

Kőműves Sándor

Bioetika – elmélet és gyakorlat¹

„Egy filozófiai problémának ez a formája: 'Nem ismerem ki magam.'”²

(Ludwig Wittgenstein)

Bevezetés

Ebben a tanulmányban arra vállalkozunk, hogy a bioetika eddigi történetét a morális elméletek és a klinikai gyakorlat egymáshoz való viszonyának a szempontjából vegyük közelebbről is szemügyre. Röviden felvázoljuk azt az utat, amelyet a morális teória a gyakorlathoz való viszonyában megtett, és kissé részletesebben tárgyalunk két olyan megközelítésmódot (a kazuisztikát és a principalizmust), melyek saját meghatározásuk szerint nem túlzottan absztrakt, de nem is túlságosan partikularista szemléletűek, és gyakorlatorientált módszerekkel állnak elő felmerülő orvosetikai kérdések kezelésére.

Az elmélet és a gyakorlat megkülönböztetésével természetesen egy hagyományos felosztást követünk, amely elkülöníti egymástól a klinikai bioetikát, az eljárásorientált bioetikát, és a teoretikus bioetikát. A klinikai bioetika a tulajdonképpeni praxis, amelyben a cselekedet rejtett, nem feltétlenül artikulált értékorientációkról tesz tanúbizonyságot, ahol egy döntés nem csupán lehetőség, hanem tényleges követelmény. A betegágy nem egy szeminárium helyszíne, konkrét döntésre van szükség, a döntés a beteg mellett születik meg. Az eljárásorientált bioetika ezzel szemben az egyénnél magasabb szinten munkálkodik, noha a döntés eredménye természetesen itt is közvetlenül érinti magát az individuumot. A megfogalmazott irányelvek több emberre vonatkoznak, érvényességi tartományuk az egyénnél általánosabb. A gyakorlati szemléletmód itt is esszenciális eleme a bioetikának, hiszen az ezen a szinten meghozott döntések még mindig a klinikum praxisában fogalmazódnak meg, és annak tulajdonképpen konstruktív elemeit alkotják. A bioetika

¹ A publikáció elkészítését a TÁMOP 4.2.1./B-09/1/KONV-2010-0007 számú projekt támogatta. A projekt az Új Magyarország Fejlesztési Terven keresztül az Európai Unió támogatásával, az Európai Regionális Fejlesztési Alap és az Európai Szociális Alap társfinanszírozásával valósult meg. A publikáció alapjául a 2010. november 23-án, a Debreceni Egyetemen megrendezésre került *Az alkalmazott etika perspektívái* konferencián *Bioetika – elmélet és gyakorlat* címmel elhangzott előadás szolgált.

² Wittgenstein 1999. 82.

harmadik válfaja a teoretikus bioetika, metaforájaként a szemináriumi termet választhatjuk. A teoretikus bioetika esetében nem létfontosságú a konszenzus elérése, nem kell feltétlenül megoldást találnunk egy tárgyalásra kerülő problémára, a teoretizálás időkeretét is csupán az akadémiai időbeosztás hagyományai (pl. előadás, szeminárium) korlátozzák.

Az alkalmazott etika korai lendülete

A gyakorlati etika születését a korai 1970-es évekre tehetjük, a medicina praxisában felmerülő etikai kérdések vonatkozásában ez a periódus tulajdonképpen azt a filozófusi szerepkört tárja elénk, amelyben a gyakorlati filozófusok úgy gondolták, hogy a konkrét etikai dilemmákra - a szakismeretükre történő hivatkozás mellett - konkrét megoldási javaslatokat képesek megfogalmazni. Az eszköz ehhez alapvetően maga a morál- vagy a politikai filozófia volt, pontosabban egy adott morál- vagy politikai filozófia, amelyre – Annette Baier hasonlatával élve – úgy tekintettek, mint szisztematikus ítéletekből felépülő boltozatra, melyet egy vagy két princípium fog össze záróköként.³ Joseph Fletcher⁴ és Peter Singer⁵ az utilitarizmus szószólója volt, Alan Donagan⁶ a tájékozott beleegyezést kantiánus érvelés mentén vette védelmébe, Tristram Engelhardt⁷ pedig Robert Nozicktól kölcsönzött libertariánus premisszák alapján fogalmazta meg az egészségügyi ellátás újraelosztásának kritikáját. Az etikai princípiumok természetesen többféle, a gyakorlatban tapasztalható problémára kívántak megoldással előállni. Mindannyiunk számára ismert személyes élettapasztalatunkból az időnként egymással konfliktusba kerülő megoldási alternatívák jelensége, mások tapasztalatai, habitusai is a sajátunktól eltérő megoldási alternatívákat állíthatnak elénk – ezáltal felvetve az összehasonlítás és a megoldáskeresés feladatát -, és nem ritkán az erkölcsi szabályok konfliktusát is regisztrálhatjuk a legkülönbözőbb életterületeken. Nem véletlenül szokták itt Wittgensteint felemlíteni, a *Filozófiai vizsgálódások*nak azt a részét, ahol Wittgenstein a nyelvünket egy régi városhoz hasonlítja, tele zezugos utcácskákkal és terekkel, régi és új házakkal.⁸ Mintha etikai életünk is ilyen régi és új, egymással időnként nem összeegyeztethető, de mégis egymás mellett élő erkölcsi nézetekről, előfeltevésekről tenne tanúbizonyságot.

³ Baier 1994.

⁴ Fletcher 1974.

⁵ Singer 1999.

⁶ Donagan 1977.

⁷ Engelhardt 1986.

⁸ Wittgenstein 1998. 25.: „Nyelvünket olybá tekinthetjük, mint egy régi várost: mint zezugos térséget utcácskákkal és terekkel, régi és új házakkal, meg olyan házakkal, amelyekhez különböző korokban építettek hozzá; s az egészet egy csomó új előváros öleli körül, egyenes és szabályos utcákkal és egyforma házakkal.”

A nehézségek perzisztenciája

John Arras az alkalmazott etika korai lelkesedésének alábbhagyását, megtorpanását, a számos megoldhatatlannak mutakozó problémával történő szembenézés szükségességét azzal indokolta, hogy tulajdonképpen már maga a vállalkozás által benyújtott igény eleve kivitelezhetetlen volt.⁹ A nehézségek több oldalról is megmutakoztak. Egyfelől nem alakult ki konszenzus azt illetően, hogy melyik elméletnek is kellene érvényt szerezni, melyiknek kellene megadni a jogot a felmerülő gyakorlati problémák megoldására (az utilitarizmusnak, a kantiánus, a rawls-i, a libertariánus stb. elméletnek?). Másfelől, ha mutakozott is valamilyen konszenzus egy adott értelmezői táboron belül, maga a preferált elmélet sem mutatott homogén képet, az elméleten belül is heterogenitást tapasztalhattunk (pl. a szabály-utilitaristák és a cselekedet-utilitaristák elkülönülése az utilitarizmuson belül). Ennek következtében nemhogy nem csökkent az egyet nem értés (reménykedve abban, hogy elmozdulás történik a megoldás irányába), hanem tovább mélyült. Egy konkrét etikai kérdés esetében - amely a praxisban gyakorlatilag azonnal implementálható stratégiát követel meg - nem halaszthatjuk a döntést addig, ameddig a nézetellentétet sikerül elsimítanunk. Számos esetben még remény sem látszott arra, hogy ezeket a nézeteltéréseket el lehetne simítani.

Az antielméletek színre lépése

Ilyen kontextusban nem meglepő, hogy a felülről lefelé érintkező elméletek mellett megjelenik egy olyan szemléletmód, amely megfordítja a gondolkodás irányát, és a deduktív módszer helyett a partikularitásra, a konkrét esetekre, magára a praxisra, illetőleg az etikai dilemmák megoldási javaslatainak történeti hagyományára irányítja a figyelmet. Ezekre a konkrét adatokra építkezve próbál meg általánosabb – de a használhatónál nem általánosabb – elveket kidolgozni. Az antielmélet címkét természetesen nem kell szó szerint értenünk, alapvetően arról van szó, hogy minden egyes megközelítés (pl. kazuisztika, narratív etika, feminizmus, pragmatizmus) meghatározza saját berkein belül, hogy az általánosításnak – így a teóriának – még milyen mértékét tartja elfogadhatónak, használhatónak. Mindegyik megközelítés hangsúlyozza a morális életvezetésünk kulturális beágyazódását, partikularitásokhoz való kötöttségét, illetve annak számos ponton kibogozhatatlannak

⁹ <http://stanford.library.usyd.edu.au/entries/theory-bioethics/>

mutatkozó természetét.¹⁰ Tekintettel arra, hogy az orvosi etika történetében, illetve oktatásában az etikai dilemmák nagyobb történeti jelentőséget kivívó eseteinek – az úgynevezett paradigmáknak, a paradigmaticus eseteknek¹¹ – nagy jelentősége van, a következő fejezetben a kazusztikát tárgyaljuk közelebbről.

Kazusztika

Természetesen nem a kazusztika megszületéséről beszélhetünk, hanem az orvosi etikai irodalomban a kazuista érvelésmód megjelenéséről, amelyet elsősorban Stephen Toulmin és Albert Jonsen munkáinak köszönhetünk.¹² A *kazusztika meghurcoltatása*¹³ című könyvükben Toulmin és Jonsen rendkívül alapos szövegismeret mellett kimutatja, hogy a kazusztika – elsősorban Pascal *Vidéki leveleinek* „köszönhetően” – erkölcsileg devalválódott, noha a kazusztika méltó helyet érdemel az erkölcsi érvelés folyamatában.

Jonsen a kazusztikában nem a princípiumok vetélytársát, nem princípium-ellenességet lát, hanem egy olyan megközelítésmódot, amely a partikularitásokhoz való esszenciális ragaszkodása mellett képes bizonyos „magasságban” elhelyezkedő absztrakciókat megfogalmazni. Mivel az irodalmi hagyományban a szónoklattan szintén központi szerepet juttatott az egyedi, az individuális esetnek, nem meglepő, hogy a retorikai hagyomány szókészlete és gondolkodásmódja felelevenedik Toulmin és Jonsen munkáiban. „Egy eset – mi így látjuk – konkrét, megkülönböztetve az absztrakttól, mivel számos körülmény megszilárdulását, egyesülését, összenövését (latinul *concrecere*) reprezentálja. Minden eset egyedi a saját körülményeinek vonatkozásában, miközben típusát illetően hasonlít is a többi esethez, következésképpen egymással össze lehet őket hasonlítani, vagy éppen szembehelyezni egymással. Az esetek a konkrétság legkülönfélébb szintjein előállhatnak.”¹⁴ A kazusztikus gondolkodás Jonsen *„Kazusztika: a princípiumok alternatívája vagy kiegészítője”*¹⁵ című tanulmányának gondolatmenetét követve három lépésből áll: 1. Elsőként meghatározzuk magát a témát (toposz), amely egy adott területen (pl. kormányzat, jog, üzlet,

¹⁰ Elliott 1999.

¹¹ Az orvosetika néhány paradigmaticus esete: Karen-Ann Quinlan (eutanázia), Dr. Jack Kevorkian (asszisztált öngyilkosság), Kenneth Edelin (abortusz), Louise Brown (asszisztált reprodukció), a Tuskegee Syphilis vizsgálat (embereken végzett kísérletek), Isten Bizottsága (forráselosztás az egészségügyben), Joyce Brown (kényszerkezelés a pszichiátriában) stb.

¹² Ld. pl. Toulmin 1981.; Toulmin 1982.; Toulmin 1988.; Jonsen 1995.; általános áttekintés: Arras 1991.; Keenan-Shannon 1995.

¹³ Jonsen and Toulmin 1988.

¹⁴ Jonsen 1995. 241.

¹⁵ Jonsen 1995.

orvostudomány) belül helyezkedik el. Az adott területet az emlékezet egyik palotájának tekinthetjük, a témák az emlékezet palotáján belül a szobáknak felelnek meg. Példa: Jonsen, Siegler és Winslade *Klinikai etika*¹⁶ című könyve az orvostudomány területén belül az orvosi beavatkozást érintő javallatok, a betegek preferenciái, az életminőség és a kontextuális tényezők témáit taglalja. 2. Második lépésként leírjuk és értékeljük a választott téma körülményeit, azaz az adott eset partikuláris sajátosságait. A memória palotájában ez az egyes szobákban található bútorok és egyéb berendezési tárgyak leírásának felel meg. A *Klinikai etikában* például a kontextuális sajátosságok témáján belül az egészségügyi hivatások, a jog szerepe a klinikai etikában, a klinikai oktatás, a közegészség stb. kerül tárgyalásra. Jonsen abban látja a kortárs morálfilozófia problémáját, hogy a morálfilozófusok kétségtelenül erős elméleti képzettséggel rendelkeznek egy adott eset megközelítésekor, ugyanakkor csekély érzékük van a részletek, a partikuláris körülmények észrevételéhez. A partikularitások szintjén találjuk az érveket is (pl. „a mentálisan nem beszámítható személytől nem kérhetünk beleegyezést” - téma: a betegek preferenciái), „senki sem kötelezhető annak megtételére, ami haszontalan” – téma: az orvosi beavatkozást érintő javallatok) és a maximákat (pl. „Ne árts!”, „A tájékoztatáson alapuló beleegyezés kötelező érvénnyel bír”) is, ezen érvek és maximák érvényessége azonban természetesen vita tárgya lehet. Az érvénytelenítés származhat magából a körülményekből (pl. elfogadjuk, hogy nem kötelességünk haszontalan cselekedet végrehajtani, de vitathatjuk, hogy egy adott esetben az újraélesztés haszontalannak minősíthető-e), de eredhet az érv vagy maxima mögött meghúzódó előfeltevés kétségbe vonásából is (pl. vitatjuk a kettős hatás érvényességét). 3. A harmadik és egyben utolsó lépés az esetek összehasonlításából áll. Nem létezik olyan etikai probléma, amelynek ne volna előzménye, mondja Jonsen, bármennyire új egy eset, hasonlóságokat mindenképpen találhatunk más, korábbi esetekkel - az analogikus érvelés esszenciális szerepet kap. Az etikus retorikai érvelése mégsem az abszolút igazság demonstrálására törekszik, célja a meggyőzés; Jonsen itt Arisztotelész álláspontját eleveníti fel: „be kell érünk avval, hogy csak nagyjából, körvonalait illetően mutassunk rá az igazságra és – mivel oly kérdésekről s oly feltevések alapján tárgyalunk, melyek csupán nagy általánosságban érvényesek – levont következtetéseink is ugyanilyen jellegűek legyenek. Viszont ugyanilyen módon kell fogadni is mindazt, amit mondunk; a tanult embert az jellemzi ugyanis, hogy minden kérdésben csak oly fokú szabatoságot kíván, amekkorát az illető tárgy természete megenged; nyilvánvalóan éppen olyan hiba volna, ha a matematikusoktól a hatáskeltő érvelést is elfogadnánk, mint az,

¹⁶ Jonsen-Siegler-Winslade 2010.

ha a szónoktól tudományos bizonyítást követelnénk.”¹⁷ A kazuisztika ebben a megközelítésben a meggyőző beszéd eszközével él, a kérdéses eset vonatkozásában a hallgatóságot próbálja meggyőzni az általa előadott ítélet helyes voltáról. Így a kazuisztika nem a morális érvelés egy önálló elmélete, hanem szükségszerű eleme bármely morális érvelésnek, amely elmerül a partikuláris és a konkrét elemeiben. A kazuisztika esszenciális sajátosságai: alulról felfelé történő építkezés, taxonómia használata, a paradigmák központi szerepének hangsúlyozása, illetve az analogikus érvelésmód. Most már láthatjuk azt is, hogy a kazuisztika milyen álláspontot foglal el a princípiumok lehetőségének a kérdését illetően: „Először is, a kazuisztika nem alternatívája a princípiumoknak, ahogyan a falak és az alapzat sem alternatívája egy épületnek. A kazuisztika, miként azt leírtam, a szobák berendezéséhez és dekorálásához hasonlatos, melyet azért teszünk, hogy a morális argumentáció mentális helyszínein könnyedén és élvezettel haladhassunk keresztül. A szobák alkotják a belső teret, az alap, a falak, a tető képezi mindazt, ami viszonylag állandó. Az én megközelítem szerint az etikai alapelvek ehhez a kerethez hasonlatosak.”¹⁸

Principalizmus

A principalizmus, melynek neve összefonódott Tom L. Beauchamp és James F. Childress munkásságával, illetve a két szerző által közösen írt *A biomedikális etika alapelvei*¹⁹ című könyvvel (ennek számos, folyamatos revízió átesett kiadásaival) az esetközpontú megközelítés, a kazuisztika mellett a biomedicinális etika másik legjelentősebb irányvonalát képviseli. Az orvostanhallgatók gyakorlatilag nem végezhetnek úgy el egy bioetikai kurzust, hogy ne hallanának a Beauchamp-Childress által a könyvükben fejezetenként külön-külön és egyenként igen részletesen taglalt négy etikai princípiumról. Hangsúlyozzuk, a kazuisztika és a principalizmus nem az orvosetikai kérdések megoldására irányuló két legjelentősebb mai elmélet – az elméletek tárgyalásakor az utilitarizmusról, az erényetikáról, a deontologikus megközelítésekről stb. egyaránt beszélünk kellene -, hanem az elmélet és a gyakorlat viszonyának két olyan megközelítési módja, amely nem az egyik vagy a másik fél primátusát, hanem az elmélet és a gyakorlat kölcsönös egymásra hatását képviseli.

Beauchamp és Childress négy princípiuma a következő: 1. az autonómia tisztelete, 2. a nemártás elve, 3. a jótékonyosság elve, és 4. az igazságosság elve. A szerzők a princípiumokat

¹⁷ Arisztotelész 1997. 7-8.

¹⁸ Jonsen 1995. 246.

¹⁹ Beauchamp-Childress 2009.

nem egyetlen morális elmélet kifejeződésének tekintik, hanem az „igazolás létráján” olyan közbülső lépcsőfoknak, amely számos elmélet esetében azonos lehet. Megközelítésükben a felülről lefelé haladó modellek [top-down models] az igazolási struktúra tetején néhány normatív előírással dolgoznak, amelyből deduktív módon levezethető az adott esetre érvényes morális ítélet. (Egy formális példa: 1. Minden A leírás alá tartozó cselekedet kötelező. 2. B cselekedet A leírással rendelkezik. 3. B cselekedet kötelező.²⁰)

A princípiumok azonban – ezt igazolja életünk számos dilemmája – egymással konfliktusba kerülhetnek, így nem minden esetben érvényesíthető maradéktalanul a deduktív érvelésmód. Elsősorban a nehéz esetek jelentenek kihívást. Beauchamp és Childress szerint a nehézségekre nem jelent alternatív megoldást, ha a lentől felfelé építkező modellekre váltunk át [bottom-up models] és radikálisan induktív megközelítést alkalmazunk. Véleményük szerint így jár el a kazuisztika, a pragmatizmus, a partikularizmus, a narratív megközelítés, illetve a feminizmus és az erényetika némelyik formája.²¹

Beauchamp és Childress mind a felülről lefelé, mind pedig a lentől felfelé építkező megközelítésmódot kritikával illeti: „Mind a ’felülről’ (princípiumok, szabályok), mind pedig az ’alulról’ (esetek, egyéni intuíciók) építkező megközelítések kiegészítést igényelnek. Sem az általános princípiumok, sem pedig a princípiumok nélküli paradigmikus esetek nem képesek arra, hogy számot adjanak az igazolt morális hit megformálódásáról. A princípiumokat az esetekre vonatkozóan specifikussá kell tennünk, az esetelemzést pedig általános princípiumokból kell megvilágítanunk. ... A felülről lefelé, illetve a lentől felfelé építkező modell helyett mi egy harmadik modellt javasolunk, amelyet ’reflektív egyenlőségnek’ nevezhetünk (időnként ’koherenciaelméletnek’ is nevezik).”²² Itt explicit módon csatlakoznak a rawlsi gondolatmenethez, *Az igazságosság elmélete és a Politikai liberalizmus* vonatkozó passzusaihoz,²³ és úgy vélik, hogy mindannyiszor, amikor „a megfontolt ítéleteink közül eggyel vagy többel konfliktusba kerülünk – esetleges konfliktusról van szó - , akkor valamelyik ítéletet módosítanunk kell ahhoz, hogy elérhessük az egyensúly állapotát.”²⁴ Ugyanakkor hangsúlyozzák, hogy a reflektív egyensúly állapota csupán egy

²⁰ Id. mű 369.

²¹ Ezek a terminusok jelentősen megterheltek, így Beauchamp és Childress nézőpontjának megértéséhez elégséges megadni azokat az írásokat, amelyekre utalnak ezekkel a címkékkel. Kazuisztika: Jonsen-Toulmin 1988.; Strong 1999.; Strong 2000.; Arras 1991.; Keenan-Shannon 1995. Pragmatizmus: Arras 2002.; Schmidt-Felzmann 2003.; Richardson 1995.; Fins-Miller-Bacchetta 1997.; Jansen 1998. Partikularizmus: Carse 1998.; Callahan 2000.; Hooker-Little 2000. Narratív megközelítés: Nelson 1997. Jones 1999.

²² Beauchamp-Childress 2009. 381.

²³ Rawls 1971. 20 sk., 46-50., 579-580. (Rawls 1999. 17 sk., 40-45., 508-509.) ill. Rawls 1996. 8., 381., 384., 399.

²⁴ Beauchamp-Childress 2009. 382.

ideál, a valóságban ez aligha valósul meg, a konszenzuseresés szándéka azonban minden vitás helyzetben kívánatos.

Zárszó

Érdemes lenne megvizsgálni, hogy a különböző megközelítésmódok – így például a kazuisztikai és a principalizmus – hogyan látják egymást, hogyan konstruálják meg egymás álláspontját, hiszen nem biztos, hogy az egyik vagy a másik megközelítésmód mindezidáig megíródott szövegkorpusza maradéktalanul igazolja a másik tábor által megrajzolt értelmezési keretet. Ennek a kérdésnek a vizsgálata azonban már nem alkotja tárgyát a jelen tanulmánynak. Remélhetően sikerült felvázolnunk azt az utat – még ha csupán igen vázlatosan is –, amelynek mai pontján azt láthatjuk, hogy a bioetikai irodalom egyre jelentősebb mértékben integrálta, tette szerves részéve a gyakorlat konkrét, partikuláris elemeit, miközben láthatóan nem mondott le az elméletalkotás igényéről sem.

Irodalomjegyzék:

Arisztotelész 1997. Nikomakhoszi etika. Ford.: Szabó Miklós. Európa, Budapest.

