

ETYKA 53, 2016

Lekarz – Tortury – Sumienie. Krytyka artykułu *Medical Doctors In Torture Program*

Maria Nowacka (Instytut Medycyny Wsi im. Witolda Chodźki w Lublinie)

Torturowanie było praktyką sądowniczą stosowaną powszechnie i z poczuciem oczywistości we wszystkich chyba kręgach cywilizacyjnych. Tortury spełniały dwojakie funkcje: wymierzania sprawiedliwości i zwiększania skuteczności śledztwa. Pierwsza z tych funkcji opierała się na przekonaniu, że za pewne przestępstwa sprawiedliwą karą nie będzie tylko więzienie czy nawet wyrok śmierci, lecz przestępca powinien nadto doświadczyć cierpienia fizycznego. Skuteczność drugiej funkcji potwierdzało doświadczenie – po co prowadzić długie, skomplikowane i angażujące dużo sił i środków śledztwo, jeśli pod wpływem bólu przestępca sam wydawał współników, wyjaśniał, jak dokonał przestępstwa, i zdradzał przyszłe plany. Przekonanie o słuszności stosowania tortur wzmacniane było nadto wymogiem, aby sądzony przyznał się do popełnionego czynu, także w sytuacji, gdy zostało mu to niezbitcie udowodnione; uparta odmowa była bardzo skutecznie pokonywana za pomocą zadawania bólu.

Cywilizacja zachodnia przeszła długą drogę od oczywistości akceptacji tortur do uznania, że niezależnie od ich praktycznej użyteczności są one z istoty swej niemoralne, naruszające w stopniu skrajnym przysługującą każdemu człowiekowi godność, i jako takie muszą być całkowicie zakazane. Zakaz stosowania tortur spowodowany został zasadniczą zmianą w pojmowaniu moralnego wymiaru godności osoby ludzkiej. Bez tej zmiany niemożliwe byłoby zrozumienie, że zadawanie cierpienia nie może być czynnikiem wymierzania sprawiedliwości, a uzyskane dzięki torturom przyznanie się do zarzucanego czynu nie tylko nie ma żadnej wartości dowodowej (co samo w sobie było przecież oczywiste), lecz nie jest także koniecznym warunkiem moralnym orzeczenia wyroku. Przede wszystkim zaś bez tej istotnej zmiany w sferze moralnej nie możliwe byłoby zakazanie tortur, mimo iż rzeczywiście mogą być one bardzo skutecznym narzędziem śledztwa. W kręgu cywilizacji zachodniej stosowanie

tortur uznane zostało za niedopuszczalne i z czasem stanowisko to zostało przyjęte powszechnie, przynajmniej w wymiarze deklaratywnym.

Jeszcze do niedawna nie poddawano w wątpliwość bezwzględności zakazu stosowania tortur. Obecnie już nie jest to takie oczywiste. Coraz większe zagrożenie terroryzmem sprawiło, że Stany Zjednoczone, a więc państwo, na którym spoczywa główny ciężar walki z terroryzmem, stosuje w praktyce takie formy działań wobec pojmanych terrorystów, które można uznać za tortury. Uzasadnienie jest zawsze jedno: chodzi o wydobycie dzięki torturom informacji, które pozwolą ocalić wiele ludzkich istnień. Wprawdzie państwa europejskie nie stosują (o ile wiadomo) takich metod, jednak zarówno w USA, jak i w Europie coraz większe staje się przyzwolenie społeczne na ich stosowanie w sytuacji konieczności. Można domniemywać, że będzie ono wzrastało w miarę zwiększania się zagrożenia terrorystycznego. Szczególnym aspektem problemu stosowania tortur jest kwestia moralnej oceny uczestniczenia lekarzy w takich działaniach. Tego właśnie dotyczy artykuł *Medical Doctors in Torture Program: The Need for Virtue Ethics in Medical Conscience Formation*. Autorzy nie wyjaśniają, czy to uczestnictwo lekarzy w „programie torturowania” należy rozumieć jako bezpośrednie działania (na co wskazywałyby podawane przykłady), czy tylko jako swoiste „doradztwo”, czy szerzej jako wszelkie działania, także typu badawczego, usprawniające torturowanie, które może być realizowane już przez innych. Przyjmijmy, że chodzi tylko o działania bezpośrednie – wiedza i umiejętności medyczne niewątpliwie ułatwiają i czynią bardziej skutecznym fizyczne maltretowanie człowieka. Autorzy od razu zastrzegają się, że nie będą w ogóle podejmować kwestii, czy tortury powinny być całkowicie zakazane, czy jednak dopuszczalne w określonych okolicznościach i z uwagi na określone cele. Ich zamiarem jest natomiast argumentowanie, iż „the moral commitment of the physician to the values of autonomy and goodness of the patient should exclude them from any participation in such a practice”.

