

Ks. PIOTR MORCINIEC

Opole, UO

MEDYCYNA LUDZKICH PRAGNIĘĆ Z PERSPEKTYWY BIOETYCZNEJ

1. Podwaliny medycyny pragnień – 2. Przejawy medycyny pragnień – 3. Akt symboliczny jako bioetyczny drogowskaz

Na początku uwaga wyjaśniająca. Niezależnie od brzmienia tytułu tekstu, nie zamierzam mówić o leczeniu ludzkich pragnień, co mogłaby sugerować jego tendencyjna interpretacja, gdyż poza fundamentalną wątpliwością wykonalności takiej terapii, na pewno nie podpadałoby ono pod kompetencje medycyny. Chodzi natomiast o spojrzenie z perspektywy, z której medycyna przedstawia się jako ludzka aktywność zmierzająca do zrealizowania pragnień, życzeń i fantazji człowieka.

Spróbujmy więc najpierw zapytać, czy takie podejście da się w ogóle zaobserwować, a jeśli tak — jakie jest podłoże takiego nastawienia i takich oczekiwań (1). Kolejny etap analizy zjawiska stanowić będzie wskazanie konkretnych przejawów takiego oglądu medycyny wraz z wybiórczymi ich konsekwencjami (2), aby ostatecznie wyciągnąć wnioski bioetyczne z konkretnego wydarzenia politycznego o charakterze wręcz symbolicznym (3).

Na samym początku chcę postawić mocną tezę, że tytułowe postrzeżenie medycyny istnieje, ale stało się możliwe dopiero w ostatnich dekadach XX w. Pewne przejawy nastawienia emocjonalnego, swoisty koncert życzeń dotyczących życia i zdrowia był prawdopodobnie wygrywany w różnych epokach ludzkich dziejów, miał jednak istotne przeszkody o bardzo fundamentalnym charakterze. Za takie uważam zarówno stan technicznego rozwoju medycyny, jak i radykalnie odmienną od współczesnej koncepcję samej medycyny i wyrastające z niej zasady etyki lekarskiej. Tym samym powyższe faktory wydają się być bezpośrednimi wyzwalaczami dla medycyny zorientowanej na oczekiwania konkretnej jednostki. Spróbujmy je scharakteryzować i odnieść do badanego fenomenu.

1. Podwaliny medycyny pragnień

Jako fundamenty nowego oblicza medycyny identyfikujemy kolejno: eksplozywny rozwój medycyny technicznej, pojawienie się odmiennej (lub odmiennych)

koncepcji medycyny oraz ewolucję pryncypiów etyki życia w jej odświeżeniu lekarskiej. Pierwszy z czynników nie wymaga — jak się wydaje — szerszego omawiania. Logiczny jest bowiem wniosek, że dopiero pojawienie się technicznych możliwości stworzyło realny punkt odniesienia dla oczekiwań formułowanych (być może) jako swoiste *science fiction*¹. O zaspokajaniu pewnych kategorii ludzkich pragnień, niemożliwych do zrealizowania przez sam podmiot, można bowiem mówić w dwu kontekstach: wiary religijnej, w której wyprasza się u Siły Wyższej (Boga) interwencję dokonującą oczekiwanej zmiany, i posiadanych możliwości technicznych, przy pomocy których takie zmiany można spowodować. Drugi wariant nie wyklucza, rzecz jasna, sprawczej ingerencji Boga.

Dokonując bilansu technicznych możliwości medycyny, stwierdzamy, że jej potencjał jest ogromny, choć oczekiwania i tak go przerastają. Ponadto minione dekady pokazały, że przesadna wiara w samą technikę przynosi zasadniczo rozczarowania. Potwierdzeniem tego faktu jest współczesne zagubienie nowożytnego „optymizmu technicznego”, który ustąpił miejsca fundamentalnym wątpliwościom i obawom o wystarczalność ludzkich sił do sterowania gigantycznymi możliwościami naukowo-techniczno-ekonomicznymi oddanymi w nasze ręce. Z drugiej strony, nie ma jednak potrzeby dyskusowania, czy współczesna medycyna może zrealizować wiele ludzkich tęsknot i pragnień, ponieważ odpowiedź jest jednoznacznie twierdząca. W świetle powyższego, pozostają do zbadania pozostałe dwa wymienione czynniki, którym się obecnie przyjrzymy.

1.1. Koncepcje medycyny wraz z ich cechami charakterystycznymi

Aby unaocznic dokonujące się zmiany mentalne, przywołajmy podstawowe określenie medycyny z *Encyklopedii Bioetyki*: jest to

wiedza teoretyczno-praktyczna obejmująca zakres wiadomości o zdrowiu i chorobie, mająca na celu rozpoznanie choroby, jej pełne wyleczenie oraz zapobieganie występowaniu chorób w populacji².

Zarówno więc od strony przedmiotu badania, jak i celowości, tak rozumiana medycyna koncentruje się na walce z chorobą i przywracaniu zdrowia (wraz z funkcją profilaktyczną), nie pojawia się natomiast nawet wzmianka o pragnieniach, życzeniach pacjenta. Podobnie zresztą analiza celów medycyny wskazywanych w literaturze fachowej pozwala na usytuowanie ich w obszarze promowania zdrowia, przewycięzania chorób i związanych z nimi cierpień (ból), otoczenia opieką każdego chorego i mierzeniu się z przemijalnością (śmiercią) człowieka³, bez punktu zaczepienia dla medycyny życzeniowej.

¹ Jako przykład mogą posłużyć obecne w myśli ludzkiej od mitologii postacie satyrów i innych stworów zwierzęco-ludzkich, których realna kreacja stała się możliwa (w przewidywalnej przyszłości) w oparciu o techniki reprodukcyjne, w ramach których łączy się gamety ludzkie i zwierzęce (hybrydy).

² G. HOŁUB, *Medycyna*, w: A. MUSZALA (red.), *Encyklopedia Bioetyki*, Radom 2005, s. 275.

³ Zob. *tamże*, s. 278.

W medycynie rozumianej jak wyżej człowiek był widziany integralnie (także w swoich relacjach z Bogiem i ludźmi), a terapię rozumiano jako spotkanie osoby lekarza z osobą pacjenta, który cały był chory, cały cierpiał i całego leczono⁴. Ewolucja obserwowana we współczesnej medycynie doprowadziła do tego, że w opracowaniach tematycznych nieprzypadkowo mówi się o załamaniu tradycyjnego obrazu człowieka⁵. Zwiastunem nowego była niewątpliwie powszechnie znana definicja zdrowia WHO, w świetle której: „Zdrowie to pełny dobrostan fizyczny, psychiczny i społeczny, a nie tylko sama nieobecność niedyspozycji czy chorób”⁶. Nie podejmując polemiki, ani nie rozwijając wątku jej maksymalistycznego sformułowania, zwracam jedynie uwagę na zakwestionowanie tradycyjnego postrzegania zadania medycyny w postaci przezwyciężenia chorób. Zadanie zostaje pośrednio zdefiniowane jako „troska o pełny dobrostan”, a to oznacza, że można już domagać się od medycyny zrealizowania pragnień pacjenta, które poprawią jego dobre samopoczucie. Podsumujmy konsekwencje tak określonej nowej wizji medycyny.

Wśród istotnych nowych tendencji w medycynie⁷ wskazuje się najpierw na odejście od widzenia natury jako wartościowej samej w sobie i posiadającej sens⁸. W świetle tradycyjnej zasady: *medicus curat, natura sanat, Deus salvat* (lekarz leczy, natura uzdrowia, Bóg zbawia) właśnie natura człowieka wyznaczała sposób służebnego podejścia medycyny, której zadanie pojmowano jako odczytanie i wykorzystanie przede wszystkim własnych sił całościowo pojętego organizmu. Nowoczesna medycyna sprowadziła rzeczywistość do poziomu aksjologicznie obojętnych faktów, a samego pacjenta do roli „przypadku chorobowego”, względem którego stosuje się „adekwatne do przypadku” sposoby leczenia. Takie spojrzenie zdefiniowało obydwie współpracujące podmioty (lekarza i pacjenta) jako decydentów, którzy mogą, a nawet powinni wedle subiektywnego uznania, zmieniać rzeczywistość, nadając jej dowolnie „wartość i sens”⁹.

Drugi podstawowy rys stanowi iluzja nieograniczonych ludzkich możliwości, w świetle której człowiek przy pomocy nauki i techniki zdolny jest do absolutnego panowania nad naturą. Pod wpływem tego przekonania radykalnej zmianie uległ

⁴ A. RIEDL, *Krankheit*, w: G. VIRT, H. ROTTER (red.), *Neues Lexikon der christlichen Moral*, Innsbruck – Wien 1990, s. 389.

⁵ Omówienie i krytyka — zob. R. LÖW, *Anthropologische Grundlagen einer christlichen Bioethik*, Com 19 (1990), nr 2, s. 98–103.

⁶ Pojęcie i szeroka analiza takiego pojmowania zdrowia — zob. J. WRÓBEL, *Medyczne i personalistyczne rozumienie zdrowia*, „Roczniki Teologiczne” (1999), t. XLVI, z. 3, s. 107–122.

⁷ Por. J. SCHMUCKER-VON KOCH, *Grundfragen der medizinischen Anthropologie*, w: P. KAMPITS (red.), *Medizin – Ethik – Recht*, Krems 1993, s. 188–190.

⁸ Rozwinięcie: H. RENÖCKL, *Gesundheit – Krankheit – Grenzen des Heilens*, „Anzeiger für Seelsorge” 107 (1998), z. 9, s. 417–419.

⁹ Równocześnie jednak, przynajmniej równie mocno, rozwijają się praktyki medycyny alternatywnej lub niekonwencjonalnej, które akcentują, czasem przesadnie, rolę naturalnych sił organizmu w procesie zdrowienia.

układ celów, które stawia sobie medycyna. Współcześnie opcja jakościowa tak daleko przewartościowała hierarchię celów, że niejednokrotnie najistotniejsze okazują się cele zastępcze. Jedne z nich są pozytywne i skądinąd ważne, jak np. łagodzenie cierpień, inne budzą moralny sprzeciw, np. przedłużanie konania, a nawet zabijanie (aborcja, eutanazja). Do ostatniej grupy należy szeroka paleta działań prowadzących do „produkcji człowieka” oraz oferta poczynań diagnozujących i korygujących cechy (m.in. genetyczne) uznane za nieodpowiednie w reprodukcji ludzi.

Iluzja medycznych możliwości była jednym z czynników, który doprowadził do coraz wyraźniejszego wykształcania się oczekiwań dotyczących „jakości życia” w społeczeństwie. Poddając ocenie to zjawisko, pozytywnym okazuje się zorientowanie konkretnej terapii na dobro chorego, na jakość–standard życia, jakie ona pacjentowi gwarantuje. Równocześnie stosowanie pojęcia „jakości życia” musi być stanowczo poddane refleksji bioetycznej. Okazuje się bowiem, że za koncepcjami nowoczesnej medycyny postępują nieraz wyobrażenia pacjentów o wartości zdrowia, które graniczą z absolutyzacją tego ostatniego, a to pociąga za sobą usiłowanie utrzymania „jakości zdrowia” za wszelką cenę. Człowiek powinien (antropologicznie) uwierzyć w swoją skończoność, w fakt istnienia granic ludzkich możliwości.

Z powyższej perspektywy, dla pacjenta medycyna staje się niejednokrotnie surogatem religii, w ramach której oczekiwania nieśmiertelności czy uwolnienia od chorób przeniesiono na „nowoczesnych kapłanów” w szpitalach i klinikach. Tragedia „nowej religii” polega jednak na tym, że ani ontologicznie nie jest ona w stanie spełniać pokładanych w niej oczekiwań, ani nie wypracowała adekwatnej interpretacji cierpienia. O ile z perspektywy religijnej cierpienie ma wartość zarówno doczesną, jak i zbawczą¹⁰, o tyle z punktu widzenia ideologii jakości życia jest ono jedynie bezsensownym „obniżeniem jakości”. Widocznymi efektami powyższych opcji w medycynie są dramatyczne konflikty na linii lekarz – pacjent, kończące się często w salach sądowych. Absurdalność nowej sytuacji polega na tym, że oczekiwania pacjentów, którzy zmienili się w „konsumentów medycyny”, rosą szybciej niż możliwości żywiołowo rozwijającej się dyscypliny, a tym samym zaufanie i szacunek dla lekarza — zamiast wzrastać z nowymi osiągnięciami terapeutycznymi — sukcesywnie maleje. Równocześnie sami chorzy stają się ofiarami takich tendencji rozwojowych. Lekarze bowiem, w odruchu obronnym, niejednokrotnie albo odmawiają terapii nierentownych lub źle rokujących chorych, albo dla rozwiania fałszywych nadziei — zbyt mocno podkreślają możliwe skutki uboczne lub negatywne perspektywy terapii, dodatkowo psychicznie obciążając pacjenta¹¹.

¹⁰ Rozwinięcie: JAN PAWEŁ II, *List apostolski „Salvifici doloris”*, Watykan 1984.

