

- Dzieje b.
- Wyodrębnienie się b. i powstanie centrów badań bioetycznych
- Definicje i podstawowe rozumienia b.
- Problematyka b.
- Koncepcje, kryteria i zasady pomocnicze b.

BIOETYKA (gr. βίος [bíos] — życie, ἦθος [ethos] — obyczaj) — wyspecjalizowana część filozoficznej etyki szczegółowej, która ustala oceny i normy moralne w związku z ingerencją w życie ludzkie w granicznych sytuacjach jego powstawania (biogeneza), trwania (bioterapia) i śmierci (tanatologia).

Wraz z ustawicznym rozwojem nauk medycznych, biologicznych i technicznych pojawiają się coraz nowe możliwości ingerencji w życie ludzkie, które b. winna ocenić pod kątem ich godziwości (niegodziwości) moralnej.

Dzieje b. Umiejscowiona w kontekście rozwoju etyki b. sięga czasów starożytnych, powiązana z rozwojem medycyny i zawodu lekarza sięga przysięgi Hipokratesa, w odniesieniu do refleksji religijnej wiąże się m.in. z powstaniem i rozwojem myśli moralnej nad dekalogiem, a zwł. nad przykazaniem: Nie zabijaj.

Św. Tomasz kwestie takie, jak okaleczenia, biczowanie, uwięzienie, zabójstwo, samobójstwo czy karę śmierci poruszał w kontekście rozważań o cnotcie sprawiedliwości (*S. th.*, II-II, q. 64 n.). W czasie odrodzenia tomistycznego w XVI–XVII w. zagadnienia te były podejmowane przez takich autorów, jak D. F. Soto, D. Báñez, L. de Molina. Na uwagę zasługuje m.in. traktat opata Francesco Cangiama *Embriologia Sacra* z 1747, w którym porusza kwestię zapłodnienia, implantacji i, zgodnie z tomistyczną tradycją, opowiada się za szacunkiem i obroną życia ludzkiego od chwili jego poczęcia.

W 1803 została opublikowana praca T. Percivala zatytułowana *Medical Ethics*, w której poszukiwał on właściwego rozwiązania relacji między lekarzem a pacjentem. Domagał się, aby lekarz przestrzegał trzech zasad: żył godziwie (zasada życia cnotliwego), nie szkodził drugiemu (zasada nieszkodzenia) i oddawał każdemu, co mu się należy (zasada sprawiedliwości). Zauważył, że w wielu sytuacjach trudna do pogodzenia jest zasada autonomii pacjenta z autorytetem lekarza, którego wiedza uprawnia go do podejmowania działań odpowiednich dla zdrowia chorego. Odrzucał zarówno przesadny paternalizm starożytnych, wg którego chorego należało traktować jak dziecko potrzebujące pomocy, jak również przesadny autonomizm pacjenta, który jako dorosły miałby wiedzieć i decydować o wszystkim, co dotyczy choroby i leczenia. Zamiast paternalizmu dziecięcego i przeciwstawnego mu autonomizmu dorosłych proponuje paternalizm młodzieńczy. Chory traktowany jest odpowiednio do sytuacji, w jakiej się znajduje — jest odpowiedzialny za siebie o tyle, o ile to jest możliwe w jego stanie. W ten sposób pacjent nie jest traktowany przez lekarza jak dziecko ani jako ten, kto decyduje lub podważa uzasadnione decyzje i autorytet lekarza.

Potrzebę przeprowadzenia filozoficzno-moralnej refleksji nad nowymi możliwościami nauk biologicznych i medycznych uświadomiono w całej pełni po II wojnie światowej, w trakcie której w ludobójstwie milionów ludzi wykorzystano najnowsze osiągnięcia medyczne; w ramach rodzącej się genetyki zaczęto, ze

względu na wyposażenie genetyczne człowieka, segregować ludzi na lepszych i gorszych; w imię „higieny rasowej” dokonywano sterylizacji, aborcji i eutanazji osób upośledzonych, psychicznie chorych, należących do innej rasy. Argumentami genetyków posługiwano się w celu wyniszczenia innych narodów. Stosowano na masową skalę eksperymenty medyczne na więźniach. Proces w Norymbardze, ujawniając informacje na ten temat, inspirował poszukiwania zasad etycznych i prawnych, które w przyszłości mogłyby uchronić ludzkość przed podobnym barbarzyństwem. Pierwszą doniosłą reakcją moralną na te zbrodnie było ogłoszenie 10 XII 1948 przez Zgromadzenie Ogólne ONZ Powszechnej Deklaracji Praw Człowieka.

B. jako nowa dyscyplina pojawiła się nieco później. W latach sześćdziesiątych XX w. nastąpił szybki rozwój nauk biologicznych oraz niezwykle postęp techniczny oparty na tych odkryciach. Dzięki temu stała się możliwa dializa nerek, transplantacja organów, prenatalna diagnostyka, stosowanie respiratorów i urządzeń do intensywnej terapii. Rozwój nauk o życiu pozwalał skuteczniej zwalczać epidemie i choroby oraz przesuwac granicę śmierci. Zaczęła się wyłaniać i formować inżynieria genetyczna.

Postęp ekonomiczny wzmacniał dominację człowieka nad przyrodą, jednak nieumiarkowany i rabunkowy jej podbój zaczął zagrażać naturalnemu środowisku człowieka. Spełzła nadzieja, że człowiek przez postęp techniczny przekroczy swe naturalne ograniczenia i zapewni sobie pełną kontrolę nad swą naturą.

Wyodrębnienie się b. i powstanie centrów badań bioetycznych. W 1970 van Rensselaer Potter, onkolog z University of Wisconsin w Madison (USA), użył po raz pierwszy w swej refleksji moralnej nad naukami biologicznymi i medycznymi terminu „bioetyka” (w artykule *Bioethics: The Science of Survival*) i przeprowadził refleksję nad metodologicznymi podstawami wyodrębnionej dyscypliny (w książce *Bioethics: Bridge to the Future*).

W tym samym czasie w USA istniały już dwa ośrodki, w których rozpoczęto naukowe opracowanie nowej dyscypliny i popularyzację jej osiągnięć. W 1969 filozof wychowania — D. Callahan zakłada w Hastings (w stanie New York) Institute of Society Ethics and The Life Sciences, znany jako The Hastings Center; od 1971 instytut ten wydaje pismo „Hastings Center Report”. Nie prowadzi on działalności akademickiej, ale umożliwia spotkanie etyków z ekspertami w dziedzinie medycyny, obserwuje i bada pod względem etycznym, prawnym i społecznym najważniejsze problemy wyrastające z rozwoju medycyny i biologii, pomaga wyższym uczelniom w tworzeniu programów nauczania b., organizuje kursy wprowadzające w problematykę bioetyczną.

Rozwój b. jako dyscypliny naukowej następuje w szybkim tempie w Instytucie Kennedy’ego (The Joseph and Rose Kennedy Institute for the Study of Human Reproduction and Bioethics), założonym przez holenderskiego fizjologa i embriologa — Andre Hellegersa. Jako członek powołanej przez Jana XXIII (w 1963) i rozszerzonej przez Pawła VI Papieskiej Komisji do Spraw Rodziny, Zaludnienia i Rozrodczości przenosi się Hellegers z John Hopkins University w Baltimore do prowadzonego przez jezuitów Uniwersytetu Georgetown w Waszyngtonie. Od 1962 istniała tam placówka naukowa (Center for Population Research) zajmująca się badaniem problemów demograficznych. Od początku nadaje założonemu w 1971 instytutowi charakter ośrodka akademickiego. W ra-

mach Wydziału Filozoficznego i Medycznego Uniwersytetu Georgetown został wypracowany program studiów akademickich z b. Uniwersytet nadaje studentom stopnie naukowe z tej dyscypliny. Instytut posiada centrum bioetyczne, centrum badań demograficznych i laboratoria badań nad biologią reproduktywną. Podejmuje także badania, wykłady oraz usługi dla instytucji publicznych dotyczące b., reprodukcji ludzkiej i zaludnienia.

W 1978 Kennedy Instytut jako pierwszy wydaje *Encyclopedia of Bioethics* (w czterech tomach, pod red. W. T. Reich), a następnie publikuje roczniki *Bibliography of Bioethics*, zawierające pełną literaturę z bioetyki.

Pierwsze centrum b. w Europie powstało w 1975 w Barcelonie. Na Wydziale Teologicznym tamtejszego uniwersytetu jezuita O. M. Cuyas stworzył Instituto Borja de Bioetica. Zainteresowanie b. przeniosło się z Hiszpanii do Francji, a później do Włoch. W latach osiemdziesiątych powstały centra b. w Lille, Lyonie i Paryżu; rozgłos zdobyła Comite Consultatif National d'Éthique pod przewodnictwem J. Bernard.

W Anglii dyskusje nad bioetyką rozpoczęły się w 1962 w London Medical Group. Ośrodek ten przekształcił się w Institute of Medical Ethics. Od 1975 instytut wydaje „Journal of Medical Ethics”, a od 1985 „Bulletin of Medical Ethics”. Z inicjatywy bpów powstała w Anglii The Catholic Bioethics Centre in London, zw. The Linacre Centre.

Z katolickich centrów bioetycznych należy wymienić The Pope John Center, które w 1972 rozpoczęło działalność w St. Louis (Missouri) jako The Pope John XXIII Medical-Moral Research and Education Center. W 1985 centrum przenosi się do St. Elizabeth's Medical Center w Bostonie, a później zmienia nazwę na The National Catholic Bioethical Center.

W Mediolanie powstała La Scuola di Medicina e Scienze Umane dell'Istituto di San Raffaele, Istituto e Centro di Bioetica dell'Università Cattolica del Sacro Cuore w Rzymie, Istituto Siciliano di Bioetica w Palermo i Acireale. W Polsce utworzono Katedrę Bioetyki na ATK w Warszawie, Instytut Bioetyki i Katedrę Bioetyki na PAT w Krakowie.

Wzrasta nieustannie liczba ośrodków zajmujących się b., organizacji, komitetów, komisji tworzonych przy parlamentach państwowych oraz przy Parlamencie Europejskim. Ogłaszane są liczne deklaracje, konwencje, rekomendacje, rezolucje oraz kodeksy etyczne i prawne obejmujące problemy b. Europejska Konwencja Bioetyczna z 4 IV 1997 zatytułowana: *Konwencja o Ochronie Praw Człowieka i Godności Istoty Ludzkiej w kontekście Zastosowań Biologii i Medycyny* (wraz z dodatkowym protokołem), może uchodzić za syntezę wielu dokumentów poświęconych problemom bioetyki. Podejmowane są próby sformułowania kanonu praw człowieka w tej dziedzinie. Instytuty b. umiejscowione przy szpitalach przejmują rolę rozstrzygania kwestii moralnych w poszczególnych przypadkach. Ich rozstrzygnięcia wpływają na oceny prawne decyzji lekarza i sposobów leczenia; odwołują się do nich zarówno pacjenci, jak i lekarze. Duże znaczenie mają również wyroki sądów dotyczące sytuacji kontrowersyjnych, kształtują one bowiem określoną praktykę w tym zakresie.

Definicje i podstawowe rozumienia b. Pierwsze ujęcia (V. R. Pottera i A. Hellgersa) b. jako nowej dyscypliny różniły się między sobą. Potter ujmował b. z perspektywy ochrony środowiska przyrodniczego; problematyka

biomedyczna nie była w niej czymś centralnym. W jego ujęciu b. to „wysiłek wykorzystania nauk biologicznych dla poprawy jakości życia”. Rozumiał on b. jako wiedzę zajmującą się globalnym przetrwaniem życia na ziemi, głównie gatunku ludzkiego, oraz poprawą jakości tego życia (human survival and an improved quality of life). W b. akcentował etykę ziemi (land ethics), etykę przyrody (wildlife ethics), etykę populacji (population ethics) i etykę wykorzystania zasobów naturalnych (consumption ethics). Sugerował się on badaniami m.in. Th. Dobzhansky’ego, prof. zoologii na Uniwersytecie Columbia, który w 1958 wypracował zasadnicze idee nauki o przetrwaniu. Twierdził m.in., że żadne prawo biologiczne nie zapewni gatunkowi ludzkiemu rozwoju i przetrwania, i dlatego nauka o warunkach przetrwania winna wypracować odpowiednie programy, których sama przyroda nie dostarcza. Nauka taka, zdaniem Pottera, poznając i ujawniając przyczyny kryzysu ekologicznego, ma przeciwdziałać takim procesom, które mogą doprowadzić do całkowitego załamania się ziemskiego ekosystemu. B. traktowana jest tu jako wiedza dotycząca globalnego przetrwania i bliska jest etyce środowiskowej, etyce ekologicznej; ma zajmować się nie tyle zagadnieniami medycznymi, lecz głównie przeciwdziałaniem niszczeniu środowiska, czyli ochroną biosfery i ekosystemów.

A. Hellegers zaczął rozwijać b. w węższym znaczeniu, wychodząc od relacji między medycyną, lekarzem a pacjentem; dostrzegł on konieczność rozwoju wiedzy dotyczącej respektowania i ochrony praw pacjentów.

B. w pierwszym, szerszym znaczeniu — rozwijano w Hastings Center (Callahan), a w drugim, węższym w Kennedy Institute (A. Hellegers). Wg D. Callahana, b. w węższym znaczeniu zbyt ekskluzywnie akcentuje związki między lekarzem a pacjentem; takie ujęcie nie ogarnia jednak szerokiego obszaru moralnych aspektów związanych z naukami o życiu (life sciences), które obejmują medycynę, biologię, nauki o środowisku, populacji i nauki społeczne. Można więc powiedzieć, że b. w węższym znaczeniu utożsamia się z etyką medycyny, wzbogaconą o nowe szczegółowe problemy, natomiast w szerszym jest etyką środowiska przyrodniczego; w tym przypadku uprawiana jest z pozycji etyki ekologicznej.

B. jest w trakcie określania swego przedmiotu materialnego, formalnego i metod, stąd pojawiają się różne jej definicje. „Bioetyka — pisze w pierwszym wyd. Encyclopedia of Bioethics W. Reich — jest systematycznym studium postępowania ludzkiego w obszarze nauk o życiu i troski o zdrowie, które to postępowanie winno być oceniane w świetle wartości i zasad moralnych”. B. wg E. Sgreccia, jednego z pierwszych teoretyków tej dyscypliny we Włoszech, to część filozofii moralnej, która rozważa godziwość lub niegodziwość interwencji w życie ludzkie, szczególnie tych, które są związane z praktyką i rozwojem nauk medycznych i biologicznych. B. wg T. Ślipki stanowi dział filozoficznej etyki szczegółowej, która ma ustalić oceny i normy (reguły) moralne ważne w dziedzinie działań (aktów) ludzkich, polegających na ingerencji w granicznych sytuacjach powstawania życia, jego trwania i śmierci.

Autor ostatniej definicji próbuje uniknąć zarówno zbyt wąskiego, jak i zbyt szerokiego potraktowania przedmiotu badań bioetyki. Zgodnie z tą definicją b. nie zajmuje się wszystkimi sytuacjami w życiu ludzkim, lecz tylko sytuacjami wyjątkowymi, krytycznymi i jednocześnie granicznymi. B. ma dostarczać ocen i norm dotyczących granic ingerencji w takie sytuacje. Ponieważ sytuacje takie

powstają podczas powstawania życia, jego trwania i śmierci, stąd b. można podzielić na trzy działy: biogenezę, bioterapię i tanatologię. Etyka środowiska naturalnego mogłaby poprzedzać inne działy b. (T. Ślipko) albo być uprawiana w ramach ochrony i promocji życia i zdrowia (W. Bołoz).

B. potraktowana jako dyscyplina filozoficzna, czyli autonomiczna względem nauk ścisłych, nie jest też filozofią nauki, np. filozofią biologii, medycyny czy techniki, gdyż nie chodzi w niej o rozwój tych nauk w powiązaniu z rozwojem myśli filozoficznej, lecz o oceny i normy moralne wytyczające właściwe wykorzystanie możliwości tych nauk. B. nie jest też etyką zawodową, np. etyką medyczną, gdyż jej przedmiot jest szerszy niż etyka badawcza w ogóle czy etyka lekarska.

Problematyka b. B. można określać przez wyliczenie zagadnień, którymi się zajmuje. B. ekologiczna (inaczej etyka środowiska naturalnego) może poprzedzać inne zagadnienia b., gdyż zajmuje się ona zewnętrznymi warunkami narodzin i życia człowieka. Rodzi się ona jako reakcja na technokratyzm i konsumpcjonizm współczesnej cywilizacji, degradację środowiska przyrodniczego, załamanie się równowagi ekologicznej i wywoływane tym deformacje biologiczne i genetyczne oraz różnorodne choroby cywilizacyjne. Degradacja środowiska naturalnego zakłóca cykle biogeochemiczne, eliminuje funkcjonowanie mechanizmów utrzymujących równowagę ekosystemów, co grozi zanikiem życia na Ziemi. Ważna dla etyki jest wiedza o zależnościach między środowiskiem przyrodniczym a organizmem ludzkim, o skutkach biologicznych i medycznych degradacji tego środowiska. Odwołując się m.in. do tej wiedzy, formułuje się wnioski normatywne dotyczące zachowań człowieka względem przyrody martwej, roślin i zwierząt. We wnioskach tych zakłada się określone rozumienie bytów nieożywionych i ożywionych, oraz człowieka, a także odpowiednie relacje między nimi. Formułuje się normy szczegółowe przeciwdziałające tępieniu cennych gatunków zwierząt, dotyczące eksperymentów na zwierzętach, zadawania im cierpień, niektórych metod hodowli, łowiectwa itp.

B. genetyczna, w odróżnieniu od ekologicznej, zajmuje się wprost tym, co dotyczy genezy człowieka w jego najwcześniejszych stadiach. Przeprowadza refleksję moralną nad problemami, które pojawiły się w związku z rozwojem współczesnej genetyki i zastosowaniem w genetyce, embriologii i eugenicie osiągnięć technicznych, które już w okresie prenatalnym pozwalają wykrywać defekty i schorzenia genetyczne. Inżyniera genetyczna umożliwia na podstawie posiadanej wiedzy ingerowanie w kod genetyczny człowieka; rozpoznanie genów przenoszących choroby dziedziczne stwarza możliwość terapii genowej zarówno w okresie prenatalnym, jak i po narodzeniu. B. genetyczna zakreśla granice ingerencji w kod genetyczny człowieka, analizuje aspekty moralne ochrony płodu ludzkiego.

B. ocenia też możliwości eugeniki; wypowiada się m.in. w sprawie eugenicznie zorientowanej sztucznej prokreacji, pozaustrojowego zapłodnienia homogenicznego, heterogenicznego, klonowania, macierzyństwa zastępczego (kiedy inną osobą jest matka genetyczna dziecka, a inną matka biologiczna).

Wymienione działy b. dotyczyły biogenezy człowieka, zaś kolejny dział związany jest z bioterapią. Przeprowadza się w nim etyczną refleksję nad eksperymentami medycznymi (np. na jeńcach, więźniach, ochotnikach), nad me-

todami leczenia stosowanymi w psychochirurgii czy psychofarmakologii, które zmieniają zachowanie człowieka, nad transplantacją narządów, nad warunkami dokonywania przeszczepów oraz nad definicją i kryterium śmierci dawcy organów, nad granicami okaleczania (amputacja, kastracja, sterylizacja).

Ostatnia część b. dotyczy śmierci człowieka. Wypowiada się na temat eutanazji (zarówno samobójczej, jak i zabójczej, legalnej), analizuje sytuacje ekstremalne osób nieuleczalnie chorych, stosowania aparatury reanimacyjnej, kwestię dopuszczalności śmierci czy pomoc umierającym.

Koncepcje, kryteria i zasady pomocnicze b. W filozofii występują przynajmniej trzy różne ujęcia etyki: eudajmonistyczne (istotą dobra moralnego jest szczęśliwość czynu); deontologiczne (to jest dobre, co jest zgodne z nakazem jakiegoś moralnego prawodawcy); personalistyczne (dobra moralne polegają na afirmacji godności osoby).

B. powstawała w kontekście radykalnego oddzielenia faktów od wartości, nauk ścisłych od etyki. „Konsekwencją tego — stwierdza D. Callahan (Encyclopedia of Bioethics) — był tryumfalizm pozytywizmu, który przy końcu XIX i przez pierwszą połowę XX w. zdominował rozumienie nauk ścisłych, a problemy etyki i kwestie wartości wykluczył z poważnej dyskusji intelektualnej”. Pozytywizm faktom naukowym przyznawał najwyższą obiektywność i autorytet, a normy moralne czy wartości zepchnął do sfery prywatnej, do sfery smaku i subiektywnych upodobań.

Wyłaniająca się w drugiej poł. XX w. b. uprawiana była z pozycji scjentyzmu, naturalizmu i utylitaryzmu. Chodziło tylko o skuteczne wykorzystanie możliwości biologii czy genetyki. B. miała wypracować program pomnażania użyteczności nowych odkryć naukowych i technicznych. Utylitaryzm ten pogłębił się wraz z pojawieniem się socjobiologii (E. O. Wilson, R. Dawkins), w której b. miała być naukowym badaniem zachowań ludzkich. Zredukowano w niej naturę ludzką do zespołu cech, które charakteryzują ludzkie ciało, a zachowanie ludzkie do zdeterminowanych mechanizmów znanych socjobiologii. Odrzucono, jako przesąd, pojęcie natury ludzkiej jako czegoś niezmiennego. Cele postępowania człowieka zredukowano do celów użyteczności biologicznej, do przetrwania i zachowania gatunku.

Utylitaryzm rozwinął się też w b. stosowanej, albowiem prosty i przez to sugestywny rachunek strat i korzyści nawet w skomplikowanych sytuacjach medycznych pozwalał komisjom etycznym rozstrzygnąć, co należy czynić. Utylitaryści stali się bliscy ekonomistom, którzy obliczają korzyści tak, jak się szacuje zyski i straty finansowe. Kalkulacją utylitarystyczną popiera się eutanazję ciężko chorych, a także eutanazję noworodków z bezmózgowieciem i zespołem Downa (P. Singer). Język utylitarystyczny przenika do opinii lekarskich, a nawet orzeczeń sądowych, w których analizuje się, czy przez podtrzymywanie życia pacjenta odnosi on jakąś korzyść, czy też ponosi szkodę. Sformułowania takie pojawiają się również w wypowiedziach np. Światowej Organizacji Zdrowia, która, formułując zasadę, że w różnych przypadkach „aborcja leży w interesie przyszłego dziecka, które będzie kaleką” (WHO, Li 1981), opowiada się za śmiercią. W argumentacji takiej twierdzi się, że uśmiercenie chorego jest dla niego korzyścią, i stąd aborcja czy eutanazja leży w interesie pacjenta.

Utylitaryzm traktuje osobę na sposób rzeczy, którą można użyć w celu przysporzenia jakiejś korzyści gatunkowi ludzkiemu, cywilizacji czy pomnożeniu dobrobytu; redukuje wartość osoby do jej właściwości biologicznych, genetycznych czy społecznych.

Deontonomizm autonomiczny przyjmuje, że czyn przez to jest dobry, że jest aktem autonomicznej decyzji. Nie musi się ona legitymować racjami uzasadniającymi dany czyn. Autonomia podmiotu jest samym w sobie źródłem słuszności czynu. Często na autonomię podmiotu powołują się w b. zwolennicy eutanazji, aborcji, samobójstwa, sztucznej prokreacji. Absolutna autonomia podmiotu jako kryterium dobra i zła często wiązana jest z prywatnymi upodobaniami i preferencjami.

Personalisci twierdzą, że właściwą normą moralności jest godność osoby ludzkiej, ufundowana na ludzkiej naturze. Rozum ludzki może odczytać i zrozumieć porządek zawarty w naturze osoby ludzkiej i formułować obowiązki wyrastające z cielesno-duchowej natury osoby ludzkiej. Nie przekreśla to wolności osoby, ale ukierunkowuje tę wolność w stronę dobra osoby jako osoby, będącej dobrem godziwym (a nie tylko przyjemnym lub użytecznym), rozpoznawanym przez ludzki rozum.

Dla uszczegółowienia kryterium moralności w b. są formułowane różne zasady etyczne; mają one pomóc przejść do norm szczegółowych, a później do rozwiązywania konkretnych sytuacji (np. b. kliniczna). Część z nich funkcjonowała już w etyce medycznej, inne formułowano podczas społecznej dyskusji i poszukiwania konsensusu w skomplikowanych przypadkach. Określenie tych zasad, ich liczba, treść i zakres są wciąż przedmiotem dyskusji. Tak np. etyce zasad (L. Beauchamp i J. F. Childress) przeciwstawia się etykę cnót (E. D. Pellegrino). Rozumienie zasad uzależnione jest od założeń filozoficznych uprawianej b. Utylitarystycznie rozumianą zasadę jakości życia próbuje się przeciwstawić, związanej z personalizmem, zasadzie świętości czy nienaruszalności życia ludzkiego. Przeciwstawienie to inspirowane jest sporem między tzw. b. świecką (H. T. Engelhardt, U. Scarpelli) a b. chrześcijańską, za którym kryje się zasadnicza kontrowersja między humanizmem świeckim, ateistycznym a humanizmem chrześcijańskim.

W b. o korzeniach utylitarystycznych i liberalistycznych akcentuje się zasadę autonomii, dobroczynności i sprawiedliwości. Zasady te wchodzić jednak od razu w konflikt ze sobą. W b. związanej z etyką personalistyczną akcentuje się zasadę nieszkodzenia, całościowości, solidarności oraz zasadę o podwójnym skutku.

Zasad tych nie można jednak odrywać od kryterium moralności oraz od podstaw antropologicznych i metafizycznych. Samo konfrontowanie ich ze sobą (np. zasady autonomii pacjenta z zasadą dobroczynności lekarza czy z najlepiej pojętym interesem pacjenta), kończy się konwencjonalnym ograniczaniem jednej zasady na rzecz innej. To właśnie wtedy opinia komisji etycznej określa sens tych zasad i ona staje się końcowym kryterium tego, co dobre moralnie

Bibliografia: V. R. Potter, *B.: The Science of Survival*, Perspectives in Biology and Medicine 14 (1970), 120–153; tenże, *B.: Bridge to the Future*, Englewood Cliffs 1971; L. Walters, T. I. Kanh, *Bibliography of B.*, Wa 1975; Encyclopedia of B., I–IV NY 1978, I–V 1995²; D. F. Kelly, *The Emergence of Roman Catholic Medical Ethics in North America: An Historical, Methodological, Bibliographical Study*, NY 1979; M. Sailer, *Medizin in christlicher Verantwortung. Sittliche Orientierungen in*

päpstlichen Verlautbarungen und Konzilsdokumenten, Pa 1982; *The Hastings Center's Bibliography of Ethics. Biomedicine and Professional Responsibility*, Frederick 1984; *Etyka i deontologia lekarska*, Wwa 1985; H. Jonas, *Technik, Medizin und Ethik. Zur Praxis des Prinzips Verantwortung*, F 1985, 1987²; H. T. Engelhardt, *The Foundations of B.*, NY 1986, 1996²; R. G. Gillon, *Philosophical Medical Ethics*, NY 1986 (*Etyka lekarska. Problemy filozoficzne*, Wwa 1997); S. Kornas, *Współczesne eksperymenty medyczne w ocenie etyki katolickiej*, Cz 1986; E. Sgreccia, *Manuale di b.*, I–II, Mi 1986–1991; H. Rotter, *Die Würde des Lebens. Fragen der medizinischen Ethik*, In 1987; *Biomedical Ethics: An Anglo-American Dialogue*, NY 1988; T. Ślipko, *Granice Życia. Dylematy współczesnej b.*, Wwa 1988, Kr 1994²; *Medical Ethics*, Bos 1989, 1997²; J. Reiter, *Menschliche Würde und christliche Verantwortung. Be-denklisches zu Technik, Ethik, Politik*, Kevelaer 1989; C. Viafora, *Fondamenti di b.*, Mi 1989; D. Tettamanzi, *B. Nuove frontiere per l'uomo*, Casale Monferrato 1990²; *Vent'anni di b. Idee, protagonisti, istituzioni*, Pd 1990; *B. e antropologia medica*, R 1991; C. Lega, *Manuale di b. e deontologia medica*, Giuffrè, Mi 1991; M. M. Bonenberg, *Etyka środowiskowa. Założenia i kierunki*, Kr 1992; *The Interactions of Catholic B. and Secular Society*, Braintree 1992; D. Gracia, *Fondamenti di B. Sviluppo storico e metodo*, Mi 1993; *Humanizm ekologiczny*, II, Lb 1993; *International Directory of B. Organizations*, Wa 1993; S. Kyć, *Kryzys idei postępu. Wymiar ekologiczny*, Lb 1993; A. Maclean, *The Elimination of Morality: Reflections on Utilitarianism and B.*, Lo-NY 1993; E. D. Pellegrino, D. C. Thomasma, *The Virtues in Medical Practice*, NY 1993; G. Russo, *Fondamenti di metabioetica cattolica*, R 1993; E. Schockenhoff, *Ethik des Lebens. Ein theologischer Grundriß*, Mz 1993; J. Bernard, *De la biologie à l'Éthique*, Buchel, Chastel, P 1990 (*Od biologii do etyki*, Wwa 1994); P. F. Camenisch, *Religious Methods and Resources in B.*, Dor-Bo 1994; *Dizionario di B.*, Bol-Acireale 1994; S. Olejnik, *Etyka lekarska*, Ka 1994, 1995²; M. A. Grodin, *Metamedical Ethics. The Philosophical Foundations of B.*, Dor-Bo 1995; K. Kloskowski, *Bioetyczne aspekty inżynierii genetycznej*, Wwa 1995; G. Russo, *B. fondamentale e generale*, Tn 1995; *Storia della B. Le origini, il significato, le istituzioni*, R 1995; *History of B.: International Perspectives*, San Francisco 1996; L. Melina, *Corso di b. Il Vangelo della vita*, Casale Monferrato 1996; *Bilancio di 25 anni di b. Un rapporto dai pionieri*, Tn 1997; W. Bołoz, *Życie w ludzkich rękach. Podstawowe zagadnienia bioetyczne*, Wwa 1997; A. Muszala, *Wybrane zagadnienia etyczne z genetyki medycznej*, Kr 1998; R. Otowicz, *Etyka życia*, Kr 1998; U. Scarpelli, *B. laica*, Mi 1998; *W trosce o życie. Wybrane dokumenty Stolicy Apostolskiej*, T 1998; J. Wróbel, *Człowiek i medycyna. Teologicznomoralne podstawy ingerencji medycznych*, Kr 1999.

Tadeusz Biesaga