

Seweryn Szatkowski

Filozof jako „ekspert moralny”

Nie jest oczywiście jasne, czy filozof może występować w roli eksperta, a jeżeli nawet może, to czy powinien. Można przecież twierdzić, że właściwym dla niego zadaniem jest raczej innych traktować jako ekspertów i zadawać im pytania. Może więc dobrze, że filozofowie rzadko są do tej roli powoływani. Stosunkowo najczęściej zdarza się to etykom, tym zwłaszcza, którzy specjalizują się w jakiejś dziedzinie etyki stosowanej. Najlepszym tego przykładem jest etyka medycyny — filozofowie publikują swoje teksty na łamach fachowych czasopism medycznych, uczą etyki studentów medycyny, nade wszystko zaś zasiadają w różnego rodzaju komisjach etycznych, od tych, które działają w szpitalach poczynawszy, na prezydenckich i parlamentarnych kończąc. O tym, czego się wówczas od nich oczekuje i zarazem o pewnym powątpiewaniu w możliwość spełnienia przez nich tych oczekiwań, najlepiej świadczy przyklejana im w takich sytuacjach etykiетка „ekspertów moralnych”. Czy zatem są oni w stanie sprostać tego rodzaju oczekiwaniom? Czego w ogóle można oczekiwać od filozofów zajmujących się etyką medycyny?

Problem „ekspertów moralnych” jest przedmiotem stale ponawianych dyskusji i ma już swoją dość obszerną literaturę¹. Sądząc na podstawie rozwoju, jaki dokonał się w etyce medycyny w okresie ostatnich kilkunastu lat, wydaje się, że filozofowie rzeczywiście mogą służyć lekarzom istotną pomocą w zrozumieniu i rozstrzygnięciu problemów moralnych, jakie napotykają oni w swojej pracy. Nie będę jednak tutaj uzasadniał tego poglądu, poprzestanę jedynie na pokazaniu, w jaki sposób wyobrażają sobie tę pomoc niektórzy spośród zajmujących się tą dziedziną filozofów. Moim zamiarem jest natomiast uzasadnienie przekonania, że filozofowie mogliby okazać się bardziej użyteczni, gdyby uległ zmianie dominujący dziś w etyce medycyny styl filozofowania — gdyby filozofowie, nie poprzestając na samych jedynie opisach i analizach, częściej odważali się wyrazić coś

¹ Dowodem aktualności tej problematyki może być „Hastings Center Report” z listopada 1998 zawierający dwa artykuły jej poświęcone: D.J. Casarett, F. Daskal, J. Lantos, *Experts in Ethics? The Authority of the Clinical Ethicist* i S.D. Yoder, *Experts in Ethics? The Nature of Ethical Expertise* („Hastings Center Report” 28, 1998, nr 6).

twierdzić lub czemuś zaprzeczać. Najpopularniejszy obecnie w etyce medycyny sposób teoretycznego ujęcia całości jej problematyki — tzw. *principlism* — ma swój metaetyczny fundament w intuicjonizmie W.D. Rossa. Łatwo pokazać, że kierując się tym podejściem w rozwiązywaniu konkretnych problemów, równie dobrze usprawiedliwić można rozstrzygnięcia ze sobą sprzeczne i, co za tym idzie, że przyjmując je, nie da się niczego z dobrym uzasadnieniem twierdzić ani niczemu zaprzeczać.

I

Z kilku przynajmniej powodów, filozofowie stawiani w roli „ekspertów moralnych” znajdują się w dość kłopotliwej sytuacji. Pomysł, że istnieje jakaś wiedza o dobru i zlu i że można w jej zakresie być lub nie być kompetentnym, z różnych względów może się nie podobać właściwie wszystkim. Liberalom jawić się może jako niedemokratyczny, podaje bowiem w wątpliwość zdolność każdego człowieka do bycia samemu sobie sędzią w sprawach moralności, podważa także jego prawo do wyrażania opinii w wiążących się z ocenami moralnymi sprawach publicznych. Konserwatyści krytykować go mogą w przekonaniu, że podstawowe wartości moralne — Bóg, Ojczyzna, życie ludzkie, własność — są oczywiste i do ich rozpoznania nie potrzeba żadnych ekspertów. Rozstrzyganie ewentualnych wątpliwości pozostawić należy uznanym autorytetom moralnym — przede wszystkim Kościołowi. Krytycyzm osób o orientacji lewicowej opierać się może na przeświadczeniu, że wszelka moralność uwarunkowana jest klasowo i domniemani eksperci, czy chcą tego, czy nie, reprezentować mogą jedynie moralność i interesy klasy dominującej.

Filozofowie podejmujący się roli „ekspertów moralnych” liczyć się muszą również z krytyką ze strony swoich kolegów po fachu. Wielu z nich powątpiewa w ogóle w możliwość sformułowania jakiegokolwiek obiektywnej teorii etycznej, ci zaś, którzy w tę możliwość wierzą, zdają sobie sprawę, że, jak dotychczas, takiej nie budzącej żadnych wątpliwości teorii nie udało się skonstruować². Jedni i dru-

² Istotne argumenty krytyczne wobec możliwości pełnienia przez filozofów roli ekspertów w etyce medycyny zawierają m.in. następujące teksty: Ch.N. Noble, *Ethics and Experts*, „Hastings Center Report” 12, 1982, nr 3. (W tym samym numerze tego pisma odpowiadają na tę krytykę m.in. P. Singer, D. Wikler i T.L. Beauchamp); G.R. Scofield, *Ethics Consultation. The Least Dangerous Profession?*, „Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics” 2, 1993, nr 4. (W tym samym numerze pisma odpowiedzi m.in. A.R. Jonsena i J.C. Fletchera) i R. Shalit, *When We Were Philosopher Kings*, „The New Republic”, nr z dn. 28. 04. 1997. Autorzy tych tekstów opierają swoją krytykę m.in. na przeświadczeniu, że nie istnieje żadna obiektywna wiedza etyczna, w zakresie której ktokolwiek mógłby uchodzić za eksperta. Można jednak wskazać autorów, których zdaniem wiara w istnienie obiektywnej wiedzy etycznej nie jest niezbędna do tego, aby uznawać czyjaś fachowość w dziedzinie etyki: J. Crosthwaite, *Moral Expertise. A Problem in the Professional Ethics of Professional Ethicists*, „Bioethics” 9, 1995, nr 5.

dzy ponadto skłonni są często do pojmowania swojego zajęcia jako sztuki uprawianej dla niej samej, która nie może być, bez uszczerbku dla swojej jakości, wykorzystywana do jakichkolwiek celów praktycznie użytecznych.

Jest wreszcie coś takiego, jak etyka zawodowa filozofów, która od przedstawicieli tej profesji wymaga m.in., aby stale pamiętali o swojej omylności. R.W. Hepburn przestrzega na przykład: „Jest rzeczą niemądrą ze strony filozofa aspirować do roli eksperta lub autorytetu, ponieważ prowadzi to do osłabienia krytycznej uwagi wskazanej zawsze u czytelników i słuchaczy”³. O ile więc pożądaną cechą u filozofa jest krytycyzm (tak wobec cudzych, jak i wobec własnych przekonań), a także zdolność pobudzania krytycznego myślenia u innych, o ile stałym jego mottem powinno być Sokratejskie „wiem, że nic nie wiem”, o tyle trudno mu zarazem myśleć o sobie samym jako o „ekspercie”.

Świadomi tych trudności, filozofowie zajmujący się etyką medycyny dość ostrożnie wypowiadają się na temat swoich zadań. Peter Singer, na przykład, wyraźnie zaznacza, że „[...] wprowadzić coś takiego jak fachowość w dziedzinie etyki istnieje, nie ogranicza się ona jednak do ludzi mających rzadkie talenty czy szczególne kwalifikacje naukowe. W odróżnieniu od fachowców w takich dziedzinach jak np. fizyka jądrowa, do fachowości w etyce może dojść każdy człowiek o pewnym poziomie inteligencji, który gotów jest poświęcić na to nieco czasu”⁴. Na fachowość tę składają się, jego zdaniem, cztery elementy: a) zdolność prawidłowego, logicznego myślenia, b) rozumienie istoty etyki oraz znaczeń poszczególnych pojęć moralnych, c) znajomość głównych teorii etycznych („Kto nie zna wyników prac już przeprowadzonych w danej dziedzinie, ten zmarnuje mnóstwo czasu powtarzając to, co zrobili już inni”), d) znajomość faktów odnoszących się do danej sprawy. Ponieważ, jak stwierdza Singer, „[...] nie wszyscy jesteśmy równie dobrzy w wykrywaniu argumentów fałszywych, rozumieniu pojęć i teorii moralnych czy dostrzeganiu istotnych dla danej sprawy faktów [...]”⁵, nie ma powodu, aby zaprzeczać istnieniu ekspertów w dziedzinie etyki.

Również Richard M. Hare podkreśla wagę, jaką dla rozstrzygania etycznych problemów medycyny ma rozumienie znaczenia pojęć moralnych, do których odwołujemy się w dyskusji. Jego zdaniem, tym, czego należy przede wszystkim oczekiwać ze strony filozofów, jest właśnie pomoc w zrozumieniu tych pojęć: „[...] o problemach moralnych, których przykładem są problemy etyki medycyny, nie da się dyskutować bez użycia wielu słów, których znaczenie i właściwości logiczne nie są wcale jasne. Są wśród nich w szczególności słowa o znaczeniu moralnym, takie jak «zły». Filozofia polega na ćwiczeniu się w badaniu takich

³ R.W. Hepburn, *The Ethics of Philosophical Practice*, w: T. Honderich (ed.), *The Oxford Companion to Philosophy*, s. 665-666.

⁴ P. Singer, D. Wells, *Dzieci z próbówki. Etyka i praktyka sztucznej prokreacji*, Warszawa 1988, s. 210.

⁵ Tamże, s. 210.

trudnych słów i ich logicznych właściwości w celu ustalenia reguł poprawnej argumentacji lub rozumowania i dzięki temu umożliwienia ludziom, którzy je opanowali, unikania błędów w rozumowaniu [...], a tym samym poszukiwania odpowiedzi na stawiane przez nich pytania moralne z otwartymi oczami. Jestem przekonany, że jeśli poszczególne zagadnienia zostaną w ten sposób gruntownie wyjaśnione, problemy z nimi związane nie będą już wydawały się tak skomplikowane, jak na początku i po usunięciu trudności filozoficznych będziemy mogli przystąpić do dyskusji nad trudnościami o charakterze praktycznym, które prawdopodobnie pozostaną poważne”⁶. Arthur L. Caplan zgadza się z Singerem, że aby być ekspertem w dziedzinie etyki, nie trzeba być filozofem i że wymagane w tym celu kompetencje uzyskać może w zasadzie każdy, kto ma na to ochotę. Podobnie jak Singer, również Caplan do kompetencji tych zalicza znajomość teorii etycznych oraz wszelkich istotnych dla danej sprawy faktów, tym jednak, czemu przypisuje szczególne znaczenie, jest zdolność dostrzegania i formułowania problemów moralnych. „Wiedza moralna (*moral expertise*) — pisze Caplan — jest czymś, czego potrzeba nie dla rozwiązania problemu, lecz dla jego rozpoznania i określenia [...]. Zdarza się, że ludzie zaprzątnięci sprawami praktycznymi nie są nawet świadomi tego, że pojawił się jakiś problem moralny. Zadaniem tych, którzy posiadają wiedzę moralną może być stworzenie moralnego dylematu tam, gdzie go przedtem nie było”⁷.

Coś podobnego ma też na myśli Daniel Callahan stwierdzając: „Pierwszym zadaniem bioetyki [...] jest pomoc w ustaleniu, co powinno być przedmiotem dyskusji. Ściśle wiąże się z tym inne zadanie polegające na zaproponowaniu sposobu, w jaki zagadnienia te powinny być dyskutowane, tak aby w efekcie podjęte mogły zostać rozsądne decyzje moralne”⁸. O „pomocy w identyfikacji problemów moralnych” i proponowaniu „określonych strategii ułatwiających podejmowanie decyzji moralnych” pisze też Zbigniew Szawarski. Podkreśla on ponadto, że zadaniem etyki jest „uświadomić nam moralne koszty proponowanych rozwiązań praktycznych”⁹.

Jak wynika z tego krótkiego przeglądu opinii, na fachowość w etyce medycyny składa się przynajmniej kilka elementów:

- (1) znajomość wszelkich istotnych w danej sprawie faktów,
- (2) zdolność dostrzegania i formułowania problemów moralnych,
- (3) zdolność prawidłowego, logicznego myślenia,

⁶ R.M. Hare, *Medical Ethics. Can the Moral Philosopher Help?*, w: S.F. Spicker, H.T. Engelhardt, Jr., *Philosophical Medical Ethics. Its Nature and Significance*, Dordrecht- Boston 1977, s. 52.

⁷ A.L. Caplan, *Moral Experts and Moral Expertise. Do Either Exist?*, w: B. Hoffmaster, B. Freedman, G. Fraser (eds.), *Clinical Ethics*, Clifton NJ 1989, s. 82.

⁸ D. Callahan, *Bioethics*, w: W.T. Reich (ed.), *Encyclopedia of Bioethics*, Revised Edition, New York 1995, s. 254.

⁹ Z. Szawarski, *Etyka i AIDS*, „Sztuka leczenia” 2, 1996, nr 1, s. 30.

- (4) rozumienie istoty etyki oraz znaczeń poszczególnych pojęć moralnych,
- (5) znajomość głównych teorii etyki i zdolność proponowania określonych strategii ułatwiających podejmowanie decyzji moralnych,
- (6) zdolność dostrzegania moralnych kosztów proponowanych rozwiązań praktycznych.