Zacznijmy od wskazania, że słowo „pacjent” jest tu użyte w zbyt szerokim zakresie. Nie możemy uznawać, że każdy człowiek, wobec którego lekarz wykonuje jakieś działania z użyciem swej wiedzy fachowej, jest pacjentem tego lekarza. Lekarz zatrudniony przez firmę ubezpieczeniową bada i diagnozuje klienta tej firmy, ale klient ten nie staje się przez to jego pacjentem. Przy tak szerokim rozumieniu bycia pacjentem, musielibyśmy uznać, że lekarz profesjonalnie zatruwający swoją ciotkę, aby otrzymać po niej spadek, postępuje niemoralnie, ponieważ działa na szkodę swojego pacjenta. Ten przykład nie jest bynajmniej humorystycznym wtrętem – zatruwanie jest tu analogiczne do torturowania. Lekarz może skutecznie leczyć swoją ciotkę z różnego rodzaju schorzeń w trakcie całego procesu systematycznego

zatrucia jej, co wystarczająco uzasadnia, że jego działanie należy oceniać niezależnie od tego, czy przedmiot działania jest jego pacjentem, czy nie jest. Autorzy artykułu zdają się przyjmować jako oczywiste, że lekarz nie może uczestniczyć w torturowaniu, ponieważ „it seems unacceptable that the doctor could be allowed or forced to combine the role of a healer with that of a torturer with regard to her/his patient”. Można by na tej podstawie uznać, że lekarzowi wolno torturować tych, którzy nie są i nigdy nie byli jego pacjentami; chyba że uznamy, iż torturowany z udziałem lekarza człowiek niejako automatycznie staje się pacjentem tegoż lekarza, co wydaje się jednak dość dziwaczne.

Nie jest więc zasadne twierdzenie, iż niemoralny charakter uczestnictwa lekarza w torturowaniu bierze się z pogwałcenia istoty relacji lekarz – pacjent. Jeżeli uznajemy udział lekarza w torturowaniu za bezwzględnie niedopuszczalny z racji etycznych, to uzasadnienie tego stanowiska nie może opierać się na jakiegokolwiek relacji lekarza do kogokolwiek, lecz musi polegać na wykazaniu, że uczestnictwo lekarza w torturowaniu jest niemoralne z uwagi na samą istotę zawodu lekarza. Należało zatem wyraźnie sformułować tezę, iż działanie lekarza na szkodę drugiego człowieka z wykorzystaniem wiedzy medycznej jest niemoralne. Z tak (lub równoważnie) sformułowaną tezą nie pozostaje w sprzeczności możliwość negatywnej oceny określonych działań lekarza dokonanych bez wykorzystania wiedzy medycznej, jak też możliwość negatywnej oceny określonych działań dokonanych przez nie-lekarza z wykorzystaniem wiedzy medycznej. Ponieważ autorzy artykułu tego nie czynią, więc umyka im z pola widzenia sama istota problemu. Ukażmy, na czym to polega.

Problem moralnej oceny i dopuszczalności uczestnictwa lekarza w torturowaniu musi być rozważany przy założeniu, że w danym kraju istnieje prawne przyzwolenie na stosowanie tortur w określonych sytuacjach i z określonych względów, a zarazem przyzwolenie to nie jest wykluczające w stosunku do lekarzy. Autorzy zdają się milcząco to założenie przyjmować, choć piszą jedynie o różnicy stanowisk w tej kwestii. Jednak brak wyraźnego postawienia tego problemu sprawia, że autorzy nie dostrzegają bardzo istotnego aspektu zagadnienia. Jeżeli w danym kraju prawo dozwala lub przynajmniej nie zabrania określonych działań czy zachowań, które przez jakąś część społeczeństwa są uznawane za nieetyczne, wówczas inna jest sytuacja tych, którzy działań takich nie muszą podejmować, a inna tych, od których takich działań się oczekuje z racji wykonywania swego zawodu. Lekarze często znajdują się w tej drugiej sytuacji i tak jest właśnie w omawianym wypadku. Wprawdzie stosowanie tortur nie zostało jak dotąd wpisane do ustawodawstwa żadnego kraju, jednak w obliczu zagrożenia terrorystycznego niektóre kraje (przede wszystkim USA) faktycznie dają swym służbom specjalnym takie przyzwolenie, jedynie przysłaniając

je mylącym nazewnictwem. Co więcej, można oczekiwać, że prędzej czy później kwestia ta zostanie uregulowana odrębnym aktem prawnym, co społeczeństwo w większości zaakceptuje¹.

Problem uczestnictwa lekarza w procedurze torturowania jest więc analogiczny do problemu na przykład dokonywania aborcji – chyba większość krajów dozwala przy spełnianiu określonych warunków na przerwanie ciąży, mimo iż dla wielu ludzi, w tym lekarzy, jest to działanie z istoty swej niemoralne. W takich sytuacjach zastosowanie ma tzw. klauzula sumienia, pozwalająca lekarzowi odmówić prawnie dozwolonej czynności medycznej, jeśli pozostaje ona w niezgodzie z jego sumieniem. Wystarczy zatem uznać, że lekarza nie można zmuszać do uczestnictwa w torturowaniu, jeśli on sam uznaje, że byłoby to niezgodne z jego sumieniem. Jest znamienne, iż autorzy omawianego artykułu nie wspominają w ogóle o tym rozwiązaniu, co jest tym dziwniejsze, iż należy zakładać, że skoro coraz więcej ludzi skłonnych będzie akceptować stosowanie tortur w sytuacjach skrajnych, to również jakaś część lekarzy uzna to za dopuszczalne, a nawet za swoją powinność. Pominięcie w artykule rozwiązania, jakim jest klauzula sumienia, wymaga zatem wyjaśnienia.

Nasuwa się rozwiązanie najprostsze, że mianowicie autorzy artykułu nie chcą pozostawiać decyzji etycznych indywidualnemu sumieniu lekarza, lecz życzyliby sobie, aby stosowna ustawa, kodeks czy deklaracja ustalała reguły obowiązujące wszystkich medyków bez wyjątków. Potwierdzeniem tego domniemania jest powoływanie się w artykule na różnego rodzaju dokumenty „from *Hippocratic Oath* to the *Declaration of Geneva*”. Już mniejsza o to, że współczesne odmiany tzw. Przysięgi Hipokratesa są tak dalece zmodyfikowanymi formami wywodzącego się z kręgów pitagorejskich oryginału, że niewiele mają z nim wspólnego. Istotny jest inny aspekt problemu – mianowicie sposób uzasadnienia stawianej tezy. Mając w pamięci to, co wiele stuleci temu Platon napisał w dialogu *Eutyfron*, zapytajmy, czy dany czyn jest moralnie zły dlatego, że zakazuje go na przykład *Declaration of Geneva*, czy odwrotnie: *Declaration of Geneva* zakazuje tego czynu, ponieważ jest on moralnie zły. Oczywiście jest, że powoływanie się na jakiś dokument nie może być argumentem uzasadniającym głoszoną tezę etyczną.

Zastanawia, że autorzy artykułu nie uzasadniają podanej negatywnej oceny etycznej tortur, przyjmując ją jako oczywistą. Błąd nie polega na tym, jakoby można było sensownie uzasadniać, że tortury nie są moralnie złe, lecz na tym, że nie

1 Karl R. Popper w słynnym esej *Utopia a przemoc* z 1947 r. stwierdził, że Hitlerowi udało się zdewaluować moralne wzorce świata zachodniego i po drugiej wojnie więcej jest przemocy, niż tolerowano w dziesięciolecie po pierwszej wojnie. Nasuwa się pytanie, o ile więcej przemocy będziemy skłonni tolerować w miarę wzrostu zagrożenia terroryzmem.

