

Bioetyka regulacji i bioetyka teoretyczna

Alicja Przyłuska-Fischer

Zgadzam się z opinią prof. Barbary Chyrowicz, że dyskusja na temat potrzeby odwoływania się przez bioetykę do przesłanek metafizycznych wymaga uściślenia dwóch kwestii: co rozumiemy przez „bioetykę” i jakie mamy wobec niej oczekiwania. Nie podzielam jednak wyrażanego przez nią przekonania, że „hybrydowe modele bioetyki” mogą służyć jedynie do pragmatycznego uzgodnienia stanowiska moralnego i nie wykraczają poza konsens. Sądzę, że stanowisko, zgodnie z którym pluralizm wartości nie pozwala w konfliktowych sytuacjach na znalezienie ostatecznych racji uzasadniających powinność moralną działania, nie musi oznaczać rezygnacji z filozoficznego charakteru rozważań bioetycznych. Bioetyka musi się zmierzyć z tymi samymi problemami metodologicznymi, przed jakimi staje współczesna etyka jako dyscyplina filozoficzna. Najważniejszym z tych problemów jest kwestia uzasadnienia.

Na wstępie należy odróżnić wyraźnie od siebie tzw. „bioetykę regulacji” i „bioetykę teoretyczną”. Celem bioetyki regulacyjnej jest osiągnięcie kompromisu na poziomie praktycznych zasad postępowania, ustalenie reguł, które mogą być zaakceptowane przez wszystkich, pomimo dzielących ich różnic w stanowiskach filozoficznych, aksjologicznych i etycznych. Etyka regulacji zajmuje umiarkowane stanowisko pomiędzy całkowitym odrzuceniem nowych możliwości technicznych współczesnej medycyny a ich bezrefleksyjną akceptacją. Jedną z zalet koherencyjnego modelu etyki medycznej jest jasne wyłożenie siatki wartości, na których powinny opierać się rozważania bioetyczne (szacunek dla autonomii, niekrzywdzenie, życzliwość i sprawiedliwość)¹. Zaproponowany przez T. L. Beauchampa i J. F. Childressa model bioetyki daje, w mojej opinii, dobrą podstawę do przedstawiania i analizowania problemów moralnych medycyny, choć nie do

¹ Beauchamp i Childress [1994].

ich jednoznacznego rozstrzygnięcia. Jest jednak bardzo często wykorzystywany w bioetyce do ustalenia zasad, jakimi powinniśmy się kierować wprowadzając do praktyki daną metodę profilaktyki, leczenia czy diagnostyki, a także do ustalania podstaw regulacji prawnych. Bioetyka regulacyjna jest potrzebna a nawet konieczna wtedy, gdy zachodzi potrzeba zadbania o to, aby proponowane metody leczenia spełniały kryteria istotne dla etyki medycznej i były zgodne z obowiązującym prawem (np. terapia transplantacyjna, zasady prowadzenia poradnictwa genetycznego). Nie jest jednak wystarczająca w sytuacji, w której podstawowe pytanie dotyczy zasadności podejmowania jakiejś procedury medycznej lub rodzaju eksperymentów naukowych np. na zarodkowych komórkach macierzystych. Pojawia się wtedy z całą ostrością pytanie o to, jakie mamy podstawy etyczne i filozoficzne do podejmowania takich decyzji i na czym powinniśmy się opierać.

W literaturze bioetycznej narodziny „ruchu bioetycznego” wiąże się nie tylko z pierwszą transplantacją serca i sformułowaniem tzw. harwardzkiej definicji śmierci mózgu. Istotne znaczenie miało także podanie do publicznej wiadomości informacji na temat przeprowadzania eksperymentów medycznych bez zgody osób badanych, a także na temat stosowania pozamedycznych (społecznych) kryteriów dostępu do programu dializ². Inspiracją do powstania bioetyki było dostrzeżenie możliwych konfliktów wartości, jakie wiążą się ze stosowaniem nowych technologii medycznych oraz, jak pisze A. R. Jonsen, obrona jednostek przed naruszaniem ich praw przez dysponujące coraz większymi możliwościami instytucje medyczne³. I choć ta interpretacja pomija milczeniem inne czynniki istotne dla rozwoju bioetyki, to jej echo pobrzmiewa w tytule europejskiej konwencji bioetycznej – *Europejska konwencja o prawach człowieka i godności istoty ludzkiej wobec zastosowań biologii i medycyny*. Bioetyka regulacyjna wprowadziła do medycyny i etyki medycznej wartości, które są szeroko

² Mam na myśli artykuł Beecher [1966] oraz opublikowany w 1962 r. w tygodniku „Life” artykuł pt. *They Decide Who Lives, Who Dies* na temat działającego w Seattle komitetu etycznego, którego zadaniem było dokonywanie – na podstawach poza-medycznych – wyboru pacjentów do realizowanego programu dializ. Por. Jonsen [1993].

