

Jarosław Sak

Prawda a "sztuka mówienia"

Diametros nr 4, 132-137

2005

Artykuł został opracowany do udostępnienia w internecie przez Muzeum Historii Polski w ramach prac podejmowanych na rzecz zapewnienia otwartego, powszechnego i trwałego dostępu do polskiego dorobku naukowego i kulturalnego. Artykuł jest umieszczony w kolekcji cyfrowej bazhum.muzhp.pl, gromadzącej zawartość polskich czasopism humanistycznych i społecznych.

Tekst jest udostępniony do wykorzystania w ramach dozwolonego użytku.

Prawda a „sztuka mówienia”

Jarosław Sak

Wypowiedź moją inspirowaną tekstem Włodzimierza Galewicza „Prawda dla chorych” pragnę rozpocząć od wygłoszenia stwierdzenia, które zaliczyć można w poczet głównej tezy. Z punktu widzenia praktykującego lekarza (choć nie dysponującego szczególnie imponującym stażem pracy) jestem przekonany, że pacjentowi prawdę (czy też to, co faktycznie za prawdę o stanie jego zdrowia się uważa) należy komunikować. Nie oznacza to jednak, że jestem zwolennikiem skrajnego pryncypializmu, nakazującego mówić pacjentowi prawdę o stanie jego zdrowia nie sugerując się innymi elementami relacji lekarz – pacjent, aniżeli tymi leżącymi u podstaw wspomnianego stanowiska. Zasadniczą tezę, którą pragnę przedstawić w mojej wypowiedzi będzie powyższe stwierdzenie „poszerzone” o element „sztuki mówienia”. Pragnę podkreślić zatem, że pacjentowi należy mówić prawdę („kłamstwo na życzenie” jest niedopuszczalne) rozważając zarówno właściwy sposób, jak i moment przekazu. W sformułowanej w ten sposób tezie należy wyeksponować dwa elementy. Pierwszym z nich jest „mówienie”, drugim zaś „prawda”.

Mówienie nie tylko prawdy (tzw. „prawdy”), ale praktycznie wszystkie wypowiedzi lekarza skierowane do pacjenta charakteryzują się bardzo wysokim stopniem performatywności¹. Nie tylko zresztą wypowiedzi słowne, także komunikaty pozawerbalne. Wypowiedzi lekarskie, czy nawet szerzej: komunikaty lekarskie (także pozawerbalne) posiadają właściwości organizowania, „przebudowy” przestrzeni egzystencjalnej człowieka. Komunikaty lekarskie związane z przekazywaniem wiedzy na temat stanu zdrowia pacjenta i jego prognozowanej przyszłości można porównać z perlokucyjnymi wypowiedziami

¹ W wypowiedzi posługuję się pojęciem wypowiedzi performatywnych oraz aktów lokucyjnych i perlokucyjnych w znaczeniach zaprojektowanych przez J. L. Austina, *Jak działać słowami*, w: idem, *Mówienie i poznawanie*, PWN, Warszawa 1993.