¹¹ G. SIEFER, *Gesundheit — nur ein Konsumartikel? Überlegungen zur Veränderung der Vorstellung von Gesundheit in der Gegenwart*, *ArztChr* 38 (1992), z. 3, s. 157.

Także wielu medyków zdaje się żywić wewnętrzne przekonanie, że powinni, a nawet muszą za wszelką cenę być aktywni w konfrontacji z pacjentem, korzystając z wszystkiego, co jest technicznie wykonalne. Efektem takich poglądów jest mnożenie eksperymentów pochłaniających coraz większe nakłady finansowe (problem rozdziału dostępnych środków) i posługiwanie się metodami i technikami budzącymi coraz większe wątpliwości etyczne. Radykalizując problem, można nawet utrzymywać, że medycyna sama „produkuje nowe problemy”, jak choćby przedłużanie długości życia bez możliwości zachowania jego dobrej jakości¹², przy równoczesnej ciągłej konfrontacji z fundamentalną prawdą o śmiertelności człowieka, z której przy wszystkich obietnicach i postępach medycyny nie sposób „wyleczyć”.

Istotnego znaczenia nabiera też zmienione patrzyenie na starość, którą próbuje się przedstawiać jako „kolejną chorobę”, przekazując pozawerbalny komunikat o tym, że wraz z postępem medycyny ją także „można będzie wyleczyć”¹³. Nie rozstrzygając, czy jest to nowoczesne wcielenie ludzkiej tęsknoty za nieśmiertelnością, podkreślić trzeba manipulacyjny charakter takiego „przesłania nieprawdy”. Niejako przy okazji dochodzi do zafałszowania obrazu człowieka, skoro sugeruje się, jakoby cierpienie, choroba, upośledzenie, starzenie się i śmierć były cechami ograniczonej mniejszości. Jest to zaprzeczenie fundamentalnych prawd o niedoskonałości, śmiertelności i przemijalności człowieka, podczas gdy w rzeczywistości należą one do „pełnego bycia człowiekiem”. Nienazwaną konsekwencją takiego widzenia rzeczywistości jest poddanie lub samopoddanie się człowieka bezwzględności procesów optymalizacyjnych, w trakcie których staje się on „przedmiotem obróbki”.

W bliskim związku z powyższymi znajduje się trzeci rys współczesnej medycyny, którym jest zdeformowane pojęcie szczęścia. Nieograniczony pęd do autonomii i samourzeczywistnienia wytwarza w człowieku przekonanie, że jest on w takim stopniu szczęśliwy, w jakim sam zdolny jest do zadecydowania o każdym szczególnie własnego życia, przy czym realizacja decyzji delegowana jest właśnie na personel medyczny. Tu też znajduje swoje pierwotne zakorzenienie medycyna ludzkich pragnień — swoisty medyczny koncert życzeń. Ostatecznie jednak takie „szczęście” oznacza totalną bezbronność osoby wobec manipulacji, nawet jeśli na nią wcześniej wyraziła zgodę.

W ramach tej opcji odnotować należy tendencję do przedstawiania i postrzegania choroby, a nawet cechy jedynie subiektywnie odrzucanej (np. elementy wy-

¹² Por. K. ARNTZ, *Unbegrenzte Lebensqualität? Bioethische Herausforderungen der Moralthologie*, Münster 1996, s. 346.

¹³ Z tego fundamentu wyrasta praktyczna realizacja sprecyzowanych pragnień, np. ujawnione i zrealizowane życzenia bogatych dotyczące zamrożenia (kriokonserwacja) własnego ciała lub głowy z nadzieją, że po rozmrożeniu za kilkadziesiąt lat medycyna będzie mogła zaradzić chorobom, na które aktualnie cierpieli. Logiczność takiego postępowania można jedynie obronić, mając nadzieję na terapeutyczne „pokonanie starości”, a może i śmierci.

glądu, sylwetki) wyłącznie jako defektu fizycznego, biochemicznego lub genetycznego, który da się i trzeba skorygować. Można nawet, zdaniem niektórych autorów¹⁴, mówić o propagandzie tworzącej rynki zbytu dla nowych osiągnięć medycznych. Z jednej strony budzi się euforyczne nadzieje wyleczenia i nagłaśnia kolejne sukcesy terapeutyczne w medycynie eksperymentalnej lub luksusowej, a usuwa się w cień „normalną terapię”. Z drugiej strony szuka się chorób, które nadawałyby się do leczenia przy pomocy konkretnej nowej metody. Dochodzi więc do odwrócenia zależności między stanem potencjalnego pacjenta a poczynaniami medycyny, bowiem tradycyjnie dla istniejącego schorzenia poszukiwano możliwości leczenia, obecnie zaś coraz częściej dla powstającej terapii szuka się odpowiednich chorób lub ingerencji korygujących.

Przedstawione powyżej tendencje obecne w medycynie zaowocowały stworzeniem dwóch jej nowych modeli¹⁵, które fundamentalnie różnią się od obrazu tradycyjnego. Pierwszy z nich to *consumer model* (model klienta), według którego lekarz informuje pacjenta o wszystkich możliwych alternatywach rozwiązania konkretnej sytuacji, a pacjent decyduje, które rozwiązanie wybrać. W tym modelu lekarz jest technicznym wykonawcą realizującym zamówienie klienta, zaś jego system wartości i przekonania nie są brane pod uwagę. Autonomia pacjenta jest w tym ujęciu zasadą centralną i pierwszorzędną, a jego pragnienia (życzenia) stają się normą i prawem. W przypadku tego modelu całkowicie przekreślona zostaje też rola i wolność sumienia lekarskiego, które w etyce tradycyjnej było instancją nadrzędną. Warto też zapytać o miejsce klauzuli sumienia w takiej konstrukcji, do czego wrócę poniżej.

Drugim modelem jest *contractual or negotiated model* (model umowy/negocjacji). Według niego, lekarz i pacjent wchodzi w dyskurs dotyczący wartości, akceptowanych i oczekiwanych działań, a także ich poglądów na życie i zdrowie. Lekarz staje się tu informatorem i równocześnie interpretatorem, który przyjmuje do wiadomości i ocenia życzenia chorego. Lekarz i pacjent jako autonomiczne podmioty akceptują układ, w myśl którego wspólnie będą decydować o stanie, dalszym losie, a nawet życiu pacjenta. Zawiązana umowa dotyczy tylko ich dwóch i nie powinna interesować żadnej trzeciej strony. Pacjent i lekarz są wolni, mogą więc zawrzeć umowę, która — w ich przekonaniu — będzie dla nich korzystna¹⁶. Konsekwentnie w ramach umowy następuje urzeczowienie stosowanych środków terapeutycznych (usługa z gwarancją), których jakość zabezpiecza właśnie dwustronna umowa między lekarzem a pacjentem, obowiązująca także w świetle prawa.

¹⁴ Por. I. SCHNEIDER, *Föten: der neue medizinische Rohstoff*, Frankfurt am M. – New York 1995, s. 170–171.

¹⁵ Warto zauważyć, że te koncepcje omawia się m.in. w ramach dyskusji nad eutanazją, która stała się możliwa właśnie na bazie nieograniczonej autonomii pacjenta.

¹⁶ Por. M. MUNZAROVÁ, *Eutanazie, nebo paliativní péče?*, Praha 2005, s. 40–41.

W miejsce etyki odpowiedzialności wkracza więc etyka umowy, w której funkcjonują mechanizmy konkurencji i język kontraktu¹⁷.

Po globalnym szkicu obrazu współczesnej medycyny technicznej pozostaje do rozwiązania jeszcze problem — stabilności i obowiązywalności podstawowych zasad etycznych w jej ramach. Problem ten nie jest wcale peryferyjny, jeśli uświadomić sobie, że te normy służą następnie do wartościowania różnych działań w medycynie, także tych realizujących ludzkie pragnienia.

1.2. Pryncypia współczesnej medycyny

Uświadamiając sobie etyczny punkt wyjścia, od którego rozpoczął się proces zmian, stwierdzamy, że w treści tradycyjnego etosu lekarskiego wyróżniano fundamentalne pryncypium oraz specyficzne wskazania etyczne dotyczące poszczególnych obszarów lekarskiego działania. Fundamentalna norma, której pierwsze sformułowania odnajdujemy już w Kodeksie HIPOKRATESA, daje się ująć w nakazie: lekarz „powinien zawsze to czynić, co według jego oceny i uznania służy dobru jego pacjenta”. Pryncypium przetrwało do dziś jako *patient-benefiting ethic* lub w postaci łacińskiej maksymy: *salus aegroti suprema lex esto*. Z nim koegzystuje druga zasada fundamentalna, która najpowszechniej znana jest w łacińskim brzmieniu: *primum non nocere* (zakaz szkodzenia)¹⁸. Pryncypium nieszkodzenia występuje w różnych sformułowaniach i z różną siłą zobowiązania. O kategorię zakaz szkodliwego działania chodzi tylko wtedy, gdy nie jest ono zalecane w całościowym interesie pacjenta. Nie można bowiem zapominać, że z obiektywnego punktu widzenia lekarz wielokrotnie „wyrządza choremu szkodę”, która ostatecznie służy globalnie pojętemu dobru tego ostatniego.

Dla naszej problematyki należy podkreślić, że tradycyjny etos lekarski był etosem indywidualistycznym i paternalistycznym¹⁹. Jest to etos „indywidualistyczny”, gdyż ma na względzie dobro konkretnego pacjenta, który stanowi punkt odniesienia lekarskiego działania. Wymownie oddaje to angielski tekst przysięgi genewskiej: *The health of my patient will be my first consideration*. Uderza jednak pod-

¹⁷ Por. H.D. WALLER, *Grenzen der Therapie und Ethik der Patientenaufklärung*, „Jahrbuch für Wissenschaft und Ethik” 3 (1998), s. 132–133.

¹⁸ Dosłownego brzmienia tej maksymy nie znajdujemy w przysiędze Hipokratesa, ale jest ona znaczeniowo dwukrotnie obecna, paralelnie do wystąpienia pryncypium służby dobru pacjenta: „Będę stosował leczenie (...) na pożytek chorych, według mojej możliwości i mojego rozumienia, a powstrzymam się od stosowania go na szkodę i krzywdę”, oraz: „Do jakichkolwiek domów wejdę, będę wchodził na pożytek chorych, będę dalekim od wszelkiej dobrowolnie wyrządzonej krzywdy i szkody” (wyróżn. P. M.). Por. J. GRZYWACZEWSKI, *Przysięga Hipokratesa*, „Niedziela” (1996), nr 41, s. 10.

¹⁹ Charakterystyka takiego stanowiska: W. SCHAUPP, *Der ethische Gehalt der Helsinki Deklaration. Eine historisch-systematische Untersuchung der Richtlinien des Weltärztebundes über biomedizinische Forschung am Menschen*, Frankfurt am M. 1994, s. 34–38.

wólna prawda tego tekstu: (1) Zadaniem lekarza (medycyny) jest troska o zdrowie. (2) To lekarz dba o zdrowie „swojego pacjenta”. Ostatnia konstatacja odsyła do rysu paternalistycznego tradycyjnego etosu w relacji lekarz – pacjent. Korzysta się tu z analogii wzajemnych odniesień między ojcem a dzieckiem i między lekarzem a pacjentem. Istotne akcenty tej analogii spoczywają znowu na dwóch cechach „ojcowskiego” zachowania: (1) ojciec działa zazwyczaj odpowiednio do własnego wyobrażenia o dobru dziecka; (2) zwykle sam podejmuje decyzje, nie pozostawiając ich dziecku, ani ich z nim nie konsultując. Odnosząc ten model do relacji lekarz – pacjent, tylko pierwszemu przyznaje się prawo działania i kompetencje w podejmowaniu decyzji dotyczących pacjenta. Instancją rozstrzygającą i odwoławczą jest jednoznacznie dobrze uformowane sumienie lekarza. Wniosek z dotychczasowych wywodów jest zaskakująco prosty: w ramach takiej koncepcji nie mogło być mowy o medycynie realizującej pragnienia pacjenta, poza jednym — chciał wyzdrowieć i możliwie długo żyć.

W nowym katalogu pryncypiów bioetycznych amerykańskich, które istotnie odcisnęły swoje piętno na środowisku medycznym także w Europie, wyróżnia się: „poszanowanie autonomii; nieszkodzenie; czynienie dobra; sprawiedliwość (rozdzielcza)”²⁰. Należy podkreślić, że wywodzą się one z różnych tradycji: autonomia z oświecenia, nieszkodzenie z etyki hipokratejskiej, czynienie dobra z judeochrześcijańskiej, zaś sprawiedliwość z dyskursu utylitarystycznego. Zostały one celowo tak zestawione, aby umożliwić w pluralistycznym społeczeństwie argumentację etyczną bez metafizycznych założeń²¹. W regulacjach europejskich — najpóźniej w Karcie Praw Podstawowych włączonych do Traktatu Lizbońskiego (Nicea 2000) — stało się jasne, że fundamentalne pryncypium stanowi „nienaruszalna i niezbywalna godność każdego człowieka”²², z której wyprowadza się kolejne: „wolność” (nie zaś autonomię jako subiektywne spełnianie życzeń), „równość i solidarność”.

²⁰ „Autonomy, non maleficence, beneficence and justice”. Beauchamp, Childress, *Principles of Biomedical Ethics*, New York 1994⁴, s. 38. Omówienie pryncypiów: tamże, s. 120–387.

²¹ G. VIRT, Wykład: *Der bioethische Diskurs in den Europäischen Institutionen*, Opole 23.10.2010, punkt 6.

²² Ponieważ pojęcie godności bywa różnie interpretowane, nadmieniam, że w gremiach decyzyjnych w Brukseli przyjęto następujące jej rozumienie: *A suggested definition of human dignity is as follows: The exalted moral status which every being of human origin uniquely possesses. Human dignity is a given reality, intrinsic to the human substance, and not contingent upon any functional capacities which vary in degree. Evidence of this status may be found in such faculties as abstract reasoning, language, conscience, and free will, which human beings have the capacity to develop and exercise unless limited by disease, coercion, or the will. The possession of human dignity carries certain immutable moral obligations. These include, concerning the treatment of all other human beings, the duty to preserve life, liberty, and the security of persons, and concerning animals and nature, responsibilities of stewardship. A Christian understanding of human dignity will add to this the obligation to worship and magnify the Lord God, whose mercy endures forever.* W. CHESHIRE, *Toward a Common Language on Human Dignity*, „Ethics and Medicine” (2002), nr 18, s. 2.

Normatywny horyzont współczesnej medycyny zostaje więc wzbogacony o element zasadniczy dla naszej problematyki, mianowicie o dostrzeżenie i docenienie wolności osoby, którą aplikujemy tak do lekarza, jak i do pacjenta. Nie powinno też ująć uwadze, że pierwszą kodyfikację praw pacjenta, a więc wyrazu jego wolności i samodecydowania, odnotowano dopiero w latach siedemdziesiątych XX w., a więc stosunkowo niedawno. Istota problemu leży jednak w wykładni wolności, która albo stanowi fundamentalny wyraz prawa do decydowania i równocześnie odpowiedzialności osoby (i tak należałoby chyba rozumieć konstrukcję *informed consent*), albo sprowadza się do samowoli, a więc do autonomii bez jakichkolwiek ograniczeń. W tym punkcie dotykamy jednego z zasadniczych wątków — przynajmniej diagnostycznych — encykliki *Evangelium vitae*, gdzie u podłoża „kultury śmierci” wskazuje się „pojęcie wolności, które absolutyzuje znaczenie jednostki ludzkiej” (zob. EV 19–20).

Przedstawiony kontekst, w którym „dzieje się” aktywność współczesnej medycyny, pozwala zrozumieć przynajmniej niektóre mechanizmy napędzające nastawienie na realizację pragnień pacjenta, niekoniecznie zaś obiektywnego dobra. Spróbujmy więc wskazać kilka takich życzeniowych postaw „klienta medycyny”, podkreślając równocześnie, że żadną miarą nie jest to prezentacja wyczerpująca, a jedynie omówienie wybiórcze.

2. Przejawy medycyny pragnień

W ramach pierwszych skojarzeń mogłoby się wydawać, że problematyka skupia się na medycynie luksusowej. Tak jednak nie jest. Niezależnie od o wiele szerszego spektrum problemów medycyny pragnień, warto jednak na chwilę skoncentrować się na tym pierwotnym skojarzeniu przede wszystkim dlatego, że definicyjnie odsyła do naszej problematyki. Redaktor *Encyklopedii Bioetyki*, twórca hasła, określa medycynę luksusową jako „nowy dział medycyny, specjalizujący się w spełnianiu pewnych projektów, aspiracji, a nawet fantazji poszczególnych jednostek”. Nicco dalej dodaje, że przełom technologiczny XX w. „spowodował, że medycyna zaczęła spełniać ludzkie marzenia, zwłaszcza pragnienie przedłużenia młodości lub poprawy wyglądu zewnętrznego”²³. Dodajmy od razu, że modyfikacje wyglądu okazują się najbardziej niewinną postacią medycyny pragnień, choć dla samego pacjenta mogą przekroczyć nawet granicę okaleczenia, a że mamy do czynienia z uprzednio wyrażonym *informed consent* — ostatecznie: samookaleczenia.

²³ A. MUSZALA, *Medycyna luksusowa*, w: TENŻE (red.), dz. cyt., s. 285. Autor hasła wpisuje następnie w jej zakres wiele różnych działań, przy czym odnosi się wrażenie, że kluczem przyporządkowującym jest właśnie realizacja życzeń pacjentów.

Zwraca uwagę, że poza tytułową realizacją pragnień, cechą takiego podejścia jest albo pomijanie celów medycyny tradycyjnej (diagnoza, terapia), albo ich transcendowanie przez aspiracje ulepszania jednostki i/lub gatunku ludzkiego. Na pierwszy plan wysuwają się wtedy działania chirurgii plastycznej (w przypadkach, kiedy nie mamy do czynienia z terapią) i kosmetycznej, implantologia czy protetyka, a na ostatnim etapie życia także niejednokrotnie tanatokosmetyka. Wyliczane cechy tego typu medycyny²⁴ — wbrew mylącej sugestii terminologicznej (luksus, a więc koszty) — na plan pierwszy wysuwają nieterapeutyczność ingerencji oraz subiektywną interpretację poprawy jakości życia. W takim znaczeniu rzeczywiście większość obszarów rozwijania się medycyny ludzkich pragnień dałoby się przyporządkować do zakresu medycyny luksusowej. Nie powinno jednak ująć uwadze, że *de facto* obszar „pragnień” jest wręcz nieograniczony i dlatego dotyczy każdej fazy ludzkiego życia, a tym samym jest zakresowo szerszy niż omawiana dziedzina medycyny.

Powyższy wniosek pozwala zidentyfikować przedstawicieli medycyny pragnień zarówno w okresie powstawania życia, jego rozwoju w okresie prenatalnym, okołoporodowym, jak i w czasie życia człowieka dorosłego, aż po fazę umierania. Najwcześniejsza faza wyznaczana jest przez techniki reprodukcyjne (zwłaszcza zapłodnienie pozaustrojowe, a przyszłościowo także klonowanie), które obiecują spełnić prokreacyjne pragnienia potencjalnych rodziców. Dwa fakty zwracają tu uwagę: najpierw, iż punktem wyjścia jest najczęściej niepłodność pary, która sugeruje, że podjęte działania mają charakter terapeutyczny; następnie wprowadzenie do dyskusji argumentu z prawa do dziecka, które — jak na prawo przystało — powinno zostać zagwarantowane, a wykonawcą prawa jest medycyna.

Następny krok — według dokładnie takiego samego scenariusza — formułowany jest jako prawo rodziców do zdrowego dziecka. Znowu ingerencja przedstawiana jest jako „leczenie”, a pragnienie jako uprawnienie. Na obydwu powyższych etapach działania medycyny pragnień „skutkiem ubocznym” jest podejmowanie decyzji o uśmiercaniu istot ludzkich w tym samym stadium rozwojowym co „oczekiwane dziecko” lub samego dziecka, które nie spełniło wymogów dziecka zdrowego. Dodajmy, że takie decyzje podejmowane są najczęściej za wyraźną sugestią lekarza prowadzącego, który dba o poprawność spełnianych pragnień. Umocowanie prawne znajdują takie praktyki np. w decyzji o rencie wypłacanej przez klinikę na utrzymanie dziecka, które urodziło się chore, albo w dyskusji o terminacji noworodków zdefektowanych. Pragnienie realizowane przez medycynę wynaturza więc istotę jej posłannictwa — staje się służbą śmierci. Ideologiczny zabieg każe ten wymiar przemilczeć, akcentując „służbę życiu” tych dzieci, którym dane było się urodzić i dalej rozwijać.

²⁴ Por. *tamże*, s. 285–286.

Jako że „luksus medyczny” nie powinien mieć granic (popyt kreuje podaż), powstają wciąż nowe mutacje powyższych dwóch „praw rodziców”, żeby wspomnieć tylko: wykorzystanie diagnostyki preimplantacyjnej i/lub prenatalnej w celu upewnienia się, że zrealizowane pragnienie będzie miało zdrowy, dojrzały kształt; ingerencje genetyczne (faktycznie realizowane lub hipotetyczne) mające zapewnić urodzenie dziecka o właściwych cechach, płci lub innych wyznacznikach; wyprodukowanie dziecka, którego krew będzie środkiem terapeutycznym dla nieuleczalnie chorego rodzeństwa (przy akceptacji uśmiercania zdrowego rodzeństwa)²⁵. Wspólną cechą wybiórczo wskazanych działań medycznych jest ich akceptacja prawna i ich motywowanie poprawą jakości życia, zdrowia jednostek profitujących z przeprowadzanych ingerencji.

Jeśli przeniesiemy się w fazę pourodzeniową, to — poza ingerencjami subiektywnie i/lub obiektywnie poprawiającymi wygląd — natrafiamy tu na ingerencje prowokujące fundamentalne pytanie, np. o tożsamość, jak w przypadku operacji zmiany płci. Ten typ ingerencji zdaje się być kwintesencją medycyny pragnień — pacjent pragnie być kimś innym, aby czuć się szczęśliwym i móc siebie samoakceptować. Medycyna podejmuje działanie z perspektywy terapeutycznej okaleczające, aby zrealizować jego pragnienia. Nierzadko na kolejnym etapie pacjent, który stał się osobą płci odmiennej, dochodzi do przekonania, że nie tak miało wyglądać jego szczęście, ale tym razem nie ma już scenariusza powrotu do punktu wyjścia²⁶.

W okresie życia dorosłego szczytowym przejawem instrumentalizacji medycyny dla realizacji pragnień jest szeroki wachlarz działań, określanych enigmatycznie jako: zakończenie życia na życzenie i pomoc w samobójstwie, samobójstwo wspomagane, eutanazja, śmierć na żądanie. Ilustracją postawienia w centrum właśnie życzenia pacjenta jest art. 2 holenderskiej *Ustawy o kontroli zakończenia życia na żądanie i o pomocy w samobójstwie*²⁷ (tzw. kryteria staranności), w którym czytamy m.in.: „lekarz zobowiązany jest: mieć przekonanie, że pacjent wniósł swoją prośbę dobrowolnie i po dojrzałym namyśle”²⁸. Dojrzałe pragnienie pacjenta lekarz realizuje „dokonując starannego z medycznego punktu widzenia zakończenia życia lub udzielenia pomocy w samobójstwie”.

Także więc śmiertelne pragnienia podlegają realizacji przez medycynę, a jak daleko może dojść absurdalność takiej „usłużności”, niech świadczy przypa-

²⁵ Por. MS, *Dziecko do celów terapeutycznych*, PAP z dn. 16.04.2002.

²⁶ Szerzej zob. np.: E. CHLASTAŁA, *Złożoność prawno-etycznej oceny ingerencji zmiany płci*, Opole 2007 (mps).

²⁷ Tekst polski: *Ustawa o kontroli zakończenia życia na żądanie i o pomocy w samobójstwie*, tł. P. Morciniec, w: B. CHYROWICZ (red.), *Eutanazja: prawo do życia – prawo do wolności*, Lublin 2005, s. 179–188.

²⁸ *Tamże*, s. 180.

dek holenderskiego lekarza, który przygotował śmiertelny lek dla pacjentki depresyjnej, chorej psychicznie. *Generalstaatsanwalt* Holandii stanął w obronie psychiatry, natomiast Ministerstwo Sprawiedliwości Holandii zwróciło się do sądu z prośbą o rozważenie, czy życzenie śmierci pacjentki było dobrowolne, czy też było spowodowane ciężkim psychicznym schorzeniem, skoro nie znajdowała się ona ani w sytuacji terminalnej, ani nie była fizycznie chora. obrońcy psychiatry argumentowali, że decydujące było poczucie beznadziejności u pacjentki, a nie jego przyczyna²⁹. Okazało się więc, że także pragnienia, które są produktem chorej wyobraźni, mogą zostać zrealizowane.

Na drugim krańcu dylematów dotyczących końca życia plasuje się inny jeszcze problem. Diagnozując aktualną sytuację medycyny, jeden z krakowskich lekarzy stwierdza, że nadejdzie czas (naszym zadaniem, już nadszedł), kiedy najistotniejsza i najtrudniejsza decyzja w medycynie dotyczyć będzie problemu: „kiedy mamy zaniechać leczenia”³⁰, skoro istnieją jeszcze środki techniczne, aby działania medyczne kontynuować, nawet jeżeli jedynie przedłużają agonię i podpadają pod zakres uporczywej terapii. Takie sformułowanie jest innym nazwaniem konfliktu między wykonalnym a etycznie dopuszczalnym w medycynie, a koncert pragnień wygrywają w tym przypadku najczęściej bliscy terminalnie chorej osoby.