³ Por. Jonsen [1993].

akceptowane w naszej kulturze, a które nie były w dostatecznym stopniu uwzględniane w tradycyjnej etyce medycznej, jak np. godność, poszanowanie dla autonomii moralnej człowieka, sprawiedliwość, prawdomówność, prywatność. Filozoficzna krytyka przyjmowanego tradycyjnie w medycynie biomedycznego modelu człowieka doprowadziła do ukształtowania się modelu holistycznego, podkreślającego oprócz czynników biologicznych i psychicznych także wagę czynników emocjonalnych, społecznych, duchowych i aksjologicznych. Uważam, że są to wymierne korzyści płynące z refleksji bioetycznej uprawianej w ramach obowiązującego dotychczas paradygmatu, pozwalające jednocześnie na odrzucenie stawianego przez prof. Chyrowicz zarzutu „antropologicznej ascezy”.

Dyskusje etyczne pomiędzy etyką „jakości życia” a etyką „świętości życia” pokazują wyraźnie, że nadzieje na to, że bioetyka regulacji jest w stanie wypracować kompromisowe rozwiązanie we wszystkich spornych kwestiach etycznych w medycynie, są niemożliwe do spełnienia. Tu widzę konflikt – pomiędzy statusem dyscypliny filozoficznej czy etycznej (bo tak chciałabym bioetykę traktować), uprawianej zgodnie z zasadami racjonalnego dyskursu a naciskiem społecznym i politycznym na wykorzystywanie rozważań bioetycznych do uzasadnienia propozycji rozwiązań prawnych lub deontologicznych. Bioetyka traktowana jako narzędzie do osiągnięcia jednomyślnych rozstrzygnięć i formułowania propozycji rozwiązań prawnych przestaje być filozoficznym namysłem nad problemami, jakie niesie rozwój nauki i praktyki medycznej. Traci status dyscypliny naukowej uprawianej zgodnie z zasadami racjonalnego dyskursu i zaczyna podlegać społecznym, ekonomicznym i ideologicznym wpływom. Staje się narzędziem w rękach środowiska medycznego, które chce uzyskać akceptację dla wszelkich możliwych metod leczenia i prowadzenia badań naukowych i uzgodnić zasady ich prowadzenia.

Sądzę, że problemy moralne medycyny, związane np. z rozwojem technologii genetycznej i eksperymentami na zarodkach, nie mogą być rozwiązane w ramach bioetyki regulacyjnej, biorącej przede wszystkim pod uwagę użyteczność danej techniki dla realizacji podstawowego celu medycznego. Dyskusja na ten temat pozwala także dostrzec pewien paradoks związany z

rozwojem bioetyki. Jej zadaniem miała być obrona cenionych w kulturze wartości, które mogły wejść w konflikt z technologią medyczną oraz krytyka biomedycznego modelu człowieka. „Etyka regulacji” doprowadzi jednak przypuszczalnie do zalegalizowania eksperymentów na zarodkach i klonowania terapeutycznego. Złamie tym samym większość wypracowanych od czasów Kodeksu Norymberskiego zasad prowadzenia eksperymentów (kryterium autonomii, nieszkodzenia) i przyczyni się do odrodzenia w medycynie redukcjonistycznego, biologicznego modelu człowieka. Można by metaforycznie powiedzieć, że historia bioetyki zatoczyła koło. Znalezliśmy się dokładnie w punkcie wyjścia i powinniśmy zadać sobie pytanie, jakiej bioetyki potrzebujemy? Lub inaczej – w jaki sposób powinniśmy bronić istotnych dla naszej kultury wartości przed etyką regulacyjną.

D. Callahan, który – jak pisze prof. Chyrowicz – był jednym z pierwszych profesjonalnych bioetyków, widział konieczność dwutorowego rozwijania bioetyki: bioetyki regulacyjnej (ze względów praktycznych) oraz bioetyki teoretycznej⁴. Zadaniem bioetyki teoretycznej jest poszukiwanie ogólnych podstaw filozoficznych i etycznych do rozstrzygania problemów moralnych biologii i medycyny. Sądzę, że można ich poszukiwać w przesłankach antropologicznych, aksjologicznych i normatywnych, ale także w rozważaniach metaetycznych dotyczących istoty argumentacji etycznych.