sędziego zwracającego się do podsądnego słowami: „skazuję oskarżonego na karę dożywotniego pozbawienia wolności”. Zapewne nie ma zbyt wielu obszarów życia społecznego, w których performatywność wypowiedzi byłaby tak wyraźnie zaznaczona jak w medycynie. Nawet ograniczanie egzystencjalnej przestrzeni przez mechanizmy wymierzania sprawiedliwości nie jest tak silne, jak powstająca w świadomości pacjenta wizja „skazania” na śmierć przez wykrycie nieuleczalnej choroby. Człowiek skazany na karę dożywotniego pozbawienia wolności może żywić nadzieję na przedterminowe zwolnienie, ułaskawienie przez prezydenta albo na zorganizowanie ucieczki. Takie perspektywy dają szansę na zaprojektowanie własnej przyszłości. Człowiek „skazany” performatywną wypowiedzią lekarza w rodzaju „jest pan chory na raka” często staje się wyjałowiony z nadziei, pozbawiony pozytywnej możliwości budowania swojej przyszłości. Losu nie uda się, tak jak strażników więziennych, prokuratora czy nawet sędziego przekupić. Nieuchronność śmierci, świadomość, że od tego ostatecznego rozwiązania biologicznej egzystencji nie ma ucieczki i że ów koniec egzystencji jest czasowo określony, może działać na pacjenta dwojako. Pacjent może dążyć do przeformułowania swoich celów, zamierzeń życiowych, zaprojektowania swojej przyszłości w perspektywie śmierci. Może dokonać tego, czego nie mając świadomości nieuchronności swojego końca może nigdy by nie uczynił. Nieuchronność śmierci może działać również destrukcyjnie na relacje rodzinne, społeczne czy też w zakresie relacji zwrotnej, w skrajnych przypadkach (co nie oznacza, że sporadycznie) skutkując próbami samobójczymi. Performatywność prawdy w medycynie ujawnia zatem swoją „tytaniczną” moc. Prawda o nieuchronności śmierci może przytłoczyć, zdominować życie pacjenta. Te dwa sposoby reagowania na nieuchronność śmierci mogą stanowić dopełniające się etapy umierania od przerażenia przez bunt po akceptację i afirmację śmierci. Lekarz, który pragnie rozwiązać dylemat dotyczący mówienia prawdy pacjentowi nigdy nie dysponuje wiedzą pewną odnośnie tego, jak zareaguje pacjent. Być może obawy przed poinformowaniem pacjenta o stanie jego zdrowia są wynikiem projekcji własnych obaw przed śmiercią. Może się również zdarzyć, że poinformowanie pacjenta o tzw. „śmiertelnej chorobie”

stworzy szansę dłuższego przeżycia w wyniku poddania się eksperymentalnej terapii. Odnosząc się do niezwykle trafnych uwag poczynionych przez Włodzimierza Galewicza w kwestiach „prawda a zdrowie” oraz „prawda a dobro” można przywołać historyczny epizod katastrofy R. M. S. „Titanic”, który dla refleksji nad prawdomównością w medycynie może być odczytywany jako „wielowarstwowa” metafora relacji lekarz – pacjent w ekstremalnym wymiarze doświadczenia granicy pomiędzy życiem i śmiercią. Słowa konstruktora statku Thomasa Andrewsa, wypowiedziane po kolizji z górą lodową: „Pozostało nam najwyżej półtorej godziny” zawierały zarówno komponentę lokucyjną (wyrażającą przekonanie), jak i perlokucyjną (prokurującą określone wydarzenia). Sądzę, że w dyskusji nad prawdomównością w medycynie należy wyeksponować zwłaszcza aspekt perlokucyjny wypowiedzi lekarskich. Dylematy etyczne dotyczące „mówienia” niekorzystnej prawdy o stanie zdrowia pacjenta odnoszą się właśnie do tej komponenty wypowiedzi lekarskich. Lekarze obawiają się o skutki swoich wypowiedzi: czy pacjent nie podejmie próby samobójczej lub innej desperackiej aktywności. Deontologiczna formuła wyrażona w artykule 17 *Kodeksu Etyki Lekarskiej* może być traktowana z jednej strony jako sformalizowanie obaw przed sprokurowaniem niepożądanego stanu w wyniku wypowiedzianych słów, jak również wskazywać na pewien stopień swobody (ale nie na absolutną swobodę) w wyborze momentu poinformowania pacjenta o niekorzystnym rokowaniu².

Dokonywany przez lekarza wybór momentu poinformowania pacjenta o nieuleczalnej chorobie powinien być związany z „rozpoznaniem” prawdy. Moment poinformowania pacjenta o niepomyślnym rokowaniu powinien być uzależniony od przeświadczenia lekarza o faktyczności treści planowanego komunikatu. Właściwie należałoby w tym momencie wyróżnić dwie korelujące ze sobą składowe takiego komunikatu: diagnozę i rokowanie. Zwykle ten pierwszy

² „[...] Wiadomość o rozpoznaniu i złym rokowaniu może nie zostać choremu przekazana tylko w przypadku, jeśli lekarz jest głęboko przekