

Orientacja na wartości w praktyce lekarza onkologa. Odwaga

Value-oriented oncological practice. Courage

Zło to przesąd Boga — rzekł wąż.
Fryderyk Nietzsche

Zabierając się do pisania o odwadze, jaka jest potrzebna onkologowi do godziwego uprawiania swojego zawodu, obawiam się, aby nie popaść w doraźność, nie ugrzęznąć w niej, nie napisać tekstu protestującego czy interweniującego. A są po temu niestety okoliczności. „Określona bieda świata” — tak nazywał tego typu okoliczności książd profesor Józef Tischner. Towarzyszy mi głębokie przekonanie, że próba określenia samego siebie, myślenia, filozofowania w obliczu „biedy świata” nie jest kwestią etycznie obojętną. Moje próby sądzone będą przez ludzi cierpiących, ludzi stających codziennie przed tragicznymi wyborami, przeżywających kryzys etosu lekarza. Nie będę opisywać naszej, konkretnej, współczesnej „biedy świata”. Moim zadaniem nie jest opis, lecz postawienie pewnych pytań tak, by onkolog mógł powiedzieć: „Tu chodzi o moją sprawę”. Moralne współuczestnictwo w dramacie. Jest to jedyny cel tych rozważań.

Lekarz onkolog realizujący w swojej praktyce zasady medycyny opartej na faktach to człowiek przede wszystkim **racjonalnie** myślący. Czy zatem można mówić w ogóle o orientacji na wartości w jego pracy? Często uważa się, że wartości mają subiektywną podstawę, że ich źródłem jest sfera uczuć, a rozum w zasadzie wcale ich nie postrzega. Takie było najgłębsze przekonanie pozytywistów, a przecież to właśnie w epoce ich triumfu rozpoczął się zwycięski pochód nauk przyrodniczych przez społeczną przestrzeń ludzkiego poznania.

Filozofia XX wieku jest przede wszystkim procesem przewycięzania pozytywizmu przez fenomenologię. Głównym przedmiotem rozważań jest samo myślenie,

w obrębie którego trzeba szukać podstawowej wiedzy o wartościach. Należy więc dziś raczej zapytać: „Czy nasze myślenie jest tylko myśleniem według wartości, czy w ogóle można pozbyć się takiej orientacji?”

Podstawą współczesnej medycyny opartej na faktach są statystycznie i rozumowo zobiektywizowane wyniki badań klinicznych. Są one uporządkowane według następstwa czasowego: coś miało miejsce wcześniej, coś później; coś jest przyczyną, coś jest skutkiem. Jest to porządek na jednym poziomie. Nie ma faktów wyższych i niższych, lepszych i gorszych.

Herbert Marcuse powiadał, że człowiek myślący tylko wedle porządku faktów staje się „człowiekiem jednowymiarowym”. Taka osoba wie, co do czego służy i wedle tej wiedzy wszystko porządkuje: czyny, pragnienia, odczucia, gesty. Świat jednowymiarowego człowieka jest prosty, pozbawiony wewnętrznych sprzeczności.

Czy lekarz może pozostawać w takim stanie szczęśliwej, pozbawionej wszelkich sprzeczności jednowymiarowości? Z pewnością nie może. Nasz świat jest bowiem światem, w którym obecne są głód i cierpienia, strach i śmierć, niesprawiedliwość i poświęcenie, czułość i okrucieństwo. Fakty naukowe nie są ani dobre, ani złe. Ale otacza nas świat spraw mniej i bardziej ważnych, dobrych i złych, godnych i upokarzających. Człowiek obojętny na takie różnice budzi powszechny niepokój. Dlaczego? Ponieważ nie wybiera. My zaś, nie umiając nawet określić reguł i kryteriów, przedkładamy jedno nad drugie, wybieramy, preferujemy. Taki sposób myślenia jest gwarancją autentyczności człowieka. Nasze myślenie jest myśleniem preferencyjnym, ponieważ otacza nas świat porządku hierarchicznego. Może jest to przesąd — nic nas jednak nie zmusza do uznania wartości. O ile jednak łatwo nas skłonić do zaniechania wiary w krasnoludki, upierzone żaby i kwadratowe koła, o tyle jakoś nie możemy przywyknąć do myślenia z pominięciem dobra, zła, wolności. Każdy widzi je nieco inaczej. Wartości nie widać, nie są wymierne, nie uznajemy ich do końca tak samo i bez zastrzeżeń. Wartość jest jedynie sygnałem: możesz **to** właśnie wybrać. Świata wartości nie da się wprowadzić rozporządzeniem ani narzucić przemocą. Wolność wyboru

wartości sama jest wartością. Jeśli jej nie uznamy, łatwo ulegniemy przemocy.