uwzględnia się bardzo często spotykanej sytuacji, w której działanie uznane za złe samo w sobie jest dopuszczalne z uwagi na określone racje moralne. Uzasadnienie dopuszczalności takiego działania może być utylitarystyczne, ale może też być motywowane stanem wyższej konieczności. Autorzy artykułu słusznie przyjmują jako oczywistą negatywną ocenę moralną stosowania tortur, (zresztą takiej oceny, przynajmniej jak dotąd, nikt w naszej cywilizacji nie podważa), ale zdają się także głosić *implicite*, że tortury są bezwzględnie niedopuszczalne, a taka teza wymaga już uzasadnienia; nadto zaś wyraźnie stawiają tezę o bezwzględnej niedopuszczalności udziału lekarza w torturowaniu, co z kolei wymaga mocniejszej argumentacji, niż tylko wskazania, że udział taki pozostaje w sprzeczności (jak już zaznaczyłam) z istotą powołania lekarskiego.

Autorzy artykułu pozostawiają bez uzasadnienia swoją główną tezę, wdają się natomiast w jałowe rozważania, do jakiej granicy dane działanie jest dopuszczalne, a od jakiej staje się niedopuszczalną torturą. Dywagacje takie są jałowe z etycznego punktu widzenia, ponieważ na gruncie moralnym możemy jedynie ustalić jako zasadę, że wszelkie zadawanie cierpienia człowiekowi i poniżanie jego osobowej godności jest samo w sobie złe; nie da się natomiast ustalić ogólnej zasady etycznej, która stanowiłaby kryterium uznania konkretnego działania za dopuszczalne (nie-dopuszczalne). Mogą natomiast takie rozważania być zasadne na gruncie prawnym, ponieważ prawo musi stwarzać ramy dla działań praktycznych; jednak rozwiązania prawne nigdy nie obejmą wszystkich możliwych sytuacji i problemów, a więc osoba działająca musi zdobyć się na coś więcej niż tylko osądzenie, czy dane działanie jest zgodne z zapisem kodeksowym, mianowicie powinna odwołać się do własnego sumienia. Kwestia ta zdaje się pozostawać poza zasięgiem świadomości autorów.

W tym momencie wyraźnie widać oczekiwanie autorów artykułu, że zapis prawny rozwiąże wszelkie problemy moralne. Pozostawiając niejako na uboczu ogólną kwestię moralnego przyzwolenia na udział lekarza w torturowaniu, przechodzą oni do problemu, jak w takiej sytuacji ma się zachować lekarz wojskowy, który pozostaje (zdaniem autorów) w sytuacji szczególnej: jako lekarza obowiązują go zasady etyki lekarskiej, a jako żołnierz jest zobowiązany do wykonywania rozkazów. Otóż należy wyraźnie powiedzieć, że nie jest to żadna sytuacja szczególna: lekarz wojskowy ma wykonywać w wojsku czynności właściwe lekarzowi. Bywa tak, że żołnierz odmawia wykonania rozkazu, który uznaje w swoim sumieniu za niedopuszczalny. Zazwyczaj chodzi o polecenie wykonania działań, które zdają się być z formalnego punktu widzenia zgodne z tym, czego wymaga się od żołnierza, szczególnie w sytuacji walki i zagrożenia, jednak dana osoba odczuwa sprzeciw swojego sumienia. Dla takich sytuacji również nie da się ustalić ogólnej zasady etycznej stanowiącej

