

Włodzimierz Galewicz

Spór o prymat walki ze złem*

Słowa kluczowe: *minimalizacja zła, maksymalizacja dobra, negatywny utilitaryzm, etyka medyczna, H. Elzenberg, T. Kotarbiński*

Jedną z interesujących części etycznej spuścizny Henryka Elzenberga jest jego polemika z „praktycznym realizmem” Tadeusza Kotarbińskiego, a zwłaszcza z konstytutywną dla tego stanowiska – czy też zespołu poglądów – zasadą głoszącą prymat walki ze złem. Zasada prymatu walki ze złem pojawia się naturalnie nie tylko u Kotarbińskiego i występuje w rozmaitych formach, niekiedy odnosząc się do szczególnej postaci zła, jaką stanowi cierpienie; w najogólniejszej wersji głosi ona jednak, że przeciwdziałanie złu – zapobieganie złu grożącemu i usuwanie zła już istniejącego – jest normatywnie ważniejsze niż działanie na rzecz dobra. Elzenberg dokonuje ostrej krytyki tej normy, argumentując, że skutki konsekwentnie wcielanej w życie „postawy praktyczno-realistycznej” byłyby zgubne lub wręcz śmiertelne. W moim artykule najpierw (w części I) przypominam najważniejsze punkty sporu między Kotarbińskim i Elzenbergiem, następnie (w części II) wyróżniam możliwe interpretacje zasady prymatu walki ze złem, a na koniec (w części III) zastanawiam się, czy i w jakiej interpretacji sporną zasadę da się obronić nie tyle na poziomie etyki ogólnej, gdzie wymagałaby ona jeszcze obszerniejszej dyskusji, ile w obrębie tej szczególnej teorii etycznej, jaką stanowi etyka medyczna.

* Poniższy artykuł wiąże się z moim projektem badawczym „Sprawiedliwość w opiece zdrowotnej”, finansowanym przez NCN w ramach konkursu Maestro 4.

I

W etyce T. Kotarbińskiego idea walki ze złem – dążenia raczej do usunięcia nieszczęścia niż do pomnożenia szczęścia – jest jednym ze stałych motywów, pojawiających się w różnych etapach jego filozoficznego rozwoju. Spotykamy się z nią już w jego wczesnej rozprawce *Utylitaryzm a etyka litości*, w której młody filozof stara się pokazać, że dwa zestawiane przezeń w tytule kierunki, choć „z pozoru bardzo bliskie”, w istocie „rozchodzą się w sprawach kardynalnych”, a przede wszystkim „w odpowiedzi na pytanie, czy obowiązek moralny wymaga, by szczęście było potęgowane do maksimum” (jak według nieco ryzykownej interpretacji autora utrzymuje utylitaryzm), „czy tylko by nieszczęście było wytępione do szczętu” (Kotarbiński 1914, s. 85), do czego ma wzywać „etyka litości”. Już w tej swojej młodzieńczej pracy Kotarbiński skłania się wyraźnie do stanowiska etyki litości; przyznaje wprawdzie, że posiada ona „zakrój nihilistyczny” – mając bowiem do wyboru albo „świat z wielkim szczęściem jednych, a nieszczęściem innych, albo świat bez życia, pchnęłaby koło fortuny tym drugim szlakiem” – niemniej jednak „jest pono prawdziwa”, podczas gdy nastawiony na pomnażanie szczęścia utylitaryzm „ma piętno zdobywcze, prze do pełni życia – cóż, kiedy jest doktryną fałszu” (tamże, s. 86–87).

To stanowisko Kotarbiński podtrzymuje i rozwija także w swoich późniejszych pracach, a zwłaszcza w dwóch tekstach opublikowanych pod tytułem *Realizm praktyczny*. Zwolennik tej bronionej przezeń postawy etycznej, czyli „praktyczny realista”, ma być zatem „nastawiony na porównywanie możliwości z punktu widzenia przewidywanego zła, gotów będąc stale wybierać zło mniejsze” (Kotarbiński 1965, s. 135). Należy to zapewne rozumieć w ten sposób, że wybór mniejszego zła jest słuszny również w wypadku, gdy wymaga zrzeczenia się większego dobra, lub też wyraźniej: gdy różnica pomiędzy dobrem urzeczywistnianym przez wybór A oraz dobrem, które realizowałyby się przez alternatywny wybór B jest mniejsza niż różnica pomiędzy złem, które uchyla się przez wybór A oraz złem, którego unikałoby się wybierając B. Taka przynajmniej koncepcja wynikałaby z pewnych wypowiedzi Kotarbińskiego, w których mówi on, że „realista praktyczny, jako taki, rozumie, iż najcenniejsze są działania najważniejsze i że najrozumniejszym wyborem spośród działań możliwych jest ten, który polega na wybraniu działania najważniejszego”, a równocześnie stwierdza, że „to i tylko to jest ważniejsze, co zapobiega większemu złu lub większe zło uchyla” (Kotarbiński 1948, s. 128).

Krytykując stanowisko Kotarbińskiego, Elzenberg wytyka mu różne słabości, ale za najpoważniejszy zarzut sam uważa argument z niszczycielskich skutków, jakie pociągnęłaby za sobą realizacja – czy choćby nawet próba

ureczywistnienia – haseł praktycznego realizmu¹. Pójście za wskazaniem Kotarbińskiego spowodowałoby mianowicie „niesamowite szkody”, dotykające przede wszystkim k u l t u r ę – „bo realizm praktyczny co najmniej przekreśla motywy zainteresowania się jej wartościami, a po prawdzie to wartości te bezpośrednio piętnuje jako «nieważne»”, a także podważające p o c z u c i e s e n s o w n o ś c i ż y c i a (Elzenberg 1963b, s. 131). Na pierwszy z tych zarzutów – negowania lub deprecjonowania pozytywnych wartości realizowanych przez naukę i sztukę – Kotarbiński naraża się, opisując także te dziedziny jako służące główne walce z takim czy innym złem: bezpośrednio złem głupoty lub też złem brzydoty, a w sposób pośredni również złem cierpienia. Tak zatem, co się tyczy nauki, „nie dlatego tak bardzo ważną jest rzeczą kształcić się, by nabrać wdzięków człowieka wykształconego, lecz dlatego, by zapobiec klęskom, którym się zapobiegnie dopiero zdobywszy kompetencje, a między innymi klęsce własnej grożącej ograniczoności i głupoty” (Kotarbiński 1948, s. 131); jeszcze bardziej podrzędna lub czysto służebna okazuje się rola sztuki: „Sale operacyjne ważniejsze są od sal koncertowych, chociaż trzeba przyznać, że radość z powodu słuchania muzyki nieraz bardzo pomaga chorym w borykaniu się z ponurą atmosferą cierpienia i z samym cierpieniem fizycznym” (tamże). Gdy zaś chodzi o drugą obiekcję przeciwko zaleceniom praktycznego realizmu – „że niszczy on normalne poczucie sensowności życia, a przez to odbiera ludziom wszelką inną niż animalną rację pozostania przy życiu” – Kotarbiński, jak przyznaje Elzenberg, „przewidział ten zarzut, ale przed nim nie ustępuje” (Elzenberg 1963b, s. 134). Zauważył bowiem „brak harmonii między realizmem praktycznym a normalną postawą młodzieńczą”, powątpiewającą, czy warto żyć tylko po to, aby „bronić siebie lub kogokolwiek przed klęską”, ale jest przeświadczony, że ten naturalny sprzeciw można by łatwo spacyfikować. Wystarczyłoby zapytać entuzjastycznego młodzieńca, myślącego np. o studiach medycznych: „czy nie sądzisz sam, że warto jest żyć i działać, jeśli pomaga się ludziom...?... Czy uprawianie sztuki lekarskiej np. nie uzasadnia afirmacji własnego życia, jako wartego istnienia i kontynuacji?” (Kotarbiński 1948, s. 131). Elzenberg jest jednak zdania, że tę replikę należy odrzucić:

Owszem, warto jest się całkowicie poświęcić chronieniu ludzi przed klęską, jeżeli w życiu ludzkim, skądinąd, jest jakaś treść pozytywna, jakieś skierowanie myśli i woli na coś pozytywnie wartościowego. Wtedy moje życie jako lekarza otrzymuje sens na zasadzie służenia sensownemu celowi: ja jako lekarz, ktoś inny jako rolnik, ktoś inny jeszcze

¹ Notabene, wysuwając przeciwko etyce litości tak ostre zarzuty, Elzenberg zdaje się zapominać o swoim własnym aforyzmie: „Oceniając jakąś etykę nigdy nie pytać: co by było, gdyby się wszyscy stosowali do jej nakazów? Każda etyka rozsądna z góry zakłada, że tylko pewna mniejszość się zastosuje” (Elzenberg 1963a, s. 143).

jako budowniczy, chronimy naszych bliźnich przed klęskami choroby, głodu, porażenia słońcem, zmarznięcia; ale w najgorszym wypadku niektórzy przynajmniej z tych bliźnich, w najlepszym każdy z nich i ja sam, mamy dostęp do owego czegoś pozytywnego: do cnót bezinteresownych, do dramatycznej wspaniałości dziejów, do piękna przyrody (...), do pogłębionego i rzetelnego zrozumienia rzeczywistości (Elzenberg 1963b, s. 134).

Elzenberg uważa, że w świecie zgodnym z modelem Kotarbińskiego ten warunek dostępu do czegoś pozytywnego nie jest spełniony, ponieważ wszyscy członkowie społeczeństwa nie robią nic innego, jak tylko wzajemnie bronią się przed jakimś złem. W konkluzji pisze:

Nie chciałbym, by to brzmiało buńczucznie, ale twierdzę jak najbardziej stanowczo, że w t a k i m układzie życia nie warto być ani lekarzem, ani budowniczym, ani rolnikiem; t a k i e życie nie zasługuje na to, by je podtrzymywano; przedłużanie go nie zda się na nic. Jeżeli życie ma się w całości wyczerpywać w obronie przed klęską, to jedyną wynikającą stąd dyrektywą rozsumną jest: odwrócić się do niego plecami (Elzenberg 1963b, s. 134).

Nie jest całkiem jasne, jakie to życie w ocenie Elzenberga „nie zasługuje na to, by je podtrzymywano”. Być może chodzi tutaj o życie całego ludzkiego gatunku, które byłoby niewarte przedłużania w hipotetycznej sytuacji, w której sprowadzałyby się *in toto* do obrony przed „klęską”, czyli jakąś głęboką niedolą lub deprawacją, lub wręcz ostateczną zagładą, nie zawierając już żadnej z pozytywnych wartości, wymienianych przez autora. W tym wypadku dyrektywa Elzenberga – „odwrócić się do niego plecami” – pomimo jej „buńczucznego” brzmienia byłaby dosyć niewinna, ponieważ sytuację, w której ludzki gatunek nie realizowałby już niczego pozytywnego, można by potraktować jako retoryczną fikcję, na szczęście niegroźną ludzkości. Jednakże „stanowcze twierdzenie” Elzenberga można odnosić także do życia jednostki, ocenianego bądź to z punktu widzenia jej samej, bądź to – i wówczas nabiera ono szczególnej ostrości – z perspektywy innych osób. Z punktu widzenia samej jednostki życie niewarte już podtrzymywania to życie, któremu rozsownie jest położyć kres. Tę praktyczną konsekwencję Elzenberg akceptuje w swoim aforyzmie:

Samobójstwo powinno być jednym z normalnych sposobów kładzenia kresu życiu i być jako normalny przewidywane, tak jak się dzisiaj przewiduje śmierć na wojnie, a w czasach pokojowych na nowotwór lub udar (Elzenberg 1963a, s. 138).

Można się jednak zastanawiać, na czym miałyby polegać „odwrócenie się plecami” od życia drugiej osoby, która w swojej katastrofalnej kondycji życiowej czasem faktycznie nie ma już dostępu „do owego czegoś pozytywnego”, co zdaniem Elzenberga nadaje sens życiu („do cnót bezinteresownych, do dramatycznej wspaniałości dziejów, do piękna przyrody (...), do pogłębionego

i rzetelnego zrozumienia rzeczywistości”): czy również na położeniu mu kresu, czy na nietroszczeniu się o nie, czy tylko – co zapewne byłoby najbardziej korzystną interpretacją – na jego nieprzedłużaniu.

Odpowiadając na te argumenty „przeciwników realizmu praktycznego”, zarzucających mu, że w świetle jego zaleceń „cała działalność ma się sprowadzać do walki ze złem”, Kotarbiński najpierw zaznacza, że realista praktyczny nie posuwa się do tak skrajnej tezy, a tylko sądzi, „że wtedy będzie najlepiej, jeżeli walce ze złem będzie się oddawało główne siły”. („Będzie najlepiej” znaczy tu zapewne, że poświęcając główne siły walce ze złem, a nie bezpośredniej działalności na rzecz dobra, zrealizuje się najlepszy możliwy stan rzeczy, a więc optymalny układ dobrych i złych elementów). Co się zaś tyczy pytania, „czy warto żyć, głównie walcząc ze złem”, realista praktyczny może również odpowiedzieć pytaniem:

czy nie jest zadaniem nieskończenie interesującym i wystarczającym do uzasadnienia jego wyboru zaopiekować się skutecznie istotami godnymi umiłowania, dając im skuteczną ochronę przed tym wszystkim, co im grozi? Czy nie dostarcza satysfakcji, czyniącej życie godnym życia, pełnienie zawodu lekarza, zawodu, którego istotą jest walka z cierpieniem fizycznym, z niedołęstwem i niebezpieczeństwem przedwczesnego zgonu? (Kotarbiński 1965, s. 136)

II

Zasada prymatu walki ze złem przybiera różne formy zależnie od trzech czynników: (a) jakiego rodzaju „zło” bierze się w niej pod uwagę, (b) jak rozumie się „walkę” z tym złem i (c) co oznacza normatywny „prymat” przyznawany walce ze złem w stosunku do działalności alternatywnej, czyli troski o dobro.

Ad (a) Jak widzieliśmy powyżej, Kotarbiński rozwija swoją etykę walki ze złem najczęściej odwołując się do zła cierpienia, na którym koncentrują się także inni zwolennicy etyki walki ze złem, czy też „negatywnego utylitaryzmu”². Odpierając zarzuty Elzenberga, występującego w obronie pozytywnych wartości realizowanych w nauce lub sztuce, autor *Realizmu praktycznego* stara się jednak pokazać, że również w tych dziedzinach ludzkiej działalności toczy się pewną walkę ze złem, w związku z czym wspomina o takich negatywnych

² W sprawie „negatywnego utylitaryzmu” por. Smart 1958; Walker 1974. Kotarbiński nie zgadzał się wprawdzie z utylitaryzmem, nawet negatywnym. Odcinał się od niego już chociażby przez to, że uznawał istotną moralną różnicę pomiędzy unikaniem własnych cierpień a usuwaniem cudzych (por. także niżej, przyp. 5).

wartościach jak głupota lub ignorancja³, czy też brzydota. Pewne nieutytilitarne, a w każdym razie niehedoniczne odmiany zła, do których jeszcze dalej wrócimy, pojawiają się również w cytowanej już wypowiedzi Kotarbińskiego na temat sensu pracy lekarza. Niemniej nie ulega wątpliwości, że tę formę zła, która odgrywa największą rolę w sporze Elzenberga z Kotarbińskim – i na której także my w dalszym ciągu możemy się skupić – stanowi zło ludzkiego⁴ cierpienia.

Ad (b) Przez „walkę” z takim czy też innym złem można rozumieć różne zachowania, mające na celu zmniejszenie ilości tego rodzaju zła w ludzkim życiu. Tak szeroko rozumianą walką ze złem będzie więc zarówno wykonanie pewnej czynności, która ma doprowadzić do zmniejszenia ilości zła – bądź to zapobiegając złu grożącemu, bądź to usuwając zło już istniejące – jak i zaniechanie pewnej czynności, która doprowadziłaby do zwiększenia ilości zła. Na gruncie etyki deontologicznej, uznającej istotną etyczną różnicę pomiędzy powodowaniem pewnego skutku przez pozytywne działanie i powodowaniem takiego samego skutku przez zaniechanie jakiegoś działania, otwiera się możliwość tylko połowicznej akceptacji prymatu walki ze złem, tzn. koncepcji, która np. uznaje, że przysporzenie komuś pewnej ilości szczęścia jest dla nas zawsze mniej ważne niż niewyrządzenie komuś takiej samej, a nawet mniejszej ilości cierpienia, której doznałby on wskutek naszego działania, ale już niekoniecznie mniej ważne niż oszczędzenie komuś równej ilości cierpienia, której doznałby on z innej przyczyny, w razie braku naszego działania. W dalszym jednak ciągu pominę owe komplikacje, których zasada prymatu walki ze złem wymagałaby w obrębie etyki deontologicznej, i rozpatrzę jedynie jej wersje możliwe na gruncie konsekwencjalizmu, tzn. poglądu, który uzależnia słuszność pewnej decyzji od jej przewidywanych następstw, bez względu na to, czy te następstwa będą wynikiem czyjegoś działania, czy też niedziałania.

³ Można by się zastanawiać, jakiego rodzaju negatywną wartością czy też formą zła jest ignorancja jako przeciwieństwo dobra, za które bezdyskusyjnie uważa się wiedzę; ciekawe uwagi na ten temat czyni Kagan 2015.

⁴ Nie jest wykluczone, że zasada prymatu walki z cierpieniem odnosi się u Kotarbińskiego także do cierpienia zwierząt. Kotarbiński na pewno podkreślał, że naszym moralnym obowiązkiem jest chronienie przed niepotrzebnym cierpieniem nie tylko ludzi, ale także zwierząt. W innym miejscu pisał na przykład: „Unikać własnego cierpienia – tego domaga się mądrość życiowa, ale nikt nie ma moralnego obowiązku dbać o to. Natomiast cudze cierpienie stwarza moralny obowiązek, by mu zaradzić lub mu zapobiec w miarę możliwości, jeśli to przeciwdziałanie nie prowadziłoby do jeszcze poważniejszych cudzych cierpień. Ta dyrektywa obowiązuje nie tylko wobec człowieka, lecz także wobec zwierzęcia” (Kotarbiński 1972, s. 459). Nie jest jednak całkiem pewne, czy przeciwdziałaniu cierpieniom zwierzęcia przysługuje taki sam prymat w stosunku do działania na rzecz ludzkiego szczęścia, jaki przypisuje się przeciwdziałaniu cierpieniom człowieka.

Ad (c) Decydującym kryterium pozwalającym rozgraniczyć różne formy zasady prymatu walki ze złem jest jednak rodzaj prymatu, stwierdzanego przez tę zasadę: na czym właściwie polega ta normatywna przewaga, którą ma posiadać walka ze złem nad troską o dobro? Aby wyróżnić jej najważniejsze możliwe interpretacje, przeciwstawię najpierw pogląd, zgodnie z którym prymat walki ze złem miałby jedynie znaczenie praktyczne, oraz grupę poglądów przyznających temu pierwszeństwu właściwe znaczenie etyczne, a następnie w obrębie tej drugiej wyróżnię jeszcze trzy główne odmiany: koncepcję, która etyczną wagę przyznaje wyłącznie walce ze złem, czyli koncepcję jej *wyłącznej etycznej wagi*, koncepcję *bezwzględnej etycznej przewagi* walki ze złem (uznawanej bądź to w zakresie nieograniczonym, bądź przynajmniej do pewnej granicy) oraz koncepcję *względnej etycznej przewagi* walki ze złem nad troską o dobro⁵.

Czysto *praktyczny prymat* walki ze złem⁶ – a w szczególności postulat przedkładania minimalizacji cierpienia nad maksymalizację szczęścia – nie jest właściwie prymatem etycznym. Zasada praktycznego prymatu walki z cierpieniem nie przyjmuje bowiem, że jakiś jeden częściowy cel (minimalizacja cierpienia) posiada bezwzględnie czy też względnie wyższą rangę od innego częściowego celu (maksymalizacji szczęścia); uznaje raczej obydwie cele, nie rozstrzygając kwestii ich hierarchicznego stosunku czy też ich stosownego udziału w celu całościowym. Naszym obowiązkiem w zakresie szczęścia i cierpienia – jeśli nie we własnym życiu, to przynajmniej w życiu innych – jest zasadniczo postępować w taki sposób, aby powodować jak największą ilość szczęścia i jak najmniejszą ilość cierpienia, czyli optymalną proporcję szczęścia i cierpienia. W praktyce jednak ten optymalny bilans szczęścia i cierpienia – czy też w ogóle dobra i zła – łatwiej i skuteczniej osiągamy skupiając się na walce z wartościami negatywnymi niż zajmując się troską o wartości pozytywne.

Inne wyróżnione koncepcje prymatu walki ze złem traktują ten postulowany prymat jako bardziej pryncypialny, a więc przypisują mu właściwe znaczenie etyczne. Jak już wspomniałem, etyczny prymat walki ze złem – a w szczególnym przypadku, do którego wygodnie będzie się nieraz ograniczyć, ze złem cierpienia przeciwstawianym dobru szczęścia – można następnie rozumieć trojako: albo jako wyłączną etyczną wagę walki z cierpieniem czy też innym złem, albo jako bezwzględną („leksykograficzną”) przewagę, przypisywaną tej formie działalności etycznej, albo jako jej względną przewagę.

Zgodnie z zasadą *wyłącznej etycznej wagi* walki z cierpieniem alternatywna forma działalności zmieniającej hedoniczny bilans życia ludzkiego, czyli

⁵ Korzystam tutaj z pewnych systematyzacji, które wprowadzają Fricke 2002 i Ord 2013.

⁶ Por. Fricke 2002.

troska o szczęście, nie miałyby żadnej doniosłości etycznej, a już w żadnym razie nie byłyby formą działania obowiązkowego. Tak więc nawet w wypadku, gdyby ktoś mógł wybierać pomiędzy działaniem jedynie oszczędzającym pewnej ilości cierpienia oraz działaniem oszczędzającym równej ilości cierpienia, a nadto przysparzającym dużej ilości szczęścia, wybór tego drugiego sposobu działania nie stanowiłby jego obowiązku, a zatem z etycznego punktu widzenia byłby obojętny. Ten argument „etycznej obojętności”, dający się wysunąć przeciw ekskluzywnej (czy też najbardziej „absolutystycznej”) zasadzie prymatu walki ze złem, zdaniem niektórych krytyków (por. Ord 2013) jest dla niej dyskwalifikujący.

Zasada *względego etycznego prymatu* walki z cierpieniem przede wszystkim zakłada, że cierpienie i szczęście nie tylko da się w jakiś sposób zmierzyć, lecz że mają one również pewną wspólną miarę, tak iż jest sens pytać, czy określona ilość cierpienia (np. funkcja jego intensywności oraz jego trwania) jest równa, czy też nierówna określonej ilości szczęścia (oszacowanej w analogiczny lub też w inny sposób). To założenie zasady względego prymatu walki z cierpieniem jest dla niej istotne, ponieważ utrzymuje ona właśnie, że kiedykolwiek mamy dokonać wyboru pomiędzy działaniem oszczędzającym pewnej ilości cierpienia i działaniem przysparzającym równej ilości szczęścia, postąpimy zawsze słusznie wybierając to pierwsze⁷. Co więcej, takiego samego wyboru powinniśmy dokonać i wtedy, gdy ilość szczęścia dodawana przez drugie działanie jest nieco większa niż ilość cierpienia ujmowana przez drugie, chociaż już niekoniecznie, gdy jest znacznie większa. Innymi słowy, przeciwdziałanie cierpieniu o określonej wielkości ma większą etyczną wagę niż działanie na rzecz równie wielkiego, a nawet nieco większego szczęścia, nie jest ono jednak etycznie ważniejsze od działania na rzecz szczęścia o znacznie większym rozmiarze.

O *bezwzględnym etycznym prymacie* walki z cierpieniem można by mówić wtedy, gdyby zmniejszanie ilości cierpienia było w każdej bez wyjątku sytuacji ważniejsze niż zwiększanie ilości szczęścia, niezależnie od stopnia realizacji obydwu tych celów. Z dwóch możliwych sposobów postępowania należałoby wówczas wybrać za każdym razem ten, który pozwala na uniknięcie czy też usunięcie choćby trochę większej ilości cierpienia, nawet gdyby sposób alternatywny pozwalał na osiągnięcie czy też zachowanie o wiele większej ilości szczęścia. Sam fakt, że jedna z dwóch strategii działania góruje nad drugą, gdy chodzi o ilość osiąganego przez nie szczęścia, byłby wówczas

⁷ Ta deontologiczna zasada prymatu może – chociaż nie musi – opierać się na aksjologicznej tezie, zgodnie z którą określona ilość cierpienia ma większą (bezwzględną) wartość niż taka sama ilość szczęścia. W sprawie stosunku tych dwóch tez, określanych jako deontologiczna i teleologiczna wersja zasady moralnej asymetrii szczęścia i cierpienia, por. Mayerfeld 1999, s. 129.

argumentem uprawniającym, a ewentualnie i obligującym do wybrania tej pierwszej jedynie w wypadku, gdyby ze względu na ilość usuwanego przez nie cierpienia obie strategie były dokładnie równoważące.

Jak zauważa Toby Ord (2013), zasada bezwzględnego etycznego prymatu walki z cierpieniem występuje jeszcze w dwóch wersjach, zależnie od tego, czy uznaje ten prymat za obowiązujący jedynie w pewnych granicach, czy też nie ogranicza zakresu jego obowiązywania. Zgodnie z jej pierwszą wersją, większym cierpieniem, niedającym się zrównoważyć nawet przez największe szczęście, byłoby tylko dodatkowe cierpienie przekraczające pewną granicę znośnej intensywności; zgodnie z drugą wersją, byłoby nim jakiegokolwiek, nawet najmniejsze dodatkowe cierpienie. Jak wskazuje cytowany autor, obydwu wersjom zasady bezwzględnego prymatu grożą poważne zarzuty. Przeciwno zasadzie, która uznaje bezwzględny prymat walki z cierpieniem w zakresie nieograniczonym można wysunąć „argument ukłucia” (*the pinprick argument*): nawet największe pomnożenie ilości szczęścia pewnej osoby, na przykład przez wstrzyknięcie jej „szczęściodajnej” i poza tym absolutnie nieszkodliwej substancji, byłoby wówczas niedozwolone, gdyby dokonywało się kosztem choćby nieznacznego zwiększenia ilości jej cierpienia lub bólu, np. przez drobne ukłucie, z którym wiązałby się ten zastrzyk. Przeciwno zasadzie, która uznaje bezwzględny prymat walki z cierpieniem jedynie do pewnej granicy, można natomiast wysunąć argument ciągłości (*the continuity argument*): jeżeli przyjąć, że intensywność cierpienia zmienia się w sposób ciągły, nie wydaje się logiczne, aby cierpienie mieszczące się tuż pod progiem znośnej intensywności mogło być jeszcze zrównoważone przez wystarczająco dużą ilość dodatkowego szczęścia, a cierpienie choćby nieznacznie przekraczające ten próg już nie dopuszczało takiej równowagi.

III

Wyczerpująca dyskusja na temat zasady prymatu walki ze złem jako pewnej tezy etyki ogólnej przekraczałaby ramy tego artykułu. W dalszym ciągu ograniczę się zatem do rozpatrzenia pewnych aspektów omawianej zasady w jej zastosowaniu do tej dziedziny społecznej działalności, w której wydaje się ona szczególnie usprawiedliwiona i wspierana przez najsilniejsze racje, mianowicie do opieki zdrowotnej. Spróbuję więc zastanowić się nad tym, czy i w jakim stopniu w obrębie opieki zdrowotnej należy postępować zgodnie z zasadą prymatu walki ze złem, tzn. kłaść nacisk raczej na eliminację występujących w tej dziedzinie zjawisk negatywnych niż na maksymalizację odpowiednich pozytywnych wartości związanych ze zdrowiem.

Jak widzieliśmy wyżej, Kotarbiński wyróżnia trzy negatywne wartości, które – z samej istoty swojego zawodu – powinni starać się zwalczać lekarze. Te trzy formy zła, grożącego pacjentom, to: (1) różne postacie cierpienia, z których Kotarbiński wymienia wprawdzie tylko cierpienie fizyczne, lecz do których należy niewątpliwie także cierpienie psychiczne, (2) „niedołęstwo”, czyli głęboka niesprawność (fizyczna lub umysłowa), i (3) niebezpieczeństwo przedwczesnej śmierci, czyli – jak można się domyślać – takiej śmierci, która przydarza się jakiejś osobie zbyt wcześnie, aby jej życie można było uznać za „spełnione” lub „wystarczająco długie”. Tym trzem formom zła, zwalczanego w opiece zdrowotnej, przeciwstawiają się trzy formy dobra, które mogą być przez nią chronione lub też pomnażane. Przeciwnościem cierpienia jest (1') *szczęście*, rozumiane jako doznawanie pozytywnych uczuć, a zwłaszcza pozytywnych uczuć związanych ze zdrowiem. Przeciwnościem niesprawności jest oczywiście (2') (wystarczająca) *sprawność* – zdolność do skutecznego spełniania podstawowych funkcji życiowych. Gdy wreszcie chodzi o przeciwność przedwczesnej śmierci, można uznać, że jest nim (3') *dłuższe życie*, rozumiane jako życie dłuższe od wystarczająco długiego. Odpowiednio do tych trzech rodzajów przeciwności pomiędzy dobrem i złem w opiece zdrowotnej można wyróżnić trzy typy normatywnej przewagi, jaką posiada w jej ramach walka ze złem nad troską o dobro: (1'') prymat zmniejszania cierpienia w stosunku do zwiększania szczęścia, (2'') prymat zmniejszania niesprawności w stosunku do podnoszenia sprawności i (3'') prymat zapobiegania przedwczesnej śmierci w stosunku do „przedłużania życia”, w sensie zabiegania o życie dłuższego niż wystarczające.

Dwa ostatnie zastosowania zasady prymatu mają zauważalnie odmienny charakter od pierwszej. Zarówno bowiem funkcjonalna niesprawność, jak i przedwczesna śmierć, a zatem niewystarczająca długość życia, jest pewną negatywną wartością, do której stosuje się klasyczna – i ściśle związana z tradycyjną teodyceą – koncepcja zła jako braku: funkcjonalna niesprawność jest złem, ponieważ jest brakiem sprawności, służącej ludzkiemu dobru; przedwczesna śmierć człowieka jest złem, ponieważ pozbawia go dobra, jakie przyniosłoby mu dłuższe życie. Opozycja pomiędzy przeciwdziałaniem złu, polegającym na braku pewnego dobra, a działaniem na rzecz tego dobra – np. między leczeniem niesprawności a polepszaniem sprawności lub między zapobieganiem przedwczesnej śmierci a przedłużaniem życia, które osiągnęło już „normalną długość” – jest siłą rzeczy mniej wyrazista niż opozycja między minimalizacją cierpienia i maksymalizacją szczęścia. Cierpienie nie jest bowiem tylko nieobecnością szczęścia, ani też szczęście – jedynie wolnością od cierpienia; z ontologicznego punktu widzenia jedno i drugie jest raczej czymś pozytywnym.

Ta ontologiczna pozytywność cierpienia i szczęścia siłą rzeczy zaostrza kontrowersyjną treść normy, która walce z tym pierwszym przyznaje pryncy-

pialną przewagę nad troską o drugie. Nasuwa się pytanie, czy tak ostra zasada prymatu daje się w ogóle utrzymać – i to nawet w tej dziedzinie, w której wydaje się najbardziej przekonująca, mianowicie w opiece zdrowotnej – a jeżeli tak, to w której z jej wyżej wyróżnionych wersji. Chciałoby się bowiem powiedzieć, że gdzie jak gdzie, ale w opiece zdrowotnej rzeczywiście należy się skupić na walce ze złem.

Zastanówmy się najpierw, czy „medyczną” zasadę prymatu walki ze złem da się obronić w jej najbardziej radykalnej wersji „ekskluzywnej”, tzn. uznającej, że zadaniem medycyny i opieki zdrowotnej jest wyłącznie zapobieganie lub przeciwdziałanie cierpieniu, a nie wywoływanie lub zwiększanie szczęścia.

Maartje Schermer (2013) opisuje przypadek pacjentki poddawanej głębokiej stymulacji mózgu. Głęboka stymulacja mózgu (*Deep Brain Stimulation* – DBS) jest stosunkowo nową metodą terapii, przeprowadzanej za pomocą elektrod wszczepianych do mózgu. Stosowano ją początkowo do leczenia zaburzeń neurologicznych, na przykład choroby Parkinsona, ale po jakimś czasie zaczęto jej również używać także w przypadku zaburzeń psychicznych, takich jak depresja, uzależnienie czy też zaburzenia obsesyjno-kompulsywne (*Obsessive-Compulsive Disorder*, OCD). Pacjentka, o której mowa, cierpiała właśnie na tę ostatnią chorobę, a że nie pomagały jej inne metody leczenia, spróbowano poddać ją terapii DBS. Ta kolejna próba także nie usunęła jej objawów, lecz wywołała nieoczekiwany skutek uboczny: kobieta stwierdziła, że w wyniku stymulacji mózgu czuje się „wreszcie szczęśliwa” i nie chce, aby uszczęśliwiająca ją elektrody zostały odłączone. Jednakże neurochirurg, który prowadził kurację, wobec jej nieskuteczności kazał ją zakończyć. A na protesty pacjentki odpowiedział szorstko, że jego zadaniem jest zaradzenie jej dolegliwości, a nie dostarczanie jej uczucia szczęścia.

Wypowiedź neurochirurga – a przede wszystkim jego decyzja o odłączeniu stymulatora – zapewne u większości osób spotka się z aprobatą. Ta pozytywna ocena może być jednak oparta na różnej podstawie. Nasuwa się obawa, że głęboka stymulacja mózgu jest procedurą związaną z poważnym ryzykiem, które może być równoważone tylko przez nadzieję na trwałe polepszenie stanu zdrowia, a nie przez przejściową poprawę samopoczucia. Przypuśćmy jednak, że przejściowa poprawa samopoczucia, której doznaje pacjentka poddawana DBS, nie polega na wywołaniu w niej trwającego jakiś czas uczucia szczęścia czy też błogości, lecz na uwolnieniu jej – na tak samo długo – od dojmującego i niedającego się inaczej usunąć uczucia lęku i przygnębienia. Czy w tym przypadku głęboka stymulacja mózgu – zakładając, że nie wynikną z niej żadne niepożądane następstwa – będzie dla pacjentki procedurą właściwą i uzasadnioną? Wydaje się, że przynajmniej niektóre z osób nieakceptujących jej poprzednim razem – gdy nie przynosiła ona żadnej innej korzyści poza przejściowym uczuciem błogości – tym razem będą gotowe ją zaakceptować.

To zaś będzie świadczyć, że również w poprzednim przypadku ich ocena opierała się nie tylko na nieostrej różnicy między stosunkowo trwałą poprawą zdrowia i bardziej przejściową poprawą samopoczucia, lecz także na pewnej innej różnicy etycznej – asymetrii pomiędzy dostarczaniem lub przysparzaniem szczęścia oraz usuwaniem lub ujmowaniem cierpienia. Ta asymetria znajduje jednak wyraz w normatywnej tezie, którą jest zasada prymatu walki ze złem, zastosowana w tym wypadku do zła psychicznego cierpienia.

Czy jednak z podanego przykładu można wyciągnąć wniosek, że uśmierzanie lub łagodzenie cierpień jest jedynym właściwym celem medycyny, lub choćby tylko jedynym sposobem, jaki może ona stosować w celu poprawienia hedonicznej jakości życia lub samopoczucia pacjenta? K.D. Clouser, Ch.M. Culver i B. Gert (1981) zauważają, że chociaż za najbardziej pospolite formy zła powodowanego przez chorobę uważa się śmierć, ból i niesprawność, to jednak następstwem choroby bywa również utrata zdolności do pozytywnych doznań – radości czy przyjemności. Takim patologicznym zjawiskiem jest chociażby anhedonia, czyli stępiona zdolność odczuwania zwykłych przyjemności, będąca jednym z charakterystycznych objawów schizofrenii (Clouser, Culver, Gert 1981, s. 35). Leczenie anhedonii, nawet gdy nie wiąże się ona z właściwym cierpieniem czy też doznawaniem uczuć negatywnych, jest niewątpliwie uprawnionym zastosowaniem środków i umiejętności medycznych. Tak zatem trudno powiedzieć, aby zadaniem medycyny w zakresie poprawiania emocjonalnego samopoczucia było jedynie niesienie ulgi w cierpieniu, ponieważ może nim być również przywracanie lub zwiększanie zdolności doznawania uczuć pozytywnych⁸.

Podobną koncepcję celów medycyny zakładają także niektóre z tzw. indeksów stanów zdrowia. Jednym z takich systemów klasyfikacji stanów zdrowotnych jest Health Utilities Index Mark 3 (HUI3). W indeksie tym wyróżnia się osiem wymiarów, czy też „atrybutów”, które należy uwzględnić w opisie i ocenie stanu zdrowia. Te atrybuty to: widzenie, słyszenie, mowa, chodzenie (*ambulation*), używanie obu rąk (*dexterity*), poznanie, ból, a także *uczucia*. W każdym z tych wymiarów wyróżnia się po kilka poziomów, od pełnego zdrowia do całkowitego braku zdrowia w danym aspekcie. W wymiarze uczucia omawiany indeks wymienia poziomy: (1) szczęśliwy i zainteresowany życiem, (2) do pewnego stopnia szczęśliwy, (3) w pewnym stopniu nieszczęśliwy, (4) bardzo nieszczęśliwy, (5) tak nieszczęśliwy, że życie nie ma wartości. Warto

⁸ Pozostaje jednak wątpliwość, czy uprawnionym przedmiotem interwencji medycznej może być doznawanie wszelkich uczuć pozytywnych, czy jedynie pozytywnych uczuć związanych ze zdrowiem lub też zakłóconych w wyniku choroby. Jest również do rozważenia, czy w wypadku uczuć będących objawami zdrowia ich medyczna stymulacja jest uprawniona jedynie do pewnego progu normalności – powyżej którego przestaje już być leczeniem, a staje się polepszaniem – czy także po przekroczeniu tej normy.

zauważyć, że chociaż uczucie szczęścia nie jest tutaj jedynym czynnikiem decydującym o wartości życia, to jednak głębokie nieszczęście odbiera życiu jakąkolwiek wartość. Podnoszenie poziomu zdrowia jest niewątpliwie jednym z celów – a według niektórych nawet głównym celem – medycyny i opieki zdrowotnej. Skoro więc do czynników decydujących o tym poziomie należy także stopień doznawanego szczęścia, to znaczy, że również zwiększanie tego stopnia szczęśliwości jak najbardziej mieści się w obrębie ich celów. Nie jest więc tak, aby którykolwiek lekarz mógł kategorycznie stwierdzić, że jego zadaniem – w zakresie oddziaływania na emocjonalne przeżycia pacjenta – jest tylko niesienie ulgi w cierpieniu, a nie pomoc w doznawaniu szczęścia.

Intuicyjnej aprobaty, jaką budzi w nas reakcja lekarza z opisanego powyżej przypadku, nie sposób więc użyć do uzasadnienia ekskluzywnej wersji omawianej zasady, czyli tezy przyznającej etyczną wagę wyłącznie tej formie opieki medycznej, którą stanowi walka z cierpieniem. Z podobnych powodów trudno przypisywać medycznej walce z cierpieniem bezwzględną przewagę nad troską o szczęście lub dobre samopoczucie, zaliczane również do składników zdrowia. Gdyby aplikując jakiejś osobie nieco bolesny, ale poza tym zupełnie bezpieczny zastrzyk można było sprawić, że odzyska ona zdolność wykonywania czynności, z których czerpie satysfakcję, byłoby nieracjonalnie „oszczędzać” jej tego niewielkiego bólu. Jeżeli psychoterapeuta jest w stanie przywrócić radość życia depresyjnej osobie, przejściowo zwiększając bilans jej przykrości, byłoby nierozsądnie zabraniać mu takiej terapii.

Tak zatem prymat walki z cierpieniem w opiece zdrowotnej nie może być rozumiany ani w sensie jej wyłącznej ważności, ani też w sensie bezwzględnej przewagi nad troską o szczęście. W rachubę wchodzi więc tylko dwa inne, niewykluczające się zresztą sposoby jego pojmowania. Po pierwsze, walkę z cierpieniem można uznawać za działalność, która – przynajmniej w opiece zdrowotnej – jest praktycznie ważniejsza i bardziej celowa niż troska o szczęście. Jak pamiętamy, uznawanie praktycznego prymatu walki ze złem lub cierpieniem polega na przyjmowaniu, że optymalny bilans szczęścia i cierpienia – czy też w ogóle dobra i zła – w pewnej dziedzinie łatwiej i skuteczniej osiągamy skupiając się na walce z wartościami negatywnymi niż zajmując się troską o wartości pozytywne. Nasuwa się myśl, że tak właśnie przedstawia się sprawa w medycynie czy też opiece zdrowotnej. Sztuka lekarska – jak można by rozwinąć tę ideę – powinna zwalczać cierpienie, a nie troszczyć się o szczęście i radość, bo jeśli tylko skutecznie usunie cierpienie, przynajmniej to obezwładniające i przytłaczające, o szczęście i radość zatroszczy się już sama natura.

Po drugie, można też uznać, że chociaż zmniejszanie cierpienia ma w porządku powinności lekarza – opisywanym również przez maksymę *primum non nocere* – pewną etyczną przewagę nad zwiększaniem szczęścia,

to jedynie względną. Jeżeli mamy do wyboru dwie terapie, z których jedna oznacza dla pacjenta mniej cierpienia, lecz druga daje mu więcej szczęścia, wówczas procedurą godną wyboru może być terapia dająca mniej szczęścia, nawet jeśli różnica między ilością szczęścia zapewnianego przez obie terapie jest większa – ale nie dowolnie większa – niż różnica związanego z nimi cierpienia. Kwestię, o ile może być ona większa, aby szala racjonalnego wyboru nie przechyliła się na drugą stronę, za każdym razem trzeba – ale też zasadniczo można – ustalić przez rozumną intuicję.

James Griffin (1979) ilustruje tę koncepcję względnego etycznego prymatu walki z cierpieniem – przez niego samego zwaną „słabą teorią negatywną” – za pomocą pewnego przykładu, który określa jako „przypadek realistyczny”. Mamy wczuć się w sytuację lekarza (np. chirurga lub psychoterapeuty), który musi wybrać dla swojego pacjenta jedną z dwóch terapii. Pierwsza szybko uśmierzy cierpienie pacjenta, ale nie da mu wiele więcej. Druga każe pacjentowi cierpieć znacznie dłużej, ale ostatecznie pozwoli mu odzyskać pełniejsze zdrowie i dobre samopoczucie. W takim stanie rzeczy wybór musi zależeć od tego, jak silne i jak długie będzie cierpienie pacjenta po zdecydowaniu się na pierwszą terapię oraz jak wielką korzyść zapewni mu druga. Modyfikując stopniowo te zmienne, dochodzimy jednak według Griffina do takiego punktu, w którym zastąpienie jednej ścieżki terapeutycznej przez drugą nie będzie ani jednoznacznie pożądane, ani jednoznacznie niepożądane, tak iż wybór tej czy tamtej terapii stanie się obojętny (por. Griffin 1979, s. 53). I właśnie ten punkt będzie punktem równowagi pomiędzy nadwyżką cierpienia i nadwyżką szczęścia.