Wolność jest wartością. Czym więc jest odwaga?

Można ją traktować jako postawę wobec wartości: nastawienie na ich obronę, walczenie w imię, jawne opowiadanie się po stronie wartości w sytuacji zagrożenia. Trzeba czasem szczególnej odwagi, aby opowiadać się jawnie i odważnie po stronie wolności. Można zatem odwagę traktować jako nacechowaną moralnie postawę wobec wartości.

Jednak takie psychologizujące podejście do odwagi narusza jej status aksjologiczny. Dla mnie odwaga jest samoistną wartością. Arystoteles powiadał, że jest ona złotym środkiem między brawurą i tchórzostwem. Jednak jest również czymś innym. Jest poważnym traktowaniem własnej autonomii w przestrzeni wartości. Raczej jest metawartością niż postawą. Doświadczenie odwagi to doświadczenie stawania po stronie wybranych wartości — często nie pojedynczych wartości, lecz po stronie określonego sposobu myślenia, po stronie, której potrzebna jest obrona.

Po październiku 1956 roku w teatrze STS pojawiło się hasło: „Rozum zdrożał, bo odwaga staniała”. To doskonale pokazuje szczególny sens odwagi jako wartości ujawniającej się wtedy, kiedy wybranie drogi i opowiedzenie się po jednej stronie jest trudne. Kiedy już wszyscy są pewni jedynej słuszności, a zwłaszcza kiedy ta słuszność wygrywa, odwaga tanieje.

Jest to głęboko zgodne z przekonaniem tych, którzy definiują moralność jako sztukę dokonywania trudnych wyborów. Według wybitnego współczesnego etyka francuskiego Duprela, na przykład to, co łatwe w ogóle nie należy do porządku moralności. Wybór trudny wymaga odwagi. A więc odwaga właśnie jest warunkiem orientacji na wartości *stricte* moralne.

Jest to szczególnie istotna kwestia w odniesieniu do odwagi onkologów, ponieważ wiąże się z decyzją, po podjęciu której „ja-lekarz” będzie się spotykać z „ja-pacjentem” w sytuacjach skrajnie trudnych egzystencjalnie: w lęku — kiedy odwaga lekarza będzie musiała zastąpić niejednokrotnie nadzieję pacjenta, w cierpieniu — kiedy wierność lekarza przekraczać będzie granice jego nadziei, wreszcie w cieniu i w obliczu śmierci — kiedy lekarzowi przyjdzie towarzyszyć pacjentowi poza przestrzeń własnego, ludzkiego lęku, opierając się swojej własnej bezradności.

W dramacie choroby nowotworowej pacjent potrzebuje pomocy nie tylko od eksperta-lekarza. Potrzebuje wsparcia człowieka-lekarza, który świadomie wybrał niesienie pomocy tym właśnie potrzebującym. Co znaczy w tym miejscu sformułowanie **Ci** potrzebujący?

Człowiek chory na raka jest w sytuacji granicznej egzystencjalnie. I tak też ją odczuwa. Już w momencie diagnozy pojawia się w przestrzeni jego istnienia wielopostaciowe zagrożenie nieistnieniem. Śmierć fizyczna, cier-

pienie fizyczne — nieodwracalność rozprzestrzeniania się choroby w moim ciele, we mnie. Stygmat choroby przeraźliwej i odrażającej w społecznym postrzeganiu, choroby, która zabija emocjonalnie i społecznie. Ciągłe jeszcze realną śmierć fizyczną poprzedza śmierć społeczna. Przede wszystkim człowieka chorego na tę chorobę postrzega się jako osobę, z którą nie wiadomo jak i o czym rozmawiać, więc rozmowy poprzedza milczenie. Przestaje się z takim człowiekiem budować przyszłość, więc mu się tę przyszłość odbiera. Oświecone społeczeństwo XXI wieku wie, że rak nie jest chorobą zakaźną. To jednak nie zmniejsza lęku przed nim. Ludzie często zachowują się tak, jakby zły los mógł być zakaźny, a chorych na raka traktują jak zarażonych złym losem. Choremu na raka towarzyszą samotność, lęk, cierpienie i śmierć. Inne choroby mogą być realnie groźniejsze i bardziej zagrażające bytowaniu cielesnemu pacjenta. Rak jako przejaw okrutnej niesprawiedliwości nie ma sensu. Trudno jest się dopatrzeć jakiegos znaczenia we własnym strachu i cierpieniu. A jednak tego znaczenia i sensu własnego życia w każdym jego momencie człowiek niezmiennie szuka. I to jest właściwa geneza mitologii raka, która jest czytelna zresztą nie tylko w języku potocznym. Współczesna mitologia onkologiczna to przemieszanie mitu w jego najbardziej starożytnie dostojnej i pierwotnej formie z mitem nauki, z którą ta pierwotna materia mitu się przeplata.

Czym jest mit? Søren Kierkegaard pisał: „Mity są sposobem znalezienia sensu i znaczenia”¹. Natomiast twórca antropologii kulturowej, Bronisław Malinowski, pisał: „Mit badany w swej żywej postaci nie jest symbolicznym, lecz bezpośrednim wyrazem przedmiotu, którego dotyczy. Nie jest wyjaśnieniem zaspokajającym potrzebę zainteresowań naukowych, ale narracją, w której zmartwychwstaje rzeczywistość, narracją opowiadaną dla zaspokojenia głębokich potrzeb religijnych i dla zaspokojenia dążeń moralnych”².

Mityczność raka różni tę chorobę od innych i sytuację **tych** chorych od wszystkich innych. Przekłada się na wymiar dramatu i lęku człowieka-pacjenta. W jego życiu diagnoza jest nie tylko złą wiadomością. Jest to moment, kiedy człowiek staje się częścią okrutnego mitu, kiedy musi zmierzyć się „oko w oko” z fatum. Lekarz za każdym razem staje w obliczu dramatu. Ta diagnoza najczęściej odbiera pacjentom poczucie sensu i perspektywy życiowej, wzmacnia poczucie lęku. Empatyczny lekarz także ten lęk odczuwa, ale konwencja wymaga, by się do tego nie przyznawał. Ucieka przed egzystencjalnym wątkiem rozmowy. Stara się przełożyć język mitu na język doraźnych medycznych działań, ośwoić pacjenta z chorobą, zamienić ją w zadanie. Pozostaje jednak w przestrzeni mitu tak długo, aż wreszcie nad kłębowskiem uczuć zaczyna panować rozum, a raczej mit rozumu, o którym prof. Leszek Kołakowski pisał: „Na micie rozumu uwieszona bywa

trwoga przed absurdem”³. Jako główna postać pojawia się lekarz — heros mitologii rozumu.

Mityczne wątki w komunikacji lekarzy z chorymi na raka są bardzo ważne. Lekarz—heros przywraca nadzieję. Lekarz oczekujący heroizmu od pacjenta, odrzucający samowiedzę mitu, postępuje sprzecznie z przekonaniem Arystotelesa, iż: „Przyjaciół mądrości jest zarazem przyjaciół mitów”. Na czym polega odwaga onkologa w mitycznej przestrzeni, w jakiej sytuuje go nasza kultura?

Lekarz onkolog staje do walki z fatum dobrowolnie. Opowiada się po stronie dobra drugiego człowieka i czyni to z wyboru. Nie chodzi tu o jednorazowy wybór, jakim jest wybór zawodu. Za każdym razem, podejmując prowadzenie pacjenta w chorobie, lekarz dokonuje wyboru. W wymiarze codzienności nie jest to bynajmniej wybór heroiczny. Sumienie nie wymaga od nikogo bycia najlepszym moralnie. Nie wymaga rekordów i zrywów. Wymaga natomiast solidności. Ludzi odważnych ceni się za trwałość ich dyspozycji do wywiązywania się z podjętych wobec innych zobowiązań. Taką postawę prof. Tadeusz Kotarbiński nazywał postawą **spolegliwego opiekuna**. Śląskie, gwarowe słowo „spolegliwy” oznacza kogoś, na kim można polegać. Powiadał Kotarbiński: „Taki stanie twardo na placu w obliczu niebezpieczeństwa, broniąc tych, którzy są zdani na jego obronę, takiemu nie zabraknie chęci, by pomóc innemu wydobyć się z klęski, taki skoro zapowiedział, że zrobi, co potrzeba, to dotrzyma zapowiedzi”⁴. Swoje poglądy etyczne sam autor nazywał „etyką niezależną” i często sprowadza się całą ich niezależność do niezależności od religii. Jednak dla naszych rozważań istotniejszy jest inny aspekt niezależności: „Etyka niezależna jest niezależna i w tym sensie, że własnego głosu sumienia niepodobna zastąpić głosem cudzym”⁵.

Za godne potępienia można uznać wszelkie zachowania tchórzliwe. Człowiek, który ze strachu zrobi coś, co sam uważa za naganne, jest przeciwieństwem kogoś, kto się odważnie naraża w słusznej sprawie. Takiej odwagi wymaga się od **spolegliwego opiekuna**. To ktoś, kto w razie niebezpieczeństwa czy przeciwności będzie walczył w obronie tych, którymi się opiekuje. „Musi opiekę wykonywać dzielnie, z nakładem energii i musi to być człowiek, na którego można liczyć, że go nie pociągnie kaprys czy zachcianka. Dzielny opiekun, to jest człowiek bezinteresownie oddany, człowiek odważny, człowiek prawy, człowiek dzielny i opanowany”⁶.

Te etyczne oczekiwania są oczekiwaniem od każdego lekarza, opiekuna. Ale przecież lekarze pracują w instytucjach, które mają swoją strukturę, swój system wzajemnych między ludźmi podległości. Niejednokrotnie dla dobra pacjenta ta instytucja jest potrzebna. A trwałość instytucji opiera się na posłuszeństwie. Co ma zrobić lekarz, kiedy służbowe polecenie według niego jest niesłuszne, haniebne, a dla jego pacjenta

szkodliwe? Wielu powiada: „No, cóż, trzeba zatem zrezygnować z własnego sumienia i kierować się sumieniem zwierzchności. Ona wtedy odpowiada moralnie, a ja jestem jedynie wykonawcą”. W wojsku, w działaniach produkcyjnych to posłuszeństwo jest w istocie bardzo ważne. Ale lekarz czy nauczyciel nie ma możliwości przekazania swojego sumienia komu innemu. Dla osób uprawiających wolne zawody posłuszeństwo ma bardzo określone granice. Na tym właśnie polega wymaganie, by były one zawodami dającymi pierwszeństwo osobistym wyborom moralnym, a nie regulaminom i zasadom posłuszeństwa. Kotarbiński pisze: „Posłuszeństwo musi mieć granice w tym, że nie można się podejmować czynności haniebnych. Chcielibyśmy bowiem, aby powstało społeczeństwo zharmonizowane, oparte na wzajemnej życzliwości. Do takiego celu przydaje się kultura etyczna”⁷.

Problem kultury etycznej jest bardzo istotny, ponieważ żyjemy w zbiorowości, której życie jakoś trzeba zorganizować. Już u Kotarbińskiego pojawia się rozwinięta wspaniale w dorobku etyki polskiej końca XX i początków XXI wieku koncepcja dopełnienia naszych indywidualnych przekonań etycznych zasadą solidaryzowania się z innymi ludźmi. Można powiedzieć, że zasada niesprawiania innym zawodu łączy jednostkową i społeczną koncepcję opiekuna **spolegliwego**. Pod względem etycznym kluczowa jest tu kwestia odwagi: „Jakże ma się rzecz z odwagą?” — pyta Kotarbiński i odpowiada: „Dzielny opiekun jako taki musi umieć stawiać czoło niebezpieczeństwu, nie tchórzzyć, nie pozostawiać podopiecznych bez obrony w groźnych sytuacjach. To samo dotyczy dzielności jako uporczywości w pokonywaniu oporów”⁸.

Odwaga ma zabezpieczać przed marazmem, opieszałością lenistwem. Jeśli jest wartością powszechnie uznaną i chronioną przez normy, to przekłada się ona w życiu wspólnym ludzi na sprawiedliwość. Tę ostatnią bowiem gwarantować mogą dotrzymywanie zobowiązań i równość uprawnień.