Arisztotelész 1999. Retorika. Ford.: Adamik Tamás. Telosz, Budapest.

Arras, J. D. 1991. Getting down to cases: The Revival of Casuistry in Bioethics, *Journal of Medicine and Philosophy*, 16, 1, 29-51.

Baier, Annette 1994. What Do Women Want in a Moral Theory? In. Uő.: Moral Prejudices. Essays on Ethics. Harvard University Press. Cambridge.

Beauchamp, Tom – Childress, James 2009. Principles of Biomedical Ethics. Sixth Edition. Oxford University Press. New York-Oxford.

Callahan, Daniel 2000. Universalism and Particularism: Fighting to a Draw. *Hastings Center Report*, 30, 37-44.

Carse, Alisa 1998. Impartial Principle and Moral Context: Securing a Place for the Particular in Ethical Theory. *Journal of Medicine and Philosophy*, 23, 153-169.

Donagan, Alan 1977. Informed Consent in Therapy and Experimentation. *Journal of Medicine and Philosophy*, 2, 307-329.

Engelhardt, Tristram 1986. The Foundations of Bioethics. Oxford University Press. New York.

Fletcher, Joseph 1974. The Ethics of Genetic Control: Ending Reproductive Roulette. Doubleday and Company. New York.

Hooker, Brad – Little, Margaret eds. 2000. Moral Particularism. Clarendon Press, Oxford.

Jones, Anne Hudson 1999. Narrative in Medical Ethics. *British Medical Journal*, 318, 253-256.

Jonsen, Albert and Toulmin, Stephen 1988. *The Abuse of Casuistry*. A History of Moral Reasoning. University of California Press, Berkeley-Los Angeles-London.

Jonsen, Albert 1995. Casuistry: An Alternative or Complement to Principles? *Kennedy Institute of ethics Journal*, 5, 3, 237-251.

Jonsen, Albert 1998. The Birth of Bioethics. Oxford University Press. New York.

Jonsen, Albert – Siegler, Mark – Winslade, William 2010. Clinical Ethics. A Practical Approach to Ethical Decisions in Clinical Medicine. Seventh Edition. Mc-Graw Hill.

Keenan, James – Shannon, Thomas 1995. The Context of Casuistry. Georgetown University Press.

Kovács József 1999. A modern orvosi etika alapjai. Bevezetés a bioetikába. Medicina.

National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research 1979. *The Belmont Report: Ethical Principles and Guidelines for the Protection of Human Subjects of Research*. U.S. Department of Health, Education, and Welfare. Washington, D.C.

Nelson, Hilde Lindemann ed. 1997. *Stories and Their Limits: Narrative Approaches to Bioethics*. Routledge. New York.

Rawls, John 1971. (Rev. Ed. 1999.) *A Theory of Justice*. Harvard University Press. Cambridge, MA.

Rawls, John 1999. *Political Liberalism*. Columbia University Press. New York.

Singer, Peter 1999. *Practical Ethics*. Second Edition. Cambridge University Press.

Strong, Carson 1999. Critiques of Casuistry and Why They Are Mistaken. *Theoretical Medicine and Bioethics*, 20, 395-411.

Strong, Carson 2000. Specified Principlism: What Is It, and Does It Really Resolve Cases Better than Casuistry? *Journal of Medicine and Philosophy*, 25, 323-341.

Toulmin, Stephen 1981. The tyranny of principles. *Hastings Center Report*, 11, 6, 31-39.

Toulmin, Stephen 1982. How Medicine Saved the Life of Ethics. *Perspectives in Biology and Medicine*, 25, 4, 736-750.

Toulmin, Stephen 1988. The recovery of practical philosophy. *American Scholar*, 57, 337-352.

Wittgenstein, Ludwig 1999. *Filozófiai vizsgálódások*. Ford.: Neumer Katalin, Atlantisz.