Oprócz tych dwóch koncepcji prymatu walki z cierpieniem w opiece zdrowotnej można jednak zaproponować trzecią, również zresztą dającą się z nimi połączyć. Aby ją zarysować, przypomnijmy najpierw, że złem zwalczanym w opiece zdrowotnej obok cierpienia (i przedwczesnej śmierci, którą musimy tutaj zostawić na boku) jest również niesprawność. Jak już zaznaczyłem, do tej formy zła – można by je nazywać złem funkcjonalnym – dobrze stosuje się tradycyjna teoria zła jako czegoś bytowo negatywnego, a mianowicie jako braku dobra. Obniżająca zdrowotną jakość życia niesprawność jest bowiem bądź całkowitym brakiem, bądź niedostatecznym poziomem zdolności, którą rozwiniętą w dostatecznym stopniu nazywamy sprawnością. Zło funkcjonalne jest zatem rzeczywiście pewnym niedostatkiem dobra, jakie stanowi sprawność w wykonywaniu odpowiednich funkcji życiowych. Podobną interpretację jak w wypadku negatywnej funkcjonalnej jakości życia można też zastosować do jego negatywnej jakości hedonicznej. Zło hedoniczne – jak możemy ogólniej określić tę najjaskrawszą formę zła zwalczanego w opiece zdrowotnej – nie musi być koniecznie utożsamiane z cierpieniem. Może być również rozumiane jako niedostatecznie zadowalające połączenie radości i cierpienia. Zwalczanie tak

rozumianego zła hedonicznego nie musi więc zawsze polegać na zmniejszaniu ilości cierpień, doznawanych przez pewną osobę, zwłaszcza jeżeli to może się dokonać jedynie kosztem pozbawienia jej pewnych radości. Zwalczać zło hedoniczne można również wtedy, gdy pewnej osobie przysparza się cierpień, których można by jej „oszczędzić”, o ile te dodatkowe cierpienia są równoważone przez przysparzane jej ponadto radości.

Tak rozumiana zasada prymatu walki ze złem w opiece zdrowotnej wydaje się najbardziej przekonująca. Wymaga ona bowiem od lekarzy, aby koncentrowali się na poprawianiu kondycji pacjentów, którzy ze względu na stopień realizacji pewnego życiowego dobra – czy to polegającego na doznawaniu raczej radości niż cierpień, czy to na spełnianiu wartościowych czynności życiowych, czy wreszcie na samym życiu w jego czasowym wymiarze – znajdują się poniżej poziomu wystarczającego, i aby przykładali do tego zadania względnie większą wagę niż do dalszego polepszania sytuacji tych, którzy realizują te dobra w stopniu co najmniej zadowalającym.

Bibliografia

- Clouser K. Danner, Culver Charles M., Gert Bernard (1981), *Malady: A New Treatment of Disease*, „The Hastings Center Report” 11, 3, s. 29–37.
- Elzenberg Henryk (1963a), *Kłopot z istnieniem. Aforyzmy w porządku czasu*, Znak, Kraków.
- Elzenberg Henryk (1963b), *Realizm praktyczny w etyce a naczelne wartości życia ludzkiego*, „Ruch Filozoficzny”; przedr. w: tenże, *Wartość i człowiek*, Toruń 1966, s. 129–140.
- Fricke Fabian (2002), *Verschiedene Versionen des negativen Utilitarismus*, „Kriterion”, nr 15, s. 13–27.
- Griffin James (1979), *Is Unhappiness Morally More Important Than Happiness?* „The Philosophical Quarterly” 29 (114), s. 47–55.
- Kagan Shelly (2015), *An Introduction to Ill-Being*, „Oxford Studies in Normative Ethics”, Vol. 4, s. 261–288; DOI:10.1093/acprof:oso/9780198722144.003.0012.
- Kotarbiński Tadeusz (1914), *Utylitaryzm a etyka litości*, „Nowe Tory”, nr 1–2; przedr. w: tenże, *Pisma etyczne*, pod red. Pawła J. Smoczyńskiego, Ossolineum 1987, s. 85–88.
- Kotarbiński Tadeusz (1948), *Realizm praktyczny (1)*, „Myśl Współczesna”, nr 5; przedr. w: tenże, *Pisma etyczne*, pod red. Pawła J. Smoczyńskiego, Ossolineum 1987, s. 124–133.
- Kotarbiński Tadeusz (1965), *Realizm praktyczny (2)*, „Życie Literackie”, nr 2; przedr. w: tenże, *Pisma etyczne*, pod red. Pawła J. Smoczyńskiego, Ossolineum 1987, s. 134–136.

- Kotarbiński Tadeusz (1972) – *Unikanie cierpień*, „Literatura”, nr 32; przedr. w: tenże, *Pisma etyczne*, pod red. Pawła J. Smoczyńskiego, Ossolineum 1987, s. 458–459.
- Mayerfeld Jamie (1999), *Suffering and Moral Responsibility*, Oxford University Press.
- Ord Toby (2013), *Why I'm Not a Negative Utilitarian*, <http://www.amirrorclear.net/academic/ideas/negative-utilitarianism/>.
- Schermer Maartje (2013), *Health, Happiness and Human Enhancement – Dealing with Unexpected Effects of Deep Brain Stimulation*, „Neuroethics” 6, s. 435–445; DOI 10.1007/s12152-011-9097-5
- Smart R.N. (1958), *Negative Utilitarianism*, „Mind” 67, s. 542–543.
- Walker A.D.M. (1974), *Negative Utilitarianism*, „Mind” 83, s. 424–428.

Streszczenie

Ważną częścią etycznej spuścizny H. Elzenberga jest jego krytyka „praktycznego realizmu” T. Kotarbińskiego, a w szczególności zawartej w nim tezy przyznającej większą moralną wagę minimalizacji cierpienia (i innych form zła) niż maksymalizacji szczęścia (i innych form dobra). Elzenberg podważa pogląd Kotarbińskiego, wskazując na jego zgubne następstwa dla sztuki i wyższej kultury, a także dla naszego poczucia sensu życia. W moim artykule najpierw przedstawiam główne argumenty w sporze między Elzenbergiem i Kotarbińskim; następnie omawiam różne interpretacje zasady prymatu walki ze złem (znane również jako wersje negatywnego utilitaryzmu); w ostatniej części zastanawiam się nad możliwością obrony tezy o priorytecie minimalizacji zła w zakresie etyki medycznej.