvement in the program, but eventually condoned it". Przepuszczamy 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 *implicite* głosimy, tzn., że tortury są bezwzględnie niedopuszczalne. Nie czułyśmy się w obowiązku uzasadnić 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, konstatając 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 [zyczyłybyśmy] 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, op. cit., p. 40

7 Ibidem, p. 42.