

warsztatu badawczego schodzi na dalszy plan; wydają się one wprost stanowić zagrożenie dla etyki marksistowskiej. Zakorzenione stereotypy są w stanie podważyć autorytet nawet dobrze uzasadnionej i skonstruowanej teorii normatywnej.

Równie niepokojącym zjawiskiem jest zauważalna u Farkasa nieumiejętność odróżnienia postulatów etycznych występujących w tekstach Marksa i Engelsa od postulatów poznawczych, prakseologicznych, politycznych itp. Błąd ten sięga tak daleko, że postulatom spoza zakresu refleksji etycznej przyznaje się rangę postulatów naczelnych: „Podstawowe socjalistyczne zasady moralności rewolucyjnej są następujące: 1) rewolucyjność, 2) zorganizowanie, 3) konkretność” (s. 113). W wypadku pierwszej zasady chodzi o „realistyczną rewolucyjność, czyli rewolucyjny realizm” (s. 113), tj. o zespół postaw i wartości oraz zasób pewnych informacji o rzeczywistości. W wypadku drugim autor ma na myśli centralizm demokratyczny oraz potrzebę więzi partii z masami, w trzecim zaś konieczność ujmowania zjawisk w ich historycznej konkretności. Jedynie więc pierwsza „zasada” zawiera elementy normatywne; pozostałe odnoszą się bezpośrednio do teorii poznania bądź sposobu organizowania działalności politycznej. Tak „rozszerzona” moralność pozwalałaby na stosowanie sankcji moralnych wobec jednostki, gdyby np. jej sposób patrzenia na historię odbiegał od przyjętego wzorca. Stwierdzenie, że ktoś myśli niedialektycznie, byłoby równoznaczne z jego moralnym potępieniem.

Szkoda, że autor nie podjął w swej pracy problemu autonomii etyki marksistowskiej. Wydaje się, że można ją rozumieć jako zdolność ustanawiania celów oraz regulowania postępowania podmiotów działających w historii. Autonomia ta nie oznacza rozerwania jedności wątku opisowego i normatywnego w etyce marksistowskiej — wręcz przeciwnie: wynika ona ze zrodzonego właśnie na tym gruncie postulatu historycznie konkretnej analizy problemów etycznych. Istnieją momenty w historii społeczeństw, kiedy moralna słuszność czynów oraz ich polityczna konieczność bądź skuteczność łączą się dialektycznie. Wtedy to etyka udziela raczej wsparcia rozstrzygnięciom politycznym, aniżeli sama je dyktuje. Jednak w okresach następujących po przełomowych punktach historii sytuacja kształtuje się inaczej: nie chodzi już o dokonanie przełomu, lecz o urzeczywistnienie celu zawierającego w sobie ideały. Tu etyka wydaje się być bardziej kompetentna niż historiozofia. Szczegółowe rozpatrzenie tej kwestii jest z pewnością jednym z najpilniejszych zadań, przed którymi stoją etycy marksistowscy.

Krzysztof Wojciechowski

#### W KRĘGU ETYKI MEDYCZNEJ

*Philosophical Medical Ethics: Its Nature and Significance*, edited by Stuart F. Spicker and H. Tristram Engelhardt Jr., D. Reidel Publishing Company, Dordrecht-Holland (Boston-USA) 1977, ss. 252.

W ciągu ostatnich kilkunastu lat niepomiaralnie wzrosło zainteresowanie etyką medyczną. Przyczyn tego stanu rzeczy szukać należy nie tylko w teoretycznych zainteresowaniach filozofów, ale przede wszystkim w pojawieniu się wielu istotnych

z punktu widzenia moralności problemów wynikających z rozwoju wiedzy medycznej (np. poradnictwo genetyczne), stosowania nowych środków i metod leczenia (np. transplantacje narządów, sztuczne podtrzymywanie przy życiu ludzi nieuleczalnie chorych, często pozbawionych świadomości), zalegalizowania w niektórych krajach zabiegów przerywania ciąży, sterylizacji i antykoncepcji, stosowania eksperymentów medycznych na ludziach itp. Do dyskusji etycznych coraz częściej włączają się również lekarze przedstawiając własne wątpliwości i szukając rozwiązań zgodnych z obowiązkami lekarza i przysięgą Hipokratesa. Recenzowana książka jest sprawozdaniem z III Interdyscyplinarnego Sympozjum Filozofii i Medycyny, które odbyło się w dniach 11—13 grudnia 1975 r. w Farmington, Connecticut w USA. Jest to trzeci z kolei tom wydany przez D. Reidel Publishing Company w serii „Filozofia i Medycyna”<sup>1</sup>. Ambicją organizatorów Sympozjum było skonfrontowanie dwóch odmiennych sposobów myślenia lekarzy i etyków oraz znalezienie wspólnej płaszczyzny porozumienia między nimi. Podstawą takiego porozumienia powinno stać się zrozumienie przez filozofię i medycynę, że są one „...częściami wspólnej ludzkiej wiedzy i będą nadal przynosić korzyści, tak jak w przeszłości, niezależnie od siebie. Łatwiej będzie im jednak iść razem, ponieważ naszym nadrzędnym celem jest zawsze dobro pojedynczej istoty ludzkiej”<sup>2</sup>.

Książka zawiera 16 artykułów różnych autorów<sup>3</sup> oraz sprawozdanie z dyskusji „okrągłego stołu”<sup>4</sup> na temat roli lekarzy jako podmiotów moralnych. Całość tomu podzielona została na siedem części tematycznych: „Od dawnych perspektyw do obecnych dylematów”, „Etyka a etyka medyczna”, „Specjalne prawa i obowiązki: od eutanazji do eksperymentów”, „Zmienianie ludzkiej natury: medycyna w służbie cnót”, „Metafizyka a etyka medyczna”, „Podmioty moralne w medycynie”, „Lekarz jako podmiot moralny”. Poszczególne części nie są wyodrębnione w sposób sztuczny, każda z nich stanowi pewną zawartą całość. Artykuły umieszczone w ramach poszczególnych części są ściśle ze sobą powiązane, autorzy często nawiązują do poprzedzających ich artykułów wypowiedzi lub polemizują z zawartymi w nich wnioskami. Ten żywy układ recenzowana książka zawdzięcza nie tylko swemu pochodzeniu (artykuły są zredagowanymi na potrzeby wydawnictwa tekstami referatów z Sympozjum), lecz również tematyce i osobom autorów.

W pierwszej części książki zamieszczone zostały trzy artykuły traktujące o hi-

<sup>1</sup> Poprzednio ukazały się pod redakcją Stuarta F. Spickera i H. Tristrama Engelhardta, Jr. dwie pozycje: *Evaluation and Explanation in the Biomedical Sciences* w 1975 r. oraz *Philosophical Dimensions of the Neuro-Medical Sciences* w 1976 r.

<sup>2</sup> *Philosophical Medical Ethics: its Nature and Significance*, Prologue, s. 1.

<sup>3</sup> Chester R. Burns, *American Medical Ethics: Some Historical Roots*; Albert R. Jonsen, *Do No Harm: Axiom of Medical Ethics*; Louis Lasagna, *Discussion of „Do No Harm”*; Richard M. Hare, *Medical Ethics: Can the Moral Philosopher Help?*; James Rachels, *Medical Ethics and the Rule Against Killing: Comments on Professor Hare's Paper*; Marvin Kohl, *Euthanasia and the Right to Life*; John Troyer, *Euthanasia, the Right to Life, and Moral Structures: A. Replay to Professor Kohl*; Sidney Morgenbesser, *Experimentation and Consent: A Note*; Natalie Abrams, *Medical Experimentation: The Consent of Prisoners and Children*; Joseph Owens, *Aristotelian Ethics, Medicine, and the Changing Nature of Man*; Stuart F. Spicker, *Medicine's Influence on Ethics: Reflections on the Putative Role of Medicine*; Bernard Towers, *Ethics in Evolution*; Roderick M. Chisholm, *Coming Into Being and Passing Away: Can the Metaphysician Help?*; H. Tristram Engelhardt, Jr., *Some Persons are Humans, Some Humans are Persons, and the World is What We Persons Make of It*; Alasdair MacIntyre, *Patients as Agents*; Edmund D. Pellegrino, *Moral Agency and Professional Ethics: Some Notes on Transformation of the Physician-Patient Encounter*.

<sup>4</sup> W dyskusji „okrągłego stołu” uczestniczyli: Stuart F. Spicker, André E. Hellegers, Sisela Bok, Robert W. Daly, Daniel Callahan, H. Tristram Engelhardt, Jr.

starych podstawach etyki medycznej, przy czym pierwszy z nich (Ch. R. Burns, *American Medical Ethics: Some Historical Roots*) ma charakter wstępnych rozważań i dotyczy tylko tradycji amerykańskiej. Dwa pozostałe (A. R. Jonsena i L. Lasagny) skupiają się na interpretacji zasady Hipokratesa *Primum non nocere*. Albert R. Jonsen wyróżnia 4 możliwe interpretacje tej maksymy, z których każda reprezentuje inny model dyskursu etycznego i w inny sposób określa zadania medycyny: 1) uznanie maksymy „Po pierwsze nie szkodzić” za aksjomat całej moralności; podstawowym motywem lekarza jest dobro pacjenta, a medycyna traktowana jest jako przedsięwzięcie moralne. 2) interpretacja deontologiczna: zadaniem medycyny jest odpowiednia opieka nad pacjentem będąca w zgodzie z akceptowanymi i przyjętymi powszechnie metodami leczenia. 3) interpretacja utylitarna, w której maksyma Hipokratesa otrzymuje następującą postać „Czyń możliwie najmniej krzywdy (zła)”; pojęcie „krzywdy” zostaje w tym wypadku rozszerzone do naruszenia osobowej integralności pacjenta, a zadaniem medycyny jest umiejętność określania stopnia ryzyka i korzyści (maksymalizacja dobra i minimalizacja zła). 4) interpretacja w kategoriach podwójnego skutku — „Nie szkodzić, jeśli szkoda nie wiąże się w sposób konieczny z uzyskiwanymi korzyściami (dobrem)”. Zadaniem medycyny byłoby w tym wypadku zbilansowanie korzyści i krzywdy jakie niesie za sobą zastosowanie określonej metody leczenia do danego pacjenta. Ten rodzaj kalkulacji nie powinien być, według autora, stosowany w sytuacjach, w których korzyść przypada na jedną stronę, a krzywda na drugą, np. przerywanie ciąży, nieterapeutyczne eksperymenty wykonywane na nieświadomym podmiocie, sterylizacja roznosicieli szkodliwych genów itp. Jonsen rozważa również paradoksalną interpretację maksymy Hipokratesa, która zakładając, że życie ludzkie może w pewnych warunkach być wartością negatywną, zezwala na możliwość dopuszczenia do śmierci pacjenta dla jego dobra. Nie stara się jednak odpowiedzieć na pytanie, czy i w jakich warunkach podtrzymywanie przy życiu chorego można określić jako działanie na jego „szkodę”. Artykuł Louisa Lasagny jest komentarzem do przedstawionych przez Jonsena sposobów interpretacji maksymy *Primum non nocere*. Lasagna uważa, że maksyma ta straciła obecnie swoje znaczenie, choć nadal uznawana jest za naczelną zasadę etyki medycznej. Postawił jej można przede wszystkim zarzut minimalizmu — głównym celem opieki lekarskiej jest polepszenie stanu zdrowia chorego, a nie zaledwie powstrzymanie się od szkodenia. Zbytecznym jest poza tym traktowanie medycyny jako zadania moralnego, ponieważ problemy moralne pojawiają się w sytuacjach, które stanowią tylko fragment praktyki lekarskiej. Lekarz w swoim działaniu krępowany jest często sprzecznymi regułami prawnymi lub nakazami, które ograniczają jego możliwości wyboru i podjęcie decyzji co do sposobów i metod leczenia, np. wymaganie świadomej zgody pacjenta na zabieg i niedopuszczenie do działania na jego szkodę, jeśli udzielenie choremu informacji o stanie jego zdrowia może przestraszyć pacjenta i spowodować, że podejmie on decyzję przeciwko swojej pomyślności. Lasagna opowiada się za pluralizmem etycznym, a maksyma *Primum non nocere* wydaje mu się surowym i sztywnym przykazaniem wyrzeźbionym w kamieniu, przy czym ani kamień, ani sama rzeźba nie są najwyższej jakości.

Rozdział „Etyka a etyka medyczna” zawiera artykuł Richarda M. Hare’a *Medical Ethics: Can the Moral Philosopher Help?* oraz komentarz do tego artykułu Jamesa Rachelsa. Hare jest przekonany, że filozofia może pomóc w rozwiązywaniu problemów etyki medycznej, są to bowiem typowe problemy moralne, poprzez precyzyjne określenie znaczenia używanych terminów, ustalenie zasad prawomocnego dowodzenia oraz dyskusję praktycznych trudności. Tezę tę ilustruje rozwa-

żając i porównując argumenty wysuwane za i przeciw eutanazji przez zwolenników absolutystycznego i utilitarnego sposobu rozważania problemów etycznych medycyny. Argumenty wysuwane przez absolutystów mają zwykle charakter praktyczny, szczególnie uprzywilejowany jest argument równi pochyłej (*slippery slope argument*), natomiast utilitaryści opierają się na argumentach teoretycznych. Hare opowiada się za podejściem utilitarnym sądząc, że „...bardziej rozbudowana teoria utilitarna może całkiem dobrze objąć podejście absolutystyczne, nie tracąc przy tym jego praktycznych zalet” (s. 53). Na uwagę zasługuje też dokonane przez Hare'a rozróżnienie dwóch sposobów stosowania zasad moralnych do kwestii medycznych — poprzez analizowanie poszczególnych przypadków lub przez próbę ustalenia zasad, jakimi powinien kierować się w swojej praktyce każdy lekarz. Artykuł Hare'a jest jednym z najbardziej interesujących artykułów zamieszczonych w recenzowanej pracy.

W przeciwieństwie do Hare'a James Rachels uważa, że związek między uniwersalnym preskrytywizmem Hare'a a utilitaryzmem jest problematyczny, a zasada uogólnialności pozwala wyprowadzić bardziej bezpośrednie wnioski niż utilitarna kalkulacja i odwoływanie się do „społeczeństwa jako całości”. Nie sądzi też, by był możliwy kompromis między utilitaryzmem a absolutyzmem. Według Rachelsa Hare nie dostrzegł dwóch odmiennych form argumentu równi pochyłej, z których pierwsza odwołuje się do logicznego związku pomiędzy moralną akceptacją jakiegoś czynu a koniecznością zaakceptowania wszystkich tego rodzaju działań, a druga z faktu zaakceptowania moralnego pewnego typu czynów wyciąga wnioski o możliwości rozszerzenia się tej akceptacji na inne podobne praktyki nie powiązane logicznie z pierwszą. Rachels uważa, że nie ma potrzeby odwoływać się w tych szczególnych wypadkach, kiedy czujemy się zmuszeni do zawieszenia zasad moralnych, do podstaw utilitaryzmu i z obawą patrzeć na łamanie uświęconych zasad, ponieważ raczej historyczne i antropologiczne wskazują, że np. zmiana nastawienia ludzi wobec eutanazji nie pociąga za sobą zmiany ich nastawienia wobec zabijania. Dwuznaczność pojęcia „życie” i analiza moralnego prawa przeciwko zabijaniu skłania autora do moralnego usprawiedliwienia niektórych form eutanazji.

Problemom związanym bezpośrednio z oceną moralną eutanazji oraz warunkom jej ewentualnego zalegalizowania poświęcone są artykuły Marvina Kohla oraz Johna Troyera zamieszczone w trzeciej części omawianej pracy. Kohl opowiada się za zalegalizowaniem „dobrowolnej i dobroczynnej eutanazji”. Uważa, że każdy nieuleczalnie chory człowiek (w tym również dzieci i osoby znajdujące się w stanie nieodwracalnej komatozy, których zgodę możemy uzyskać pośrednio od osób upoważnionych) ma prawo do nieodczuwania cierpienia, odmówienia zgody na dalsze leczenie (zwłaszcza za pomocą środków nadzwyczajnych, sztucznie utrzymujących pacjenta przy życiu) oraz do w miarę bezbolesnej i szybkiej śmierci. Tezy te uzasadnia autor odwołując się do pojęcia prawa do życia. Prawo to powinno, według niego, zapewniać: po pierwsze, posiadanie przynajmniej minimum środków potrzebnych do życia (w tym również opiekę zdrowotną!); po drugie, obronę przeciwko nieuzasadnionym naruszeniom lub ingerencjom w życiowe interesy jednostki. Kohl nie widzi sprzeczności pomiędzy tak zdefiniowanym prawem do życia a aktem eutanazji. Lekarz powinien mieć prawo nie tylko do pozostawienia do dyspozycji pacjenta odpowiednich środków, które spowodowałyby szybką i bezbolesną śmierć, lecz także — jeśli sam chory nie jest w stanie ich użyć — „powinno pozwolić się lekarzowi spowodować śmierć lub zezwolić na jej przyjście” (s. 75).

Te kontrowersyjne wnioski Kohla spotkały się z krytyką J. Troyera. Nie podziela on proponowanego przez Kohla rozumienia prawa do życia. Uważa, że argumenty Kohla wcale nie dowodzą moralnej słuszności aktów eutanazji. Można usprawiedliwić eutanazję — sądzi — tylko wtedy, gdy wykaże się, że pacjentowi przysługuje prawo do popełnienia samobójstwa. Zalegalizowanie prawa do samobójstwa pozwoliłoby wyeliminować wiele przypadków określanych dotychczas mianem eutanazji np. zaniechanie dalszego leczenia, podanie odpowiednich środków prosiącemu o to pacjentowi itp. Troyer sądzi też, że w sytuacjach, w których nie możemy wiedzieć, jakie jest życzenie pacjenta, legalizacja eutanazji byłaby równoważna z prawnym zezwoleniem na zabijanie ludzi. Natomiast w tak wyjątkowych wypadkach, jak przypadek Karen Quinlan, nie można, z uwagi na możliwość odzyskania przez chorego przytomności, znaleźć żadnych przekonujących dowodów na moralne usprawiedliwienie eutanazji, jeśli chcemy pozostać przy sformułowanej przez Kohla definicji określającej eutanazję jako akt dobroczynny.

W części zatytułowanej „Specjalne prawa i obowiązki” znalazły się dwa artykuły poświęcone warunkom dokonywania eksperymentów medycznych na ludziach. Sidney Morgenbesser zwraca uwagę na dwa aspekty dyskusji o medycznych eksperymentach: pierwszy dotyczy problemów związanych z pogodzeniem interesów społecznych, naukowych i ekonomicznych, drugi dotyczy kwestii związanych z ustaleniem szczegółowych zasad przeprowadzania eksperymentów. Autor wyróżnia trzy znaczenia terminu eksperyment: 1) najszersze, obejmujące wszystkie zabiegi lecznicze z uwagi na ryzyko i niepewność towarzyszące pracy lekarza; w tych przypadkach wymaganie zgody od pacjenta jest w praktyce tylko uprzejmością; 2) zastosowanie przez lekarza nowej formy leczenia, np. zabiegu operacyjnego; również w tym wypadku nie przestrzega się konieczności wyrażenia specjalnej zgody przez pacjenta (pisemna zgoda wymagana jest bowiem przed każdą operacją); 3) eksperyment biomedyczny mający na celu zgromadzenie danych statystycznych potrzebnych do zweryfikowania hipotezy medycznej. Przy przeprowadzaniu tego typu eksperymentów konieczne jest uzyskanie zgody pacjenta po uprzednim poinformowaniu go o stopniu ryzyka, sposobie przeprowadzenia i celu takich badań. Morgenbesser omawia też etapy sprawdzania nowego rodzaju leków oraz problemy związane z uzyskaniem zgody pacjenta w sytuacjach, w których poinformowanie chorego o stosowaniu nowej metody leczenia koliduje z innymi obowiązkami lekarza.

Bardziej szczegółowe kwestie związane z udziałem w eksperymentach medycznych więźniów i dzieci są tematem artykułu Natalie Abrams. Warunkiem koniecznym uczestniczenia w eksperymentach jest wyrażenie przez ochotników niczym nie krępowanej zgody na podstawie stosownych informacji koniecznych do podjęcia decyzji. W przypadku więźniów sprawą decydującą jest więc pytanie o to, czy groźby lub oferty zniewalają lub ograniczają możliwość odmówienia zgody na udział w eksperymencie. Abrams na podstawie teorii V. Held, G. Dworkina i R. Nozicka analizuje różnice pomiędzy ofertą a groźbą i odnosi wyniki tych rozważań do sytuacji więźniów. Najbardziej interesująca wydaje się autorce propozycja Nozicka, który odróżnia groźbę i ofertę porównując konsekwencje danego czynu, np. jeżeli więzień za udział w eksperymencie będzie mógł wcześniej opuścić więzienie, to ma on do czynienia z ofertą. W konkluzji Abrams stwierdza, że nasze wątpliwości dotyczące udziału więźniów w eksperymentach mniej dotyczą problemu autonomii więźniów, a bardziej zależą od stosowanej koncepcji kary. Abrams zgadza się więc z Morgenbesserem w sprawie przyzwolenia moralnego na udział więźniów w eksperymentach medycznych. Co się tyczy dzieci, autorka ma zastrze-

żenia do terminu „zastępcza zgoda”, określającego decyzję rodziców lub prawnych opiekunów dziecka podjętą w jego imieniu.

Na bardziej ogólne pytania dotyczące roli medycyny w kształtowaniu ludzkiej aktywności i jej wpływu na zachowanie człowieka odpowiadają artykuły Josepha Owensa — *Aristotelian Ethics, Medicine, and the Changing Nature of Man* oraz Stuarta F. Spickera — *Medicine's Influence on Ethics: Reflections on the Putative Moral Role of Medicine*. Owens odwraca pytanie zadane przez Hare'a i pyta za Arystotelesem: w jaki sposób medycyna może pomóc etyce? Odpowiedź znajduje analizując poglądy Arystotelesa na temat roli fizjologii i znaczenia medycyny w kształtowaniu się cnót. Zdaniem Owensa idee Arystotelesa zawarte w *Etyce Nikomachejskiej* są nadal żywe i mogą wskazywać kierunek rozważań również współczesnej etyce. Także Spicker podkreśla znaczenie medycyny i lekarzy w kształtowaniu sądów moralnych jednostki. Celem medycyny jest nie tylko polepszanie stanu zdrowia chorego, lecz również wpływanie na postawy moralne pacjentów.

Trudny, ale bardzo interesujący problem pojawiania się w istnieniu i zaprzestania bycia człowieka leży u podstaw rozważań Bernarda Towersa, Rodericka Chisholma i Tristrama Engelhardta. Towers, biolog, wychodzi z założeń filozofii naturalnej i pragnie zachęcić filozofów i lekarzy do myślenia w kategoriach biologicznej ewolucji. Powinniśmy ujmować samych siebie oraz otaczający nas świat jako „wzorce zmieniającego się porządku” (s. 160), a nie jako niezależne, abstrakcyjne indywiduala. Znajomość biologicznej ewolucji da nam wskazówki co do tego, jakie dążenia są słuszne, a jakich powinniśmy unikać. Towers jest rzecznikiem pluralizmu etycznego, bowiem otwartość na zmiany i modyfikacje pokoleniowe są istotnym elementem przystosowania i ewolucyjnego przetrwania. Osią rozważań Chisholma jest kwestia osobniczego pojawiania się i umierania. Dokonuje on ważnego rozróżnienia między byciem osobą a byciem istotą ludzką. Osoba, zdefiniowana przez autora przykładowo jako istota ludzka posiadająca własność świadomego myślenia, podlega prawom moralnym i jest zatem przez moralność ochrańniana. Tak jak wejście do klasy istot ludzkich może być według Chisholma procesem, tak stawanie się osobą jest tylko pewnym momentem, zdarzeniem, niemożliwym do uchwycenia. Jednak niemożność określenia momentu „zaczęcia istnienia” i zaprzestania bicia” osoby nie może być żadnym usprawiedliwieniem dla stosowania takich praktyk, jak przerywanie ciąży czy czynna eutanazja. I chociaż, być może, mamy prawo czynić to, to powinniśmy mieć odwagę spojrzeć prawdzie w oczy i przyznać, że czasami jedna osoba ma prawo unicestwić drugą. Nie powinno się jednak stwarzać pozorów, że nie powodujemy w ten sposób zaprzestania bycia osoby. Chisholm odbiera nadzieję na możliwość pozytywnej oceny moralnej eutanazji i przerywania ciąży, ponieważ nie dopuszcza do głosu najpoważniejszych argumentów za usprawiedliwieniem moralnym tych czynów — argumentów opierających się na określeniu zygoty i ludzi trwale pozbawionych świadomości jako istot tylko „ożywionych”, ale nie żyjących naprawdę.

Artykuł Engelhardta jest komentarzem do obu omówionych koncepcji. Engelhardt sądzi, że pojęcie osoby jest dwuznaczne i w rzeczywistości posługujemy się więcej niż jedną koncepcją osoby. Wyróżnia on pojęcie osoby w ścisłym tego słowa znaczeniu określające świadomy siebie, wolny i rozumny podmiot moralny oraz pojęcie osoby opierające się na kategoriach społecznych. Autor uważa, że są dobre racje za tym, by przyjąć, iż możemy określić moment, w którym osoba zaczyna i przestaje istnieć, i dlatego też potrafimy również osądzić, czy unicestwiający życie ludzkie unicestwiamy również życie osoby.

Ostatnie dwa artykuły dotyczą określenia moralnych podmiotów etyki medycznej. Alasdair MacIntyre sądzi, iż błędnie przyjmuje się, że problemy etyki medycznej są problemami lekarzy, pielęgniarek i administracji medycznej. Właściwymi podmiotami etyki medycznej są pacjenci. Dlatego — sądzi autor — kwestii związanych z eutanazją, przerywaniem ciąży, obowiązkiem lekarzy mówienia choremu prawdy o jego stanie zdrowia i innych nie powinno się rozwiązywać w izolacji od szerszych problemów społecznych. Stanowisko MacIntyre'a zostało rozszerzone przez Edmunda D. Pellegrino, który przedstawia swoje uwagi na temat rozwoju i przyszłych zmian autorytetu lekarza i stosunku lekarz — pacjent.

Recenzowany tom artykułów dotyczących etyki medycznej świadczy o rosnącym praktycznym znaczeniu filozofii i etyki w rozwiązywaniu narastających problemów i o potrzebie rozpowszechniania wiedzy filozoficznej w środowisku lekarskim. Sama medycyna nie może bowiem, jak i inne nauki, decydować o wykorzystywaniu swoich osiągnięć, zwłaszcza jeśli wiążą się one z koniecznością zdefiniowania takich pojęć jak osoba, istota ludzka, prawo do życia, prawo do śmierci itp. Filozofia, jak pisał Hare, może pomóc medycynie, co nie oznacza oczywiście, że jest w stanie rozwiązać od razu wszystkie problemy w sposób jednoznaczny. O ważności problemów z zakresu etyki medycznej i o pojawieniu się w nowej postaci tradycyjnych pytań filozoficznych świadczy między innymi recenzowana książka.

*Alicja Przytuśka-Fiszler*

#### FESTSCHRIFT Z ANN ARBOR

*Values and Morals*, Alvin I. Goldman, Jaegwon Kim (eds), D. Reidel Publishing Company, Dordrecht, Boston, London 1978, ss. 331.

W etyce amerykańskiej liczyły się po wojnie trzy nazwiska: Ch. L. Stevenson, R. B. Brandt i W. K. Frankena. Charles Stevenson wyprowadził etykę z impasu, w jakim się znalazła po sprowadzeniu przez Ayera wszystkich sporów etycznych do sporów o fakty i sporów o logikę. Stevenson wskazał, że spory moralne nie zamierają nawet wówczas, gdy dyskutanci przyjmują identyczną logikę i identyczne twierdzenia o świecie. Różnica, jaka ich wówczas dzieli, jest różnicą postaw. Etyka sprowadza się więc do rozumnej perswazji, troskliwego wychowywania dzieci i umiejętności dogłębnego i życzliwego zrozumienia upodobań i ideałów innych ludzi. Wiąże się raczej z psychologią niż z przewidywaniem faktów i logiką. G. E. Moore, najbardziej krytyczny umysł filozofii moralnej naszego wieku, pisał nawet, że skłania się zarówno do podtrzymania własnej filozofii intuicjonistycznej, jak i do przyjęcia emotywizmu Stevensona, i sam nie wie, do czego skłania się bardziej. William Frankena zasłynął w 1939 r. publikując w „Mind” artykuł podważający twierdzenie Moore’a, że każda naturalistyczna definicja dobra musi być błędem, a jego niewielka książka *Etyka* przetłumaczona została na chiński, flamandzki, niemiecki, japoński, hiszpański i szwedzki. Richard Brandt jest autorem najszerzej używanego na świecie akademickiego podręcznika etyki