Zbierając długą litanię przejawów medycyny pragnień, stawiamy pytanie: czy, a jeśli tak, to gdzie jest granica „usług medycznych” medycyny pragnień. Zdroworozsądkowo patrząc, groźna staje się medycyna, która nie bada moralnej jakości wymaganych od niej działań, a jedynie sprawdza trwałość (stałość) wyrażanych, czy zgłaszanych pragnień i życzeń. Pointą powyższej prezentacji niech będą słowa wartościujące medycynę luksusową:

Pojawia się problem, jak dalece lekarz ma spełniać pragnienia, życzenia i fantazje pacjenta, zwłaszcza gdy domaga się on działań ryzykownych, niekoniecznych, o nieznanym konsekwencjach [a czasem wprost śmiertelnych — uzup. P. M.]. Medycyna współczesna stoi wobec alternatywy wyboru pomiędzy tradycyjną opcją realistyczną, w której człowiek ma swoją niezmienną naturę, a koncepcją egzystencjalistyczną, postzegającą człowieka jako nieskończony projekt i absolutną wolność możliwą do urzeczywistnienia dzięki różnym nowym technikom³¹.

Uwagi natury antropologicznej i etycznej skonfrontujmy obecnie z wycinkiem rzeczywistości bioprawa, które włącza się do dyskusji nad wartością działań medycznych.

²⁹ Por. *Beihilfe zum Suizid bei depressiver Patientin*, „Imago Hominis” (1994), t. I, nr 2, s. 163.

³⁰ J. KAŁUŻA, *Problemy współczesnej medycyny w świetle encykliki „Evangelium vitae”*, w: J. BRUSIŁO (red.), „Evangelium vitae”. *Dobra Nowina o życiu ludzkim*, Kraków 1995, s. 23.

³¹ MUSZALA, *art. cyt.*, s. 287.

3. Akt symboliczny jako bioetyczny drogowskaz

7 października 2010 r. Rada Europy uchwaliła w Strasburgu niewielką większością głosów rezolucję nr 1763 (2010)³² zatytułowaną: *The right to conscientious objection in lawful medical care*³³. Nazywam to wydarzenie „aktem symbolicznym”, gdyż rezolucja nie ma charakteru prawnie wiążącego, jako że to gremium parlamentarne pełni jedynie funkcję doradczą. Podobnie jak inne wydane przez Radę teksty, służy ona jako orientacyjna pomoc dla Komitetu Ministrów Rady Europy i dla rządów oraz parlamentów narodowych. Można zapytać, jaki jest związek obiekcji sumienia z medycyną ludzkich pragnień. Odpowiedzi dostarcza historia tej rezolucji.

Brytyjska socjalistka, CHRISTINE MCCAFFERTY, zgłosiła pod obrady Rady Europy projekt rezolucji, zwanej Raportem McCafferty³⁴, w której domagała się pełnej opieki medycznej dla kobiet. Miała przy tym na myśli prawo kobiet do aborcji, reprodukcji, eutanazji itd. W centrum postulowanej rezolucji znalazły się więc jednoznacznie nazwane prawa kobiet, które należało zagwarantować. Lektura tekstu pokazała jednak, że nie chodziło jedynie o samo prawo do działań, lecz o zastosowanie wobec lekarzy i personelu medycznego przymusu prawnego dotyczącego ich udziału w takich ingerencjach medycznych, niezależnie od ich obiekcji sumienia³⁵. Zdaniem twórczyni raportu, wolność sumienia powinna obowiązywać jedynie w odniesieniu do jednostek, nie ma natomiast zastosowania w przypadku instytucji (raport, s. 8). Szpitale i kliniki muszą oferować swoim pacjentom wszystko, co jest (prawnie) dopuszczalne w danym kraju. Ponadto zarekomendowała w raporcie sporządzenie rejestru wszystkich wzbraniających się stosować pewne procedury medyczne, zwłaszcza na polu medycyny reprodukcyjnej.

Na tym etapie konsultacji rezolucji należy odnotować liczne protesty prawników, przedstawicieli poszczególnych państw, obywateli i stowarzyszeń chrześcijańskich przeciw temu aktowi prawnemu³⁶. W ostatecznym głosowaniu parlamentarzyści odrzucili raport Brytyjki i uchwaliли własną rezolucję, w której jednoznacznie

³² Relacja: *Strassburg: Europarat bekräftigt Recht auf Gewissensfreiheit von Ärzten*, „Imabe-Newsletter” (październik 2010) (broszura internetowa). Dramatyczność sytuacji pokazuje też fakt, że obecnych w czasie głosowania było 107 z 623 parlamentarzystów. Przy innej frekwencji wynik mógł być radykalnie odmienny.

³³ Tekst: <http://assembly.coe.int/Main.asp?link=/Documents/AdoptedText/ta10/ERES1763.htm>, (2.11.2010).

³⁴ Tytuł: *Women's access to lawful medical care: the problem of unregulated use of conscientious objection*, <http://assembly.coe.int/Documents/WorkingDocs/Doc10/EDOC12347.pdf>, (2.11.2010).

³⁵ M. PRÜLLER, *Verweigerung*, „Die Presse” (9.10.2010); <http://diepresse.com/home/meinung/cultureclash/600875/index.do>, (2.11.2010).

³⁶ Pełna dokumentacja debaty i kontrowersji: http://www.eclj.org/pdf/ECLJ_MEMO_COUNCIL_OF_EUROPE_CONSCIENTIOUS_OBJECTION_McCafferty_EN_Puppink.pdf, (2.11.2010).

potwierdzono prawo do wolnych rozstrzygnięć sumienia. McCafferty określiła rezolucję jako hańbę dla Rady Europy, ponieważ do praw kobiet należy dostęp do przerywania ciąży. Zwolennicy przyjętego rozwiązania zwrócili w odpowiedzi uwagę na fakt, że to właśnie wolność sumienia należy do podstawowych praw człowieka, a to oznacza, iż nikt nie może być zmuszany do czynienia czegoś, co sprzeciwia się jego przekonaniom.

Istotę konfliktu trafnie oddał referent Wiedeńskiej Izby Lekarskiej, MICHAEL PEINTINGER³⁷, który stwierdził, że planowana rezolucja miała być może ważny cel — umożliwienie jak największej liczbie pacjentek dostępu do świadczeń medycznych. Z drugiej jednak strony degradowała lekarki i lekarzy do roli „jedynie wykonawców usług dla pacjentów”. Taki trend prowadzić będzie do zatracenia istotnych wartości (*Werteverlust*) w medycynie. Trudno nie zauważyć, że wraca tu echo wspomnianych wyżej modeli medycyny, które ubezwłasnowolniają lekarza w konfrontacji z życzeniami (żądaniemi) klienta–pacjenta. Wiedeński ekspert etyczny wprowadził ponadto do dyskusji pewną fundamentalną kwestię.