kryterium oceny – pozostaje ocena sumienia². Lekarz wojskowy nie jest pod tym względem osobą szczególną i on także powinien słuchać głosu własnego sumienia. Jego sytuacja jest nawet łatwiejsza, niż zwykłych żołnierzy. Mogą zachodzić dwie sytuacje. Pierwsza to ta, kiedy torturowanie jest w danym państwie bezwzględnie zakazane i zakaz ten dotyczy także armii. Jeżeli mimo to dowództwo wymaga od lekarza wojskowego udziału w torturowaniu, powinien on pójść za głosem własnego sumienia. Oczywiście wygodniej byłoby, gdyby wszystkie możliwe kodeksy zawierały wyraźny zapis, iż lekarz nie może uczestniczyć w torturowaniu i dotyczy to także lekarzy wojskowych. Wygoda polegałaby na tym, że lekarz nie musiałby czynić użytku z własnego sumienia, gdyż wystarczyłby mu zapis kodeksowy. Jednak kodeks nie zastąpi sumienia. Druga sytuacja to ta, kiedy torturowanie jest w określonych okolicznościach dopuszczane lub przynajmniej przyzwalane przez prawo. Lekarz wie wówczas, iż podejmując pracę w wojsku może otrzymać rozkaz uczestnictwa w torturach. A w takim razie nie powinien w ogóle pracy w wojsku podejmować albo zrezygnować z niej, jeśli to dopiero w czasie jego służby nastąpiła prawna akceptacja torturowania.

Autorzy artykułu faktycznie chcieliby uczynić z lekarzy grupę wyróżnioną, rodzaj kasty, której członkowie z uwagi na szczególną wrażliwość ducha i wyjątkowe zalety moralne znajdują się ponad zwykłymi ludźmi, nie uczestniczą w ich moralnych dylematach i rozterkach, a w swej działalności zawodowej nie muszą dokonywać wyborów, za które ponosiliby w swym sumieniu odpowiedzialność moralną. Jest to dalece niewłaściwe. Istota problemu zasadza się w tym, że niespotykane dotąd (przynajmniej w takiej skali) zagrożenie może wymusić na nas zmianę naszych postaw moralnych. Staniemy (właściwie już stanęliśmy) przed pytaniem, czy zagrożeniu ze strony ludzi posługujących się w walce przeciw nam środkami skrajnie niemoralnymi możemy przeciwstawiać się stosując wyłącznie środki moralnie dopuszczalne, czy jednak musimy uciec się do środków, które sami uznajemy za niemoralne. Lekarz jest takim samym członkiem społeczeństwa, jak ludzie innych zawodów; nie może

2 Autorzy artykułu faktycznie nieświadomie to przyznają, wymieniając przykładowych przedstawicieli dwu przeciwstawnych stanowisk w kwestii, czy obowiązki wojskowe są nadrzędne wobec powinności medycznych lekarza wojskowego, czy odwrotnie. Sami jednak bez uzasadnienia zdają się przyjmować jako oczywistą nadrzędność powinności medycznych. Tymczasem problem jest głębszy i należy go widzieć w szerszym kontekście sytuacji moralnej żołnierza. Jeff McMahan argumentował, że ocena moralna działania żołnierza jest niezależna od oceny moralnej konkretnych działań wojskowych, a więc żołnierz może zachować postawę moralną nawet w ramach wojny niesprawiedliwej; cf. J. McMahan, *Killing in War*, Oxford University Press, New York 2009. Polemizował z nim Cheyney Ryan, kontrargumentując (z nieco pacyfistycznych pozycji), że w takim ujęciu żołnierz staje się amoralnym automatem; cf. Ch. Ryan, *Democratic Duties and the Moral Dilemmas of Soldiers*, *Ethics* 122, 1, 2011, p. 10–42. Nie wolno więc arbitralnie przesądzać, co jest nadrzędną powinnością lekarza wojskowego, lecz należy wpiąć i uzasadnić charakterystykę moralną sfery działań militarnych. Problem udziału lekarza wojskowego w zadawaniu tortur należy więc oceniać jako element działań *stricte* wojennych, a nie wyłącznie jako problem moralny sam w sobie.

więc uciec od problemów żywotnych dla społeczeństwa, w którym żyje. Tak jak cała reszta społeczeństwa, również społeczność lekarska będzie podzielona w swych postawach – jedni lekarze pozostaną w przekonaniu o bezwzględnej niemoralności tortur, inni uznają za swą powinność moralną pomagać ratować czyjeś życie nawet środkami niemoralnymi. Ci pierwsi mają możliwość odwołania się do klauzuli sumienia. Jednak klauzula sumienia nie powinna być rozumiana (choć niestety jest) tak, że dozwala ona lekarzowi odmówić wykonania czynności dozwolonej przez prawo, o czym wiedział decydując się na wybór danej specjalizacji. Właściwie rozumiana klauzula sumienia zabezpiecza lekarza przed koniecznością wykonania działań niezgodnych z jego sumieniem, nie czyni zaś z niego jednostki wyróżnionej³. Lekarz, któremu sumienie nie pozwala na dokonanie aborcji w sytuacji dopuszczalnej prawnie, nie powinien wybierać ginekologii jako swej specjalności, a przynajmniej nie podejmować pracy w klinice, w której dokonuje się aborcji; lekarz, któremu sumienie nie pozwala uczestniczyć w torturowaniu w sytuacjach wskazanych przez prawo, nie powinien podejmować pracy w wojsku. Problem szczególny powstaje, gdy lekarz jest przymusowo powoływany do wojska; sądzę, że w takiej sytuacji przysługuje mu prawo odmowy, ale też musi się liczyć z jej możliwymi konsekwencjami. Wszystkie te istotne kwestie pozostają poza zasięgiem rozważań autorów artykułu.

Problemem głównym w artykule staje się natomiast zagadnienie kształtowania właściwej postawy moralnej w procesie edukacji medycznej. Autorzy bardzo mocno podkreślają, że z samej istoty profesji medycznej bierze się konieczność posiadania przez lekarza cnót takich, jak empatia, współczucie, troska, życzliwość czy odpowiedzialność. Dlatego w procesie edukacji medycznej nie można poprzestawać na zapoznawaniu przyszłych medyków z zasadami deontologii lekarskiej i ustaleniami prawnymi, lecz należy w nich kształtować owe cnoty. Autorzy artykułu chyba są świadomi, że oczekiwanie, iż da się te cnoty wykształcić w trakcie studiów medycznych, byłoby naiwnością, stąd ich uwaga kieruje się bardziej na dalszą drogę zawodową początkującego medyka. I w tym aspekcie autorzy zauważają, że absolwenci studiów medycznych często mają zbyt idealistyczne wyobrażenie swej przyszłej profesji, a praktyka kliniczna może u wielu powodować erozję ich postawy moralnej: „The moral ideals collide with medical reality”. Medyczna praktyka zawodowa zamiast rozwijać wskazane cnoty, przekształcać je w trwałe nawyki, raczej wykształca nawyk przymykania oczu na zachowania nieetyczne.

Można by powiedzieć, że brutalne zderzenie ideału z rzeczywistością nie jest doświadczeniem wyłącznie absolwentów medycyny, choć warto by się zastanow

3 Cf. M. Nowacka, J. Kopania, *Czym jest sumienie, a czym być powinna klauzula sumienia*, *Kwartalnik Filozoficzny XLII*, 4, 2014, p. 63–79.

ić, dlaczego praktyka medyczna, która z istoty swej powinna wzmacniać postawy współczujące i moralnie wrażliwe, tak często prowadzi do moralnego zubożenia, od czego już tylko krok do zachowań niemoralnych. Niestety taka refleksja jest w artykule nieobecna. Zamiast niej autorzy wysuwają (nie od siebie zresztą, lecz powołując się na innych) postulat, aby usilnie dążyć do uczynienia z lekarzy ludzi odważnych, dla których odwaga jest jedną z cnót: „It seems that it is the kind of courage that should be considered an important virtue of a medical doctor, because facing conflict situations is not a rare occurrence in his/her professional life”. Chodzi więc o to, aby lekarz miał odwagę wyrazić swój sprzeciw w sytuacji moralnego konfliktu. Autorzy nie wyjaśniają, ani na czym polegać ma takie wyrabianie odwagi w procesie studiów medycznych, ani dzięki czemu ma być ona podtrzymywana i wzmacniana w trakcie pracy zawodowej. Przede wszystkim zaś autorzy jedynie bezrefleksyjnie powtarzają za Amélie Oksenberg Rorty określenie odwagi moralnej jako zdolności do postępowania zgodnego z własnym przekonaniem moralnym w sytuacji, gdy postępowanie takie może grozić złymi konsekwencjami. Tak postawiony problem należy do psychologii, nie do etyki. Nie kwestionując potrzeby kształtowania silnej osobowości, warto jednak uświadamiać sobie, że lekarz (jak i każdy człowiek) może odważnie (czyli ryzykując negatywnymi dla siebie konsekwencjami) dokonywać czynów złych w przekonaniu, że są to czyny dobre. Autorzy artykułu zdają się nie rozróżniać kształtowania osobowości od kształtowania sumienia⁴.

Nasuwa się pytanie, jak te rozważania nad właściwym kształtowaniem moralnym adeptów medycyny mają się do poprzednich rozważań nad właściwym stosunkiem lekarzy do praktyk torturowania. Artykuł składa się z dwu odrębnych części, nie powiązanych ze sobą żadnym wskazaniem na ciągłość problematyki, więc czytelnik może jedynie domyślać się, że główna teza artykułu głosi, iż lekarz powinien mieć odwagę sprzeciwić się wszelkim próbom uwikłania go w praktyki torturowania. Ostatni akapit artykułu składa się z sześciu zdań, z których pierwsze głosi, iż wyzwanie, przed którym staje lekarz, w szczególności lekarz wojskowy, uwikłany w praktyki torturowania, jest wyzwaniem ekstremalnym, a ostatnie brzmi: „Surely medical doctor are not torturers”. A kim są lekarze? Autorzy nie wyjaśniają tego bliżej, a jedynie w przedostatnim zdaniu oznajmiają, że ich zamierzeniem było

4 Raanan Gillon ukazuje, jak bardzo złożony i trudny jest problem skutecznego kształtowania sumienia, dobrego charakteru i prawości w procesie edukacji etycznej studentów medycyny. Na ogół lekarze są przeświadczeni, iż uzyskana w trakcie studiów wiedza etyczna okazuje się nieprzydatna w praktyce klinicznej. Gillon wskazuje, że to przeświadczenie bierze się przede wszystkim z faktu, iż wskazane cechy są rozmaicie rozumiane, a zatem „as soon as attempts are made to explain what is meant by these qualities the need for some sort of additional critical philosophical analysis becomes apparent”; R. Gillon, *Conscience, good character, integrity, and to hell with philosophical medical ethics?*, *British Medical Journal* 290, 18 May 1985, p. 1497–1498.

wykazanie, iż dzięki procesowi medycznej edukacji lekarze powinni uświadomić sobie nie tylko, kim są, lecz także, kim nie są.

Podsumujmy.

1. Cywilizacja nasza staje przed największym bodaj ze wszystkich dotychczasowych wyzwań moralnych. Zagrożenie naszego życia jest tak duże, iż większość społeczeństwa może uznać moralną dopuszczalność stosowania walce z terrorem, w sytuacjach skrajnych, środków niemoralnych. Autorzy artykułu w ogóle nie uwzględniają tego kontekstu.
2. Lekarze są członkami społeczeństwa na równi z innymi grupami społecznymi. Nie mogą zatem przysługiwać im jakieś specjalne przywileje zwalniające ich z konieczności dokonywania rozstrzygnięć moralnych. Z uwagi na szczególny charakter ich profesji, społeczeństwo dało lekarzom szczególny przywilej, mianowicie prawo do klauzuli sumienia; nie po to jednak, aby ich zwolnić z podejmowania decyzji, lecz aby podejmowali oni decyzje biorąc za nie moralną odpowiedzialność. Autorzy artykułu problemu sumienia w ogóle nie uwzględniają i dlatego faktycznie czynią z lekarzy wyróżnioną kastę, zwolnioną na mocy prawa z obowiązku dokonywania rozstrzygnięć moralnych.
3. Z etycznego punktu widzenia zarówno w procesie dydaktycznym, jak i w praktyce zawodowej chodzi o kształtowanie sumienia, a nie o kształtowanie osobowości. Autorzy artykułu faktycznie zakładają, że można u lekarza wykształcić jedyną właściwą (czyli wyznawaną przez autorów artykułu) postawę moralną, zabezpieczyć stosownymi aktami prawnymi możliwość realizacji przezeń tej postawy i uzdatnić go do sprzeciwu wobec tych, którzy skłaniają go do działań niezgodnych z tą jedyną właściwą postawą moralną. Konkluzja: w artykule ukazany został powierzchownie problem, ale ani nie została podana propozycja jego rozwiązania, ani nie został choćby wskazany kierunek, w jakim należałoby tego rozwiązania poszukiwać.