Rolą bioetyki teoretycznej nie powinno być nierealne dążenie do osiągnięcia jednomyślności, lecz odpowiedź na pytanie, jakie istotne kwestie dotyczące wartościowania należy wziąć pod uwagę, aby stworzyć podstawę racjonalnej i odpowiedzialnej decyzji. Umiejętność widzenia świata jednocześnie z kilku perspektyw i pojawianie się konfliktów pomiędzy różnymi wartościami świadczy o złożoności zagadnień etycznych⁵. Oznacza tym samym rezygnację z postulowania racji określonego stanowiska normatywnego i określonej teorii etycznej. Dyskusja etyczna nie może też polegać na przedstawianiu własnych przekonań moralnych jako bezstronnych twierdzeń etycznych, nawet jeśli

⁴ Callahan [1993].

⁵ Nagel [1997].

wynikają one z tradycji uprawianego zawodu. Istotne jest uzasadnienie własnego stanowiska poprzez odwołanie się do bezstronnej i neutralnej argumentacji moralnej. Dlatego sądzę, że zaletą „hybrydowych modeli bioetyki” jest uznanie, że mnogość niesprowadzalnych do siebie obowiązków i wartości stanowi nieodłączny atrybut moralności. Wiąże się to z dostrzeżeniem konieczności istnienia dylematów moralnych. Jeśli zgodzimy się co do tego, że redukcyjna unifikacja etyki jest niemożliwa, a cechą człowieczeństwa jest zdolność widzenia świata z różnych punktów widzenia, to taki model etyki medycznej zasługuje na baczną uwagę. Nie zadowoli on jednak tych, którzy chcieliby uzyskać od bioetyków gotowe odpowiedzi na swoje pytania, ani tych, którzy lekarstwo na problemy metodologiczne etyki widzą w odwołaniu się do głosu sumienia.

Perspektywy zastosowania niektórych nowych technologii medycznych sprzyjają stawianiu pytań filozoficznych wykraczających znacznie poza kwestię „czy wolno prowadzić tego typu badania?” Do najważniejszych z nich należy pytanie o cele medycyny i wartości, jakim powinna ona służyć oraz pytanie o granice dopuszczalnych moralnie metod przedłużania i ratowania ludzkiego życia. Najbardziej istotne wydaje mi się jednak pytanie o to, w jaki sposób nowe formy terapii mogą wpłynąć na sposób rozumienia wartości życia człowieka, na przekonanie o niepowtarzalności i wyjątkowości życia każdej istoty ludzkiej oraz jakie zmiany spowodują w naszej kulturze i hierarchii akceptowanych w społeczeństwie wartości.

Uzależnianie oceny nowych technologii medycznych od użyteczności danej techniki dla realizacji postawionego celu medycznego, pomija milczeniem szerszy – społeczny, etyczny i kulturowy – aspekt medycyny. Dlatego też próba poszukiwania drogi pomocnej do zanalizowania i – być może – rozstrzygnięcia pojawiających się konfliktów wartości powinna zostać udzielona z szerszej perspektywy kulturowej. Może szansą na osiągnięcie porozumienia jest zmiana modelu uprawiania bioetyki, umiejętność wyjścia poza pewne schematy, które ukształtowały się przez ostatnie 40 lat? Może należy wrócić do udzielenia odpowiedzi na pytania, jakie stawiała etyka w starożytności: Jak należy żyć, żeby być człowiekiem uczciwym, godnym szacunku i szczęśliwym? Jakie wartości

powinny być szczególnie cenione w naszej kulturze? Jakimi zasadami powinna się kierować społeczność i jakie wartości chronić, żeby zachować podstawy swojej kultury? Nie wiem, czy ta płaszczyzna dyskusji potrafi lepiej uporać się z sytuacją konfliktu wartości, ale może dać szerszą perspektywę dla opisanego i zrozumienia tych dylematów wartości, przed jakimi stawia nas współczesna nauka.

Bibliografia

- Beauchamp i Childress [1996] – T. L. Beauchamp, J. F. Childress, *Zasady etyki medycznej*, tłum. W. Jacórzynski, Książka i Wiedza, Warszawa 1996.
- Beecher [1966] – H. Beecher, *Ethics and Clinical Research*, „New England Journal of Medicine” (274) 1966.
- Callahan [1993] – D. Callahan, *Why America Accepted Bioethics*, w: *The Birth of Bioethics*, red. A. R. Jonsen, „Hastings Center Report Special Supplement” (23/6) 1993.
- Jonsen [1993] – *The Birth of Bioethics*, red. A. R. Jonsen, „Hastings Center Report Special Supplement” (23/6) 1993.
- Nagel [1997] – T. Nagel, *Pytania ostateczne*, tłum. A. Romaniuk, Fundacja Aletheia, Warszawa 1997.