Peintinger podniósł, że propozycja ograniczenia roli sumienia miałaby jako skutek całkowitą likwidację etycznych zastrzeżeń wynikających z uznawanego systemu wartości. „Niezależnie od wszelkich religijnych implikacji — stwierdził — należy widzieć sumienie jako przeżycie zgodności lub niezgodności osobistych rozstrzygnięć z własnym systemem wartości”. Niezależnie więc od intencji społeczno-politycznych stojących za rezolucją McCafferty, rodzi ona konkretne niebezpieczeństwo zdyskwalifikowania osobistego systemu wartości do „roli jedynie luksusu, a może nawet moralnego przegrzania (przesady)”. Ponieważ zaś system wartości jest niezbędny dla samostanowienia każdego człowieka, a tym samym także dla odpowiedzialnego działania każdego lekarza i lekarki, ograniczenie jego wpływu jest szczególnie wątpliwe. Kto w ten sposób ogranicza odpowiedzialne i zorientowane na wartości podejmowanie decyzji przez lekarzy i lekarki, przyczynia się do demoralizacji wolnego zawodu służby zdrowiu w kierunku jedynie „świadczenia usług”. Tym samym należy — także w interesie terapeutycznego partnerstwa lekarzy z pacjentem — stanowczo sprzeciwić się takim tendencjom.

Drugi wątek, który warto wyeksponować, znalazł się w dokumentacji dyskusji nad raportem brytyjskiej socjalistki³⁸. W ramach dokumentacji (*memorandum*) określono go następująco: prawo do obiekcji sumienia nie może być „wyważane” z nieegzystującymi prawami. Takie sformułowanie dobrze ilustruje powagę sytuacji. Z jednej strony zakwestionowane zostaje podstawowe prawo człowieka (do wol-

³⁷ Zob. *Ärztelkammer warnt vor Werteverlust in der Medizin*, http://www.ots.at/presseaussendung/OTS_20101006_OTS0194/aerztelkammer-warnt-vor-werteverlust-in-der-medizin, (2.11.2010).

³⁸ Szerzej zob. źródło z przyp. 28, s. 13–14 (punkt 10. *The right to conscientious objection cannot be “balanced” with non-existing rights*).

ności sumienia), które znajduje swoje odpowiedniki m.in. w prawodawstwie państw członkowskich i w regulacjach europejskich. Z drugiej strony uzasadnia się ten krok, odwołując się do innych rzekomych „praw człowieka”. Jednak fundamentalne prawa nie mogą być podporządkowane jakimś „nieistniejącym” prawom lub wolnościom, jak dostęp do niemedycznych procedur typu aborcja czy eutanazja. Rozważenie między rzeczywistym prawem człowieka a nie ogłoszonymi czy hipotetycznymi „prawami” oznacza podporządkowanie tych ostatnich prawom gwarantowanym przez Deklarację Praw Człowieka.

Aborcja, eutanazja i inne praktyki będące przyczyną terminacji życia ludzkiego (zabójstwa) nie są uznane za prawa w rozumieniu praw człowieka. Te działania są chcianym zakończeniem życia ludzkiego i to nie jest sprawa wiary czy poglądów, lecz faktów. Prawo do sprzeciwu sumienia dotyczy w tych przypadkach prawa do odmówienia udziału w odbieraniu życia, kiedy taka terminacja jest dopuszczona przez prawo³⁹. Należy sprzeciwić się sugestii zawartej w raporcie McCafferty, jakoby powyższe działania były częścią „prawa do zdrowia”, a więc formą obowiązkowej opieki zdrowotnej. Poza innymi zastrzeżeniami, analiza wskazywanych „uprawnień” wskazuje na ich subiektywny, nierzadko emocjonalny charakter. Okazuje się więc, że odkrywamy w nich przywoływane raz po raz pragnienia, życzenia i oczekiwania, które medycyna miałaby zaspokoić i zrealizować.

Gdyby chodziło jedynie o nieszkodliwe kaprysy, można byłoby co najwyżej narzekać, że pracownicy służby zdrowia — zamiast ratować życie i zdrowie — muszą spełniać cudze zachcianki. Ponieważ jednak w zasadniczej większości przypadków (zob. p. 2) chodzi o istotne konflikty, w których ceną za zrealizowanie pragnień jest nierzadko życie, zdrowie, tożsamość czy istnienie wyraziciela życzeń lub innych osób, odpowiedź może być tylko jedna: medycyna jako realizatorka ludzkich pragnień sprzeniewierza się swojemu posłaniu i staje się zaprzeczeniem służby zdrowiu i życiu.

* * *

Podsumowując, jeżeli pragnienia zostaną wystylizowane na prawa, kończy się dyskusja nad ich realizacją, a zaczyna obowiązek ich zagwarantowania. Stąd końcowy postulat należałoby sformułować w wersji minimalnej następująco: Należy dokładnie odróżniać rzeczywiste prawa człowieka od ludzkich tęsknot, życzeń czy pragnień. W odśtonie radykalniejszej mógłby on brzmieć choćby tak: Medycyna nie jest wrózką spełniającą życzenia i realizującą pragnienia — jej zadaniem jest

³⁹ *Euthanasia or abortion, as a voluntary termination of a life, is not a matter of belief or opinion; termination of life is a fact. Therefore, the right to conscientious objection is not part of a more general right to have "an opinion" or a religious belief; it is a right to not take part in the voluntary termination of a human life when such termination is permitted by law. Tamże, s. 14.*

rzetelna troska o życie i zdrowie wszystkich pacjentów realizowana na bazie bioetycznych norm fundamentalnych. Nie dość przy tym powtarzania, że bezkompromisowa obrona godności każdego człowieka, jego wolności (nie autonomii jako samowoli), równości wszystkich i solidarności, prędzej czy później musi stanąć w konflikcie z koncepcją medycyny pragnień, która mniej lub bardziej narusza każde z bioetycznych pryncypiów.

Medicine of human desires from the bioethics' perspective

Summary

The paper is an attempt to analyse validity of the idea of medicine as a human activity aiming at fulfilling man's desires, wishes and fantasies. A question is posted as a starting point, if such an approach is to be diagnosed at all. A positive answer is enhanced with a thesis that the title perception of medicine does exist, but it has become possible only in the last decades of the 20th century. The next steps of the analysis proceed as follows: to diagnose what constitutes a groundwork for such attitudes and expectations (1); to point out particular manifestations of this kind of approach towards medicine and to discuss a selection of their consequences (2), for to finally draw bioethical conclusions from the political event, namely passing the bill 1763 (2010) by the Council of Europe.

The final conclusion of the analysis has been phrased: medicine is not a fairy that satisfies wishes and fulfills desires — its goal is reliable care for life and health of all patients carried out on the basis of fundamental bioethical norms. The uncompromising defense of dignity of every human being, their freedom (not willfulness), equality of all and solidarity, sooner or later has to come into conflict with the idea of medicine of desires that violates — to some extent — every bioethical principle.