Swoista sytuacja moralna jest udziałem lekarzy zarządzających na rozmaitych szczeblach urzędowej hierarchii leczeniem osób chorych na raka. Częstą sytuacją społeczną jest konflikt niewspółmiernych skal wartości. Wyraźnie jest to widoczne w medycynie. Dokonując wyborów, ustalając priorytety w sytuacji niedoborów ekonomicznych, pomagając jednemu, szkodzi się często innemu. W bezpośredniej relacji lekarz—pacjent istnieją określone, a nawet po części skodyfikowane zasady moralne. Składają się one na podstawowy kanon zasad, jakimi kieruje się lekarz w bardzo trudnych relacjach ze swoim pacjentem. Można by nazwać ten kanon **etyką lekarza w kontakcie z pacjentem**. Lekarz, który zarządza na przykład szpitalem, kliniką, siecią szpitali odpowiada już nie za los pojedynczych pacjentów i za swoje osobiste relacje z chorymi. Odpowiada on za zbiorowość

pacjentów. Jeśli zarządza na wysokim szczeblu, to nawet nie zna osobiście chorych, za których odpowiada. Jego zadaniem jest jak najdoskonalsze zaopatrzenie tych chorych, zarówno pod względem opieki lekarskiej, jak i środków materialnych. A zatem jego udziałem staje się między innymi dzielenie tych środków materialnych, zarządzanie czasem podległego mu personelu medycznego. Te zadania mają potrójny wymiar:

- planowanie dzielenia środków i pozyskiwanie ich oraz doraźne gospodarowanie tymi środkami;
- planowanie struktury czasu, przestrzeni i zaopatrzenia materialnego podległego personelu medycznego;
- planowanie zachowań w organizacji obejmujące zarówno pacjentów, jak i personel medyczny i administracyjny podległej jednostki.

Zarówno na poziomie zarządzania kliniką, jak i na poziomie sprawowania funkcji ministra zdrowia lekarz zarządzający podlega zasadom etyki uwzględniającej dobro mniejszej czy większej grupy pacjentów, a często także osób niebędących pacjentami. Pojawia się problem optymalnego pod względem całej populacji podziału i wykorzystania środków materialnych i potencjału ludzkiego, pojawia się kategoria sprawiedliwości. To wykracza poza bezwzględne zasady etyki lekarskiej. Istnieją po temu dwa przynajmniej powody:

- lekarz zaczyna podlegać prawu stanowionemu i jako urzędnik konkretnego państwa przestaje uznawać nadrzędność zasad etyki lekarskiej nad prawem stanowionym partykularnego prawodawstwa poszczególnych państw;
- podział środków i świadczeń staje się dla niego zagadnieniem nadrzędnym wobec nadrzędności dobra każdego chorego wobec wszelkich innych dóbr.

Nic więc dziwnego, że niejednokrotnie stawia go to w sytuacji konfliktu niewspółmiernych skal wartości. Potrzeby pacjentów nie są ze sobą zharmonizowane. Ponadto nie ma ustalonych kryteriów wyboru. Będąc w zgodzie z sumieniem, niemożliwe jest ustalenie, kto bardziej, a kto mniej zasługuje na preferencyjne traktowanie. Do tego dochodzi jeszcze jedna trudność: etyczne aspekty pewnych kwalifikacji ekonomicznych. Budżet państwa ma zobowiązania wynikające z umowy do opieki nad określoną grupą osób — nad ubezpieczonymi. Ale sumienie wzywa lekarza do zaopiekowania się każdym cierpiącym, wymagającym jego opieki człowiekiem. Nie ogranicza się to do osób, z którymi wiąże go umowa, wcześniejsze postanowienia czy naprawianie wyrządzonej szkody. Nie udzielając pomocy, odmawiając opieki zgodnie z wszelkimi zasadami prawa stanowionego lekarz czuje wyrzuty sumienia. Jak to się dzieje? Nie można skodyfikować obowiązku postawy opiekuńczej wobec wszystkich potrzebujących, ale jest niezwykle ważny element etycznej kultury w obrębie tych, którzy jako lekarze w każdym przypadku ludzkiego cierpienia — jak

stwierdził Tadeusz Kotarbiński — „czują się pozwani do czynu opiekuńczego”⁹.