Filozofowie zajmujący się etyką medycyny nie są więc, oczywiście, ekspertami moralnymi w dosłownym tych słów rozumieniu — są po prostu ekspertami w dziedzinie etyki. Myślę, że nie rościliby sobie prawa do występowania w roli autorytetów moralnych także i wówczas, gdyby do swoich kompetencji zawodowych zaliczali jeszcze zdolność proponowania określonych rozstrzygnięć problemów, przed jakimi zostają postawieni. Byłoby to pewnym uzupełnieniem punktu piątego powyższej listy, nie wyobrażam sobie bowiem, jak można proponować czytelną, wyraźną strategię podejmowania decyzji moralnej, nie formułując jednocześnie żadnej wskazówki, jaka to ma być decyzja.

II

Wśród rozmaitych prób teoretycznego ujęcia podstawowych problemów etyki medycyny największą popularność zyskało sobie podejście, które w języku angielskim określane jest najczęściej terminem *principism*, a które w języku polskim określić by można (nie bez pewnych zastrzeżeń) jako *etykę zasad*. Najbardziej charakterystycznym przykładem tego podejścia jest książka Toma L. Beauchampa i Jamesa F. Childressa *Principles of Biomedical Ethics* — podręcznik etyki medycyny, który od roku 1979 doczekał się już czterech wydań¹⁰.

Autorzy ci, z których jeden jest zwolennikiem utylitaryzmu reguł, drugi zaś deontologii reguł, sądzą, że nie należy przeceniać różnic pomiędzy tymi teoriami. Wprawdzie jedna z nich głosi, że ostatecznym uzasadnieniem wszelkich reguł i zasad jest zasada użyteczności, druga zaś, że pewne zasady i reguły powinny obowiązywać niezależnie od ich użyteczności, to jednak tego rodzaju teoretyczne różnice mogą okazać się zupełnie nieistotne w praktyce. Różne odmiany obu tych teorii nakazywać mogą posłuszeństwo wobec tych samych reguł moralnych. Kierując się tym przekonaniem, T.L. Beauchamp i J.F. Childress przyjmują, że cztery podstawowe zasady etyczne medycyny — życzliwości, nieszkodzenia, autonomii i sprawiedliwości — ustanawiają obowiązki *prima facie*, tzn. (zgodnie z rozumieniem tego terminu przez W.D. Rossa) zachowujące swoją ważność tak długo, jak długo nie wchodzi w konflikt z innymi, równie ważnymi lub ważniejszymi obowiązkami. O czymś faktycznym w danej sytuacji obowiązku decyduje

¹⁰ Podręcznik ten doczekał się już także polskiego wydania: *Zasady etyki medycznej*, tłum. Witold Jacorzyński, Warszawa 1996. Przytaczane cytaty, w moim tłumaczeniu, pochodzą z wydania trzeciego (New York 1989).

wnikliwe zbadanie znaczenia wszystkich konkurujących ze sobą obowiązków *prima facie*.

Odwołanie się do proponowanych przez autorów zasad należy rozumieć jako jeden z etapów w uzasadnianiu sądów moralnych. Pierwszym etapem jest, w ich ujęciu, odwołanie się do reguł moralnych, te z kolei mogą być uzasadniane przez zasady, zasady zaś — przez teorie etyczne. Zasada autonomii, na przykład, może stanowić uzasadnienie dla kilku reguł moralnych w rodzaju „nie należy kłamać”. Teorie etyczne mogą zawierać reguły pośredniczące, pomocne w wyborze w sytuacji konfliktu pomiędzy zasadami.

T.L. Beauchamp i J.F. Childress wątpią w możliwość absolutnego obowiązywania zasad i reguł moralnych — nie wydaje im się możliwe, aby jakakolwiek zasada lub reguła nie mogła zostać w pewnych okolicznościach naruszona w imię obrony innych zasad lub reguł. „Absolutne reguły nie zezwalają podmiotom moralnym na swobodę, która, jak sądzimy, pełni zasadniczą rolę w życiu moralnym, nadmierne surowe zaś stosowanie się do reguł może w konsekwencji prowadzić do moralnych ofiar. Wydaje nam się czymś niezaprzeczalnym, że w pewnych sytuacjach, takich jak nagle wypadki, konsekwencje przestrzegania pewnych reguł moralnych byłyby tak bardzo nie do przyjęcia, że muszą być one rozumiane jako reguły dające się zlekceważyć na rzecz konkurencyjnych względów moralnych”¹¹. Z drugiej strony, autorzy odrzucają również sposób myślenia charakterystyczny dla różnych odmian etyki sytuacyjnej, uznającej reguły moralne jedynie za uogólnienia, czy też pewnego rodzaju praktyczne mądrości (*rules of thumb*), z których wskazówek można korzystać wedle uznania. To, co proponują, określają jako teorię mieszaną (*composite theory*), będącą w opozycji wobec różnego rodzaju teorii monistycznych lub absolutystycznych, takich jak utilitaryzm czynów, kantyzm czy libertarianizm (który określają jako monizm oparty na zasadzie poszanowania autonomii). Przyznaje ona każdej z zasad pewne znaczenie, nie ustalając przy tym żadnej pomiędzy nimi hierarchii — o tym, która z nich ma być w przypadku konfliktu uznana za ważniejszą, decydować mają za każdym razem niepowtarzalne cechy konkretnych sytuacji. „Teoria ta — stwierdzają autorzy — nazywana jest czasami intuicjonizmem, ponieważ pociąga za sobą konieczność oceny znaczenia różnych względów moralnych i wyklucza możliwość dedukcyjnego wnioskowania ze stałych, wcześniej przyjętych zasad. Chociaż nie odpowiada nam etykieta *intuicjonizm*, podzielamy przekonanie, że sądy intuicyjne, rozumiane jako wynik zastosowania reguł moralnych do konkretnych sytuacji — zastosowania, które może okazać się błędne i które trzeba będzie odrzucić, są w etyce czymś nieuniknionym”¹².

Autorzy często powołują się na W.D. Rossa, którego podejście do sytuacji konfliktu zasad moralnych określają jako „pomocne” i „niezbędne”. Jego zda-

¹¹ Tamże, s. 49.

¹² Tamże, s. 51 oraz przyp. 27, s. 64.

niem, pewne podstawowe obowiązki moralne stanowią oczywiste elementy potocznej moralności, jednakże sądy, które określają, jak postąpić w przypadku konfliktu pomiędzy tymi obowiązkami, nie są już oczywiste, wyrażają opinie jedynie prawdopodobne, będące wynikiem oceny znaczenia zasad moralnych, nie zaś po prostu ich zastosowania do danej sytuacji. Ross twierdzi, że przedmiotem nadrzędnego w danej chwili obowiązku moralnego powinno być postępowanie charakteryzujące się największą przewagą dobra nad złem. „Takie obowiązki jak życzliwość, wierność, wynagrodzenie krzywd — podkreślają T.L. Beauchamp i J.F. Childress — nie są zatem absolutne, ponieważ w pewnych warunkach mogą zostać zlekceważone. Są one jednak czymś więcej niż tylko praktycznymi mądrościami, z których można by nie skorzystać. Ponieważ są one zawsze moralnie istotne, wynikają z nich poważne racje moralne przemawiające za podejmowaniem określonych działań, mimo — co może się zdarzyć — że nie wezmą góry nad innymi obowiązkami *prima facie*. Czyjś faktyczny obowiązek zostaje zatem określony przez zbadanie znaczenia każdego z konkurujących ze sobą w danej sytuacji obowiązków *prima facie*. Można by powiedzieć, że obowiązki *prima facie* zachowują znaczenie nawet kiedy przegrywają”¹³.

Nawet zabójstwo może w pewnych okolicznościach okazać się czynem usprawiedliwionym. Jest ono wprawdzie zawsze *prima facie* złe, o tym jednak, czy stanowi w danym momencie czyn faktycznie zły, decyduje ocena znaczenia innych obowiązków *prima facie*. Jeżeli któryś z nich, np. obrona osób bliskich przed śmiertelnym zagrożeniem, okaże się ważniejszy, wówczas zabójstwo może się stać czymś faktycznym obowiązkiem. Jeżeli obowiązek *prima facie* zostaje zlekceważony na rzecz jakiegoś innego obowiązku, nie znaczy to, że po prostu przestaje istnieć. Autorzy (wyrażając tę myśl nieco inaczej) zdają się podkreślać, że coś, co w pewnych okolicznościach można potraktować jako mniejsze zło, nie przestaje być przez to złem i osoby dokonujące tego rodzaju wyborów nie powinny o tym zapominać.

Zauważając, że: „Ta metoda «lekceważenia» (*overriding*) obowiązków *prima facie* wydaje się niektórym filozofom zbyt intuicyjna i elastyczna — tak jakby teorii moralnej brakowało sztywnego kręgosłupa, jeżeli zezwala nam na formułowanie «sytuacyjnych» sądów o wyższości jednych obowiązków nad drugimi”¹⁴, T.L. Beauchamp i J.F. Childress, chociaż uznają tego rodzaju sądy za nieuniknione w rozważaniach moralnych, proponują kilka warunków uniemożliwiających, ich zdaniem, przyjmowanie w sytuacjach konfliktu jakichkolwiek po prostu rozwiązań. Aby naruszenie zasady lub reguły *prima facie* można było uznać za usprawiedliwione:

po pierwsze — szanse na osiągnięcie celu usprawiedliwiającego takie naruszenie muszą być realne;

¹³ Tamże, s. 52.

¹⁴ Tamże, s. 53.

po drugie — naruszenie to musi być w danych okolicznościach konieczne, tzn. nie mogą istnieć żadne możliwości zastąpienia tego sposobu postępowania innym, z moralnego punktu widzenia bardziej zasługującym na podjęcie;

po trzecie — sposób postępowania, jaki wybrano, musi stanowić najmniejsze z możliwych naruszenie zasady, współmierne do osiągniętego tą drogą celu;

po czwarte — osoba działająca musi dążyć do zminimalizowania skutków naruszenia zasady.

Wszystkie te warunki mają sprawiać, że „[...] kiedy zasady i reguły *prima facie* wchodzą ze sobą w konflikt, osoby działające nie zostają pozostawione z intuicją tylko jako jedynym doradcą”¹⁵. T.L. Beauchamp i J.F. Childress podkreślają także, że proponowany przez nich sposób myślenia jest zgodny zarówno z teorią utylitarystyczną, jak i deontologiczną (w tych ich wersjach oczywiście, które akceptują rolę reguł w rozumowaniu moralnym).

Wobec przedstawionego tu podejścia sformułowano już rozmaite zastrzeżenia. Po pierwsze, twierdzono, że już samo określenie „zasada” jest błędne, ponieważ to, co się pod nim kryje, nosi raczej charakter skorowidza zagadnień zasługujących na uwzględnienie przy rozstrzyganiu danego problemu. Nie są to zasady, które, tak jak np. zasada użyteczności Milla czy zasady sprawiedliwości Rawlsa, stanowiłyby jakieś, jeżeli można się tak wyrazić, „podsumowanie” czy też „streszczenie” teorii etycznej. Komuś, kto stoi przed koniecznością wyboru, mówi się tylko: „pomyśl o życzliwości, a tutaj masz trzydzieści stron rozróżnień pojęciowych na początek”.

Po drugie, podejście to nie zasługuje na miano teorii etycznej. Zaciemnia ono i gmatwa różne aspekty rozważań moralnych, ma charakter eklektyczny i brak mu właściwej teorii etycznym systematyczności. Jest ono równoznaczne z próbą zastosowania kilku, pozostających ze sobą w konflikcie teorii jednocześnie. Wygląda to tak, jak gdyby przedstawiono nam kilka konkurujących ze sobą zasad i powiedziano następnie, żebyśmy wybrali sobie taką ich kombinację, jaka nam się podoba.

Po trzecie, z koncepcją tą wiąże się pewnego rodzaju relatywizm, który da się zresztą odnaleźć również w wielu innych — niektórzy twierdzą, że prawie we wszystkich — opracowaniach dotyczących zarówno etyki medycyny, jak i innych dziedzin etyki stosowanej i zawodowej¹⁶. Opracowania te proponują zazwyczaj krótkie streszczenie wybranych teorii etycznych, omawia się najważniejsze niedostatki tych teorii, nie podejmując jednak próby ich usunięcia, a następnie ignoruje się je zupełnie w analizie konkretnych problemów, bądź też radzi czytelnik-

¹⁵ Tamże, s. 62.

¹⁶ Przykładem może być podręcznik etyki dziennikarskiej: C.G. Christians, K.B. Rotzoll, M. Fackler, *Media Ethics. Cases and Moral Reasoning*, (3rd Edition), New York 1991.

kowi, aby zastosował którąkolwiek z nich wedle swojego upodobania lub wybrał sobie jakieś ich fragmenty¹⁷.

Pomimo tych i innych zarzutów, etyka zasad zyskała sobie wielu zwolenników. Twierdzą oni, że podejście to może prowadzić do lepszego zrozumienia bioetyki, że ujawnia pewne istotne aspekty rozważań moralnych i ułatwia wyjaśnienie i rozwiązywanie trudnych przypadków. Wskazuje się, że podejście to nie może być utożsamiane z etyką sytuacyjną, albowiem wyraźnie podkreśla wiążący charakter zasad i reguł wówczas, kiedy znajdują one swoje zastosowanie i formułuje warunki, jakie muszą zostać spełnione, aby naruszenie którejś z zasad można było uznać za usprawiedliwione. Jest to więc podejście systematyczne, tyle że nie spełniające oczekiwań zwolenników teoretycznego monizmu. Ze względu na złożoność naszych problemów moralnych i wielość formułowanych stanowisk, nie można oczekiwać od teorii etycznych więcej, niż da się uzyskać¹⁸.

Trafność omawianych tu argumentów łatwiej będzie ocenić, jeżeli sięgniemy do konkretnych przykładów. Pierwszy z nich przedstawiony został w formie listu lekarza¹⁹:

Problem świadomej zgody na leczenie interesuje mnie od roku 1969, kiedy to jedna z moich pacjentek zmarła podczas zabiegu urografii. Kilka lat później, w czerwcu 1974 roku, zostałem postawiony przed sądem pod zarzutem dopuszczenia się zaniedbań w wykonywaniu zawodu. Kwestia zgody na leczenie podniesiona została przez powołanego przez powoda świadka, który był z zawodu lekarzem i jednocześnie prawnikiem. Stwierdził on m.in.: „Ostrzeżenie pacjenta przed rozpoczęciem urografii o możliwości wystąpienia niepomysłnych objawów, włączając w to śmierć, stanowi standard w praktyce zawodowej lekarza-radiologa”. Nie był on jednak w stanie podać nazwiska choćby jednego radiologa, który by tak kiedyś postąpił.

Kiedy składałem zeznanie, mój adwokat zapytał mnie, dlaczego nie ostrzegłem pacjentki o możliwej reakcji jej organizmu na zabieg. Odpowiedziałem, że nie uczyniłem tego, ponieważ z takiego postępowania nie wynikałoby żadne dobro. Istotnie, mogłem jej powiedzieć, że istnieje jakieś ryzyko i że może nawet w wyniku tego zabiegu umrzeć. Kiedy udałoby mi się ją uspokoić, przypominałbym jej, że w ciągu minionego tygodnia badało ją dwóch urologów i że obaj stwierdzili potrzebę przeprowadzenia urografii. W ciągu ostatnich 13 lat zrobiłem jakieś 6–8 tysięcy urogramów i nikt nigdy nie umarł. W szpitalu, w którym pracuję, robimy urogra-

¹⁷ Te i inne argumenty krytyczne zawierają m.in. teksty: K.D. Clouser, B. Gert, *A Critique of Principlism* oraz R. Green, *Method in Bioethics. A Troubled Assessment*, „The Journal of Medicine and Philosophy” 15, 1990, s. (odpowiednio) 219-236 i 179-197.

¹⁸ Takie argumenty przedstawia m.in. B.A. Lustig w *The Method of „principlism”. A Critique of the Critique*, „The Journal of Medicine and Philosophy” 17, 1992, s. 497-510.

¹⁹ R.W. Allen, *Informed Consent. A Medical Decision*, „Radiology” 119, (April 1976) s. 233-234. Cyt. za: J.F. Childress, *Who Should Decide? Paternalism in Health Care*, Case 6, New York 1982, s. 219-220.

my od przynajmniej 25 lat i nigdy nic takiego się nie wydarzyło. Ponieważ wskazania do przeprowadzenia zabiegu były niewątpliwe, a prawdopodobieństwo niepomyślnych objawów znikome, jestem pewien, że przekonałbym pacjentkę do wyrażenia zgody. Potem stałoby się to, co się stało — pacjentka zmarłaby, a fakt, że ją o takiej możliwości uprzedziłem, nie przyczyniłby się w żaden sposób do jej dobra.

Problem, z jakim mamy tu do czynienia, gdybyśmy chcieli wyrazić go w języku, którym posługują się Beauchamp i Childress, polega na konflikcie zasad: zasady życzliwości bądź — zależnie od interpretacji — zasady nieszkodzenia, z jednej strony, oraz zasady poszanowania autonomii pacjenta, z drugiej. Lekarz miał do wyboru dwie możliwości. Po pierwsze, mógł w pełni uszanować prawo pacjentki do decydowania o sobie i, co musi się z tym wiązać, poinformować ją o ryzyku, na jakie naraża się poddając się urografii. Po drugie, pamiętając o hipokratejskim wskazaniu, by działać zawsze „ku pożytkowi chorych, broniąc ich od uszczerbku i krzywdy”, mógł uznać, że nie powinien niepokoić pacjentki informacją o ryzyku w sytuacji, gdy jest ono znikome, potrzeba zaś przeprowadzenia zabiegu nie budzi wątpliwości.

Wybierając tę drugą możliwość, lekarz ów rozumował prawdopodobnie (o ile rzecz ta była istotnie przedmiotem jego namysłu) utylitarystycznie: informowanie nie przysporzy pacjentce korzyści, przeciwnie — wyrządzi jej szkodę w postaci niepotrzebnego, dodatkowego zdenerwowania. Byłoby ono „niepotrzebne”, albowiem ryzyko towarzyszące urografii jest bardzo małe, a ogólny stan zdrowia pacjentki czyni ten zabieg wskazanym i użytecznym. Nikt rozsądny przecież — mógł sobie pomyśleć ów lekarz — nie straszy widmem śmierci pacjenta, który ma właśnie zostać poddany ogólnemu znieczuleniu w związku z koniecznością wyrwania mu zęba! Rozumując w ten sposób, powinniśmy zacząć ostrzegać pacjentów przed wypuszczeniem ich z kliniki o, na przykład, grożącym im na ulicy niebezpieczeństwie wchłonięcia do płuc kolejnej, podnoszącej ryzyko choroby nowotworowej porcji spalin. Lekarz ten nie uważał zapewne samego tylko posiadania pełnej wiedzy o własnej sytuacji za dobro dostatecznie konkretne, by można je było uznać za przeciwwagę dla „dodatkowych” i „niepotrzebnych” emocji pacjentki. Byłby on wybrał, być może, pierwszą z dwóch możliwości, gdyby bliższy mu był sposób myślenia charakterystyczny dla nurtu deontologicznego w etyce: wywiązanie się z obowiązku moralnego, jakim jest poszanowanie cudzej autonomii, może zostać uznane za konieczne, pomimo przemawiających przeciwko temu, spodziewanych konsekwencji takiego postępowania.

Którą z tych możliwości wybrałby zwolennik podejścia proponowanego przez Beauchampa i Childressa? Stałaby on przed zadaniem starannego „zbadania znaczenia każdego z konkurujących ze sobą obowiązków *prima facie*”. W badaniu tym powinien (zgodnie z zaleceniami Rossa) kierować się pragnieniem znalezienia takiego rozwiązania, które będzie się łączyć z największą z możliwych w danych okolicznościach przewagą dobra nad złem. Przypuśćmy więc, że po wnikli-

wym rozpatrzeniu sytuacji, wzięwszy pod uwagę wszystkie przytoczone już racje, lekarz doszedłby do przekonania, że — jak zapewne by to ujął — „najważniejsze jest dobro pacjenta” i że *prima facie* obowiązek poszanowania autonomii pacjenta może w tej sytuacji zejść na plan dalszy. Aby ostatecznie upewnić się w swoim przekonaniu, lekarz wzięłby jeszcze pod uwagę wymienione przez Beauchampa i Childressa cztery warunki zezwalające na sformułowanie sądu o wyższości jednego obowiązku *prima facie* nad drugim.

Wydaje się, że każdy z tych warunków można uznać za spełniony. Po pierwsze, szanse na osiągnięcie celu, jakim jest tutaj przeprowadzenie zabiegu bez wzbudzania niepokoju pacjentki, są w pełni realne. Po drugie, o tyle, o ile spokój pacjentki uznaje się za dobro nadrzędne, niewywiązywanie się z obowiązku poszanowania jej autonomii wydaje się konieczne. Nie ma tu przecież żadnego innego, trzeciego rozwiązania, skoro prawdy nie można ujawnić „częściowo”, a nawet najbardziej przekonywające i skuteczne uspokajanie pacjentki nie „anuluje” jej zaniepokojenia i nie uczyni go niebyłym. Po trzecie, z tego samego powodu, sposób postępowania wybrany przez lekarza nie ma żadnych, bardziej lub mniej atrakcyjnych z moralnego punktu widzenia wariantów. „Nie mówić pacjentce o ryzyku” jest tutaj jedynym możliwym (i, tym samym, najmniejszym z możliwych) naruszeniem obowiązku moralnego. Po czwarte, osoba działająca nie ma szans na zminimalizowanie skutków swojego postępowania. Wydaje się zatem, że można to rozwiązanie uznać za zgodne z podejściem postulowanym przez Beauchampa i Childressa.

Przyjrzyjmy się innemu przykładowi²⁰:

Ralph Cobbs został przyjęty do szpitala w związku z koniecznością leczenia wrzodu dwunastnicy. Poddano go serii testów i przepisano leki dla złagodzenia przykrych objawów choroby. Ponieważ bóle i mdłości nie ustępowały, postanowiono przeprowadzić operację. Pacjent został poinformowany przez chirurga — dra Granta — o charakterze operacji oraz, bardzo pobieżnie, o ryzyku związanym z poddaniem się ogólnemu znieczuleniu.

Dziewięć dni po operacji pan Cobbs zaczął odczuwać silny ból brzucha. Jego domowy lekarz doradził mu powrót do szpitala, gdzie nieomal natychmiast, ze względu na szybko pogarszające się samopoczucie chorego, podjęto następną operację. Jak się okazało, w następstwie pierwszej operacji doszło do uszkodzenia śledziony i związanego z tym silnego krwotoku. W tej sytuacji dr Grant uznał za konieczne usunięcie tego organu. Uszkodzenie śledziony stanowi ryzyko nieodłączne związane z takim operacjami jak ta, której poddany został pan Cobbs. Prawdopodobieństwo, że konieczna będzie jeszcze jedna operacja wynosiło około 5%.

Miesiąc po powrocie do domu pan Cobbs zaczął ponownie odczuwać dolegliwości, tym razem w okolicy żołądka. W niespełna cztery miesiące od poprzedniej operacji pacjent musiał zostać ponownie przyjęty do szpitala. Ponownie też, w związku

²⁰ T.L. Beauchamp, J.F. Childress, *Principles of Biomedical Ethics*, Case 8, s.409-410.

ze stwierdzeniem wrzodu żołądka, konieczna okazała się operacja. W jej wyniku, aby zmniejszyć jego zdolność do wydzielania kwasu, usunięto 50% żołądka. Rozwinięcie się nowego wrzodu także stanowi ryzyko stale związane z operacją wrzodu na dwunastnicy.

Wkrótce pan Cobbs znalazł się po raz czwarty w szpitalu. Tym razem przyczyną był wewnętrzny krwotok spowodowany przez przedwczesne wchłonięcie (absorpcję) szwu. To także było ryzyko nieuchronnie związane z operacją. Po upływie tygodnia krwotok zaczął się zmniejszać i pacjent mógł opuścić szpital po raz ostatni.

Pan Cobbs wniósł do sądu sprawę przeciwko doktorowi Grantowi, zarzucając mu zaniedbania dwojakiego rodzaju: po pierwsze — niedbałe przeprowadzenie operacji, po drugie — nie poinformowanie go o ryzyku związanym z pierwszą operacją. Powołany przez sąd biegły stwierdził, że operacja przeprowadzona została właściwie; wszystkie nieprzyjemności, których doświadczył pan Cobbs, stanowiły nieodłączne ryzyko operacji, nie zaś rezultat zaniedbań lekarza.

Znacznie trudniejszy do odparcia okazał się drugi zarzut. Chociaż lekarz wyjaśnił choremu naturę proponowanej operacji, a następnie przeprowadził ją zgodnie z zasadami sztuki lekarskiej, nie poinformował chorego o możliwości uszkodzenia śledziony, utworzenia się nowego wrzodu, wewnętrznego krwawienia spowodowanego przedwczesną absorpcją szwu oraz o konieczności przeprowadzenia wówczas dodatkowych operacji. Dr Grant starał się przekonać sąd, że jest niezwykle rzadką praktyką w medycynie ujawnianie ryzyka o tak małym prawdopodobieństwie i że jego postępowanie powinno być oceniane wyłącznie w świetle przyjętych w praktyce standardów.

Czy słuszne było oskarżenie, z jakim przeciwko doktorowi Grantowi wystąpił pan Cobbs? Aby sformułować odpowiedź na to pytanie w sposób zgodny z zaleceniami Beauchampa i Childressa, powinniśmy, tak jak poprzednim razem, wnikliwie zbadać znaczenie każdego spośród wchodzących tutaj w grę obowiązków *prima facie*. Sytuacja, z jaką mamy tu do czynienia, jest identyczna z poprzednią — chodzi o konflikt obowiązków życzliwości (lub nieszkodzenia) i poszanowania autonomii pacjenta. Do konfliktu tego dochodzi jednak w innych okolicznościach.

Dr Grant prawdopodobnie w ogóle nie zastanawiał się nad możliwością poinformowania pacjenta o ryzyku tak skomplikowanych powikłań pooperacyjnych, chociaż z pewnością zdawał sobie z niego sprawę. Uważał zapewne za rzecz oczywistą, że pomimo groźby takich komplikacji pacjentowi zdecydowanie opłaca się podjąć to ryzyko. Tego bilansu plusów i minusów, spodziewanych korzyści i grożących niebezpieczeństw, lekarz dokonał sam, być może bezwiednie „wyręczając” w tym pacjenta. Czy wolno mu było tak postąpić? Czy wolno mu było uznać obowiązek poszanowania autonomii pacjenta za — w danej sytuacji — drugoplanowy i za ważniejsze uznać wywiązanie się z obowiązku działania

dla dobra chorego? Podczas rozprawy w sądzie przewagę zyskała sobie w tej kwestii opinia negatywna. Lekarz powinien ujawnić choremu wszystkie informacje istotne dla sensownego podjęcia decyzji we własnej sprawie. Zatajenie przed nim tych informacji uniemożliwia mu racjonalne przemyślenie własnej sytuacji, podjęcie decyzji i wyrażenie świadomej zgody na proponowane leczenie. Może to nawet czynić lekarza w jakiś sposób odpowiedzialnym za doznane później przez pacjenta krzywdy.

Czy opinię tę, jako sposób rozstrzygnięcia konfliktu obowiązków *prima facie*, można uznać za zgodną z koncepcją Beauchampa i Childressa? Czy możemy przyjąć, że w opisanej tu sytuacji obowiązek poszanowania autonomii pacjenta nie może zostać zlekceważony i że wobec tego staje się on faktycznym obowiązkiem, którego lekarz nie może nie wypełnić? Wydaje się, że tak i że cztery warunki, które należy spełnić przy podejmowaniu takich decyzji, byłyby istotnie spełnione. Szanse na osiągnięcie celu, jakim jest w tym przypadku umożliwienie pacjentowi samodzielnego decydowania o sobie, są realne. Naruszenie obowiązku życzliwości — jeżeli przez życzliwość rozumieć będziemy dążenie do zapewnienia pacjentowi niczym nie zmaćanego, dobrego samopoczucia — jest istotnie konieczne, ale da się wyraźnie zminimalizować, jeżeli lekarz, informując pacjenta, nie zapomni o potrzebie przedstawiania „dobrych” i „złych” wiadomości we właściwych, tj. zgodnych z rzeczywistością proporcjach.

Poważne wątpliwości może tu budzić jedynie samo potraktowanie stosunku, w jakim pozostają do siebie te obowiązki jako alternatywy. Czy można sensownie twierdzić, że lekarz, wybierając obowiązek poszanowania autonomii pacjenta, narusza obowiązek działania dla jego dobra (lub obowiązek nieszkodzenia mu), że lekceważy go lub uznaje za drugoplanowy? Wydaje się przecież, że informując pacjenta o grożącym mu niebezpieczeństwie wypełnia on oba te obowiązki jednocześnie. Być może więc tylko w tym przypadku, być może jednak i w innych, takiego konfliktu pomiędzy obowiązkami życzliwości i poszanowania autonomii po prostu nie ma.

Mamy więc dwa różne rozwiązania tego samego przecież problemu, jakim jest w obu przypadkach ocena nie wywiązania się lekarza z obowiązku poinformowania pacjenta. Oba rozwiązania sformułowane zostały zgodnie z procedurą proponowaną przez Beauchampa i Childressa. Czy różnice pomiędzy tymi historiami są istotne na tyle, że mogłyby usprawiedliwić różnicę pomiędzy rozwiązaniami?

Istotną z moralnego punktu widzenia byłaby ewentualna różnica w kompetencji obojga pacjentów, w ich zdolności do zrozumienia przekazywanych informacji i świadomego podjęcia decyzji. W obu przypadkach jednak lekarze mieli do czynienia z ludźmi dorosłymi, zdrowymi psychicznie i przytomnymi.

Obaj lekarze próbowali usprawiedliwić nie udzielenie informacji znikomością ryzyka grożącego pacjentowi. Należy w związku z tym podkreślić, że sama tylko wielkość ryzyka związanego ze stosowaniem jakiejś metody diagnostycznej

lub leczniczej, w przybliżeniu znana lekarzowi i wyrażona w procentach, nie może być traktowana jako czynnik decydujący. Decydująca jest subiektywna ocena tej wielkości dokonana przez pacjenta. Nawet więc gdyby ryzyko w jednym przypadku było, obiektywnie rzecz biorąc, znacznie mniejsze niż w drugim, nie stanowiłoby to jeszcze samo w sobie argumentu usprawiedliwiającego nieujawnianie go pacjentowi. (Można mieć zresztą wątpliwości, czy względ ten istotnie zadecydował o nie ujawnieniu informacji przez lekarza w drugim przypadku, skoro nie poinformował on pacjenta o pięcioprocentowym prawdopodobieństwie wystąpienia pooperacyjnych powikłań, które uczyniły konieczną następną operację, wcześniej zaś wspominał mu o znacznie mniejszym ryzyku związanym z ogólnym znieczuleniem).

Wydaje się więc, że jeżeli mielibyśmy traktować sposób myślenia Beauchampa i Childressa jako propozycję pewnej teorii etycznej, należałoby tutaj wysunąć przeciwko niej pewien istotny zarzut: być może nie jest ona w stanie spełnić formułowanego zwykle wobec teorii etycznych oczekiwania — że podobne traktowane będzie podobnie, że rozwiązanie uznane za właściwe w sytuacji X zalecane będzie jako słuszne we wszystkich innych, pod istotnymi względami podobnych sytuacjach Xn . Zarzut ten formułowany jest pod adresem wszelkich teorii znajdujących inspirację dla siebie i metaetyczny fundament w intuicjonizmie. Koncepcja Beauchampa i Childressa narażona jest również na inne zarzuty wysuwane wobec tego rodzaju teorii.

Intuicje moralne poszczególnych ludzi bardzo często różnią się wyraźnie od siebie, nawet jeżeli są to ludzie żyjący w tym samym czasie i miejscu, należący do tego samego kręgu kulturowego, wyznający tę samą religię. Co więcej, nawet jeden i ten sam człowiek może w różnych okresach swojego życia odczuwać różne intuicje wobec tych samych zagadnień moralnych. Jak odróżnić intuicje właściwe od niewłaściwych? A co począć ze zjawiskiem ślepoty moralnej? Każdy przecież człowiek jedne wartości postrzega lepiej (zajmują one w jego hierarchii wartości wysoką pozycję), inne gorzej, a jeszcze innych — wcale.

W trudnych przypadkach, bez jakiegoś uprzednio już przyjętego porządku, warunki ograniczające naruszanie obowiązków *prima facie* mogą się okazać niewystarczające, nie wiadomo bowiem dokładnie, czym mierzyć niezbędność danego naruszenia, tudzież, jak ustalić, czy jego skutki są „najmniej szkodliwe” z możliwych. Takiej wspólnej miary nie sposób znaleźć przyjmując założenia intuicjonistyczne. Intuicjonizm nie dostarcza kryteriów, które pozwalałyby odróżniać intuicje trafne od błędnych i, tym samym, nie czyni zadość wymaganiom stawianym racjonalnej argumentacji — aby można ją było przedstawić w sposób dla każdego zrozumiały i aby każdy mógł przekonać się o jej słuszności. Jak zauważają krytycy tej koncepcji: „Kiedy autor nie przedstawia swojej teorii jasno i wyraźnie, nie podporządkowuje się tym samym rygorom, którym poddaje się ten,

kto to czyni”²¹. Odwołując się do intuicji, przenosimy filozofowanie w dziedzinę własnych, prywatnych odczuć. Porzucamy ten sposób pojmowania filozofii, który każe traktować filozofowanie jako wymianę argumentów, rozmowę, poszukiwanie wspólnego języka i porozumienia.

W jakiś sposób pogarsza sytuację fakt, że Beauchamp i Childress starają się uzgodnić ze sobą dwie różne teorie etyczne, dwa zasadniczo odmienne sposoby myślenia — utylitaryzm i etykę deontologiczną. Uniemożliwia to często nie tylko rozstrzygnięcie nieporozumień, ale nawet ustalenie, co stanowi ich podłoże.

III

W.D. Ross do najważniejszych zadań etyki zaliczał porządkowanie naszych przekonań moralnych tak, aby stały się one dla nas samych bardziej zrozumiałe i aby nie były ze sobą sprzeczne. Jego zdaniem, etyka powinna pomagać nam w sytuacjach moralnie trudnych, w których dochodzi do konfliktu obowiązków, powinna też ułatwiać nam zajęcie jakiejś postawy wobec faktu, że trudno dziś wskazać taką normę moralną, która byłaby powszechnie i bez zastrzeżeń uznawana i przestrzegana. Do jej zadań należy ponadto zgłębianie znaczenia podstawowych terminów etycznych, rozpoznanie źródeł i istoty wiedzy etycznej oraz ustalanie właściwych sposobów prowadzenia dyskusji w tej dziedzinie²². Z takiego sposobu myślenia o etyce wynika, że zadaniem filozofa zajmującego się moralnością powinno być służenie pomocą tym, którzy wykonując takie czy inne zajęcia, np. zawód lekarza, odczuwają potrzebę filozofowania — pragną lepiej rozumieć sens własnych poczynań, ich cel i uzasadnienie, nie poprzestają na pytaniu „jak?”, pytają też „po co?” i „dlaczego?”, chcą przede wszystkim wiedzieć, czy to, co robią, jest dobre i słuszne, chcą lepiej rozumieć samych siebie, uporządkować własne przekonania moralne i znaleźć w tym jakieś trwałe oparcie, poczuć pod stopami twardy grunt w świecie powszechnej nietrwałości poglądów i ocen, norm i wartości.

Na zupełną obojętność wobec tego, co się robi, pozwalają sobie jedynie ludzie całkowicie bezmyślni. Jeżeli myślimy, dostrzegamy również, że wolimy jeden sposób postępowania od drugiego, że pewne czyny, a także pewne rodzaje zajęć, wydają nam się bardziej od innych wartościowe. Nawet jeżeli przekonał się już, że nie da się udowodnić w sposób wszystkich zadowalający, że jeden sposób bycia jest lepszy od drugiego, możemy jednak wciąż odczuwać potrzebę podejmowania prób w tym kierunku. Nie przeszkadza w tym świadomość, że liczyć tu można jedynie na prowizoryczne rozwiązania, że o ile myślimy, o tyle też uświadamiamy sobie konieczność bezustannego rewidowania własnych poglądów. Książka Beauchampa i Childressa sprawia miejscami wrażenie, jak gdyby

²¹ K.D. Clouser, B. Gert, *A Critique of Principlism*, dz. cyt., s. 228.

²² W.D. Ross, *Foundations of Ethics*, Oxford 1939 s. 312.

jej autorzy pragnęli za wszelką cenę uniknąć oskarżenia ich o apodyktyczność, o to, że odkryli w swoim mniemaniu prawdę i chcą teraz nauczać jej innych. Dlaczego jednak mielibyśmy sądzić, że ktoś cierpiący na „głód prawdy”, miałby zarazem odczuwać pokusę pouczenia innych, że chciałby własne stanowisko czy teorię ogłaszać innym jako jedynie słuszną i prawdziwą? Człowiek myślący ma świadomość, że żaden kodeks moralny, żadne autorytety, żadna teoria, nawet własna, nie zwalniają go z odpowiedzialności za własne postępowanie, a co za tym idzie — z obowiązku myślenia. I tu przydatna może mu się okazać osoba filozofa. Jeżeli pomoc, jakiej udziela on ludziom stojącym przed trudnymi wyborami, okazuje się niewielka, to nie wynika to ze zbyt wielkiego, lecz raczej ze zbyt nieśmiałego zaangażowania się w próby rozstrzygania najtrudniejszych sporów filozoficznych, a już szczególnie z niechęci do jasnego opowiedzenia się w tych sporach po którejkolwiek ze stron. Jeżeli laicy czegośkolwiek w ogóle oczekują od zawodowych filozofów, to przede wszystkim jakiegoś określonego, jasnego stanowiska w interesującej ich kwestii, jakiejś rady, a dopiero później, ewentualnie, propozycji przeczytania „trzydziestu stron rozróżnień i rozważań”. Uzasadnienie głoszonych poglądów, sformułowanie stojących za nimi racji wraz z obiektywnym i rzetelnym przedstawieniem kontrargumentów jest naturalnie czymś absolutnie niezbędnym, wieńczyć to musi jednak jakaś „kropka nad i” — konkretne wnioski i wskazówki. To, że te wskazówki mogą okazać się błędne i że trzeba je będzie w takim razie odrzucić, jest zwykle dla laika czymś najzupełniej oczywistym, nie trzeba mu więc o tym osobno przypominać. Filozofowi powinno przede wszystkim zależeć na tym, aby to odrzucenie możliwie najbardziej utrudnić. Tylko w ten sposób filozof właściwie wypełnia swoje zadanie, tylko w ten sposób bowiem może pomóc tym, którzy chcą więcej zrozumieć — zmuszając ich do myślenia.

T.L. Beauchamp i J.F. Childress unikają stawiania „kropek nad i”. Omawiając dany problem, umożliwiają czytelnikowi zapoznanie się z różnymi próbami jego rozwiązania, wskazując na związane z tym trudności, kwestię oceny i wyboru właściwego rozwiązania pozostawiają jednak otwartą. To sprawia, że — co starałem się tutaj pokazać — dwa sprzeczne ze sobą rozwiązania mogą okazać się równie „dobre”, tzn. tak samo spójne z proponowanym przez autorów sposobem myślenia. Zdają się oni mówić: wybieraj — poinformowanie chorego możesz w jednym przypadku uznać za obowiązek lekarza, w innym, chociaż bardzo podobnym, możesz uznać — jeżeli tak podpowie ci twoja intuicja — że lekarz nie ma takiego obowiązku²³.

²³ Wszystkie sformułowane tu zarzuty znajdują zastosowanie o tyle, o ile wolno traktować sposób myślenia autorów jako propozycję pewnej teorii etycznej. Ich zamiary nie są jednak w tej kwestii oczywiste. Osobiście uważam, że autorzy wnieśli duży wkład w stworzenie języka współczesnej bioetyki. Posługując się nim można, być może, skonstruować dobrą teorię etyczną.

Mimo iż na ogół docenia się społeczne znaczenie, jak również filozoficzną doniosłość problemów dyskutowanych w bioetyce, wielu filozofów uznaje ją za dyscyplinę intelektualnie podrzędną i jałową, nie wnoszącą istotnego wkładu do rozwoju filozofii²⁴. Sądzę, że jedynym sposobem na zmianę tych krytycznych opinii może być tylko większe zaangażowanie się bioetyków w próby rozstrzygnięcia trudnych zagadnień filozoficznych, nie zaś poprzestawanie na samym ich wyliczaniu i opisywaniu. Nie powinni oni zapominać, że litera „i” pozbawiona kropki przestaje być czytelna, to zaś, co nieczytelne, łatwo zamazuje się w pamięci i dostarczyć może autorowi doraźnych jedynie korzyści.

Philosopher as a moral expert

Philosophers must assert or deny something, especially those who let themselves be hired as experts. It can be noticed quite often, however, that philosophers specializing in some fields--and medical ethics is the best case in point — take up a position that does not easily yield clear judgments that either assert or deny. In medical ethics the most popular position is probably „principalism” or „the ethics of principles”. This theory has its counterpart in the metaethical intuitionism of W.D. Ross. It can be shown that the two theories can be used to support mutually exclusive solutions of moral problems.

²⁴ Są oczywiście prace, co do których nawet krytycy bioetyki przyznają, że posiadają znaczną wartość filozoficzną. Należy do nich m.in. książka Jonathana Glovera *Causing Death and Saving Lives*, London 1977.