W tym miejscu zresztą nie sposób nie wspomnieć o nieskodyfikowanych i odczuwanych jako nadużycie przywilejów protekcji. Nie dotyczy to protekcji, którą dopuszcza już przysięga Hipokratesa — o otaczanie szczególną troską przez lekarzy rodzin innych lekarzy, a przede wszystkim lekarzy w podeszłym wieku. Chodzi o nadużywanie stanowisk dla zapewnienia sobie i swoim pierwszeństwa w dostępie do opieki lekarskiej. Nie tak dawno zachorowała na raka piersi urzędniczka z Narodowego Funduszu Zdrowia. Potrzebny był lek, którego finansowania odmawiała ta instytucja, powołując się na ekonomiczny brak możliwości. Ale dla tej jednej chorej pieniądze się znalazły. Jednak lekarz odmówił przyjęcia ich. Na jego liście oczekujących była na odległej pozycji. Jego kłopotliwy dla urzędu upór zaowocował sfinansowaniem leczenia dla wszystkich oczekujących. Ten upór był aktem odwagi typowej dla opiekuna spolegliwego, ale nie tylko. Był to też odruch obywatela, który w swoim postępowaniu „szuka prawa, a nie pana”¹⁰.

Leczenie onkologiczne uważa się za drogie, trudne i mało skuteczne. Ma to duży wpływ na sposób traktowania wydatków. Jest to dziwne — w społeczeństwie, w który mnóstwo osób choruje i umiera na raka, oszczędza się na leczeniu tej choroby, ponieważ takie są na jej temat potoczne poglądy i przesady?

Ukształtowanie naszego życia publicznego ma swoje odbicie w nieprawdopodobnie skrupulatnej sprawozdawczości. To sprawiedliwość karząca. Nie sprzyja ona rozwojowi opieki nad chorymi na raka. Opiece onkologicznej potrzebne jest ukształtowanie życia publicznego na zasadach powszechnej pomocy wzajemnej, której fundamentem jest życzliwa motywacja i wzajemny szacunek.

Wartość odwagi zależy od sprawy, której ona służy. Francuski onkolog Brehant powiadała, że chorzy na raka niosą najcięższy ze wszystkich ludzi krzyż. Jeśli tak jest w istocie, to wartość odwagi onkologa jest nie do przecenienia.

Przypisy

1. Søren Kierkegaard, *Bojaźń i drżenie*, PWN, Warszawa 1976, s. 72.
2. Bronisław Malinowski, *Szkice z teorii kultury*, PWN, Warszawa 1963, s. 28.
3. Leszek Kołakowski, *Obecność mitu*, Warszawa 2002, s. 45. Powołanie się na współczesną filozofię mitu jest w tym miejscu znaczące. W przemijającym życiu człowieka zdarzają się chwile łączące nasze przemijanie z utrwalonymi w kulturze mitami. Mit nazywa się we współczesnej antropologii filozoficznej wiecznością wdzierającą się w czas. Zwłaszcza w obliczu wielkich uczuć, bezgranicznych lęków, rozpaczy mit staje się naszym lustrem.
4. Tadeusz Kotarbiński, *Pisma etyczne*, Warszawa 1987, s. 144.
5. *Ibidem*, s. 150.
6. *Ibidem*, s. 155.
7. *Ibidem*, s. 153.

8. *Ibidem*, s. 165.

9. *Ibidem*, s. 274.

Tadeusz Kotarbiński jest autorem etycznych rozważań ważnych dla dzisiejszych czasów. Po trosze dlatego, że jest to filozofia, której podstawy przez całe długie, niemal stuletnie życie pozostają nienaruszone. Jest to postawa konsekwentnej samodzielności myślenia, wiary w sens poznania, a jednocześnie jest to postawa skrajnie prospołeczna, a zarazem konsekwentnie indywidualistyczna. W niniejszym eseju zacytowano zbiór rozmaitych

prac o tematyce etycznej — od esejów, poprzez zapisy radiowych audycji, aż po okolicznikowe przemówienia. Od 1914 roku autor zajmował się etyką z najgłębszą wiarą w sens posiadania w tej mierze osobistych poglądów i podejmowania dyskusji na ich temat.

10. To sformułowanie można znaleźć już w rozważaniach Barucha Spinozy, potem u Simone Weil i wreszcie u ks. prof. Józefa Tischnera. Jest ono niezwykle ważne we współczesnej filozofii społecznej.

Barbara Czerska

Adres do korespondencji:

dr filozofii Barbara Czerska

e-mail: czerska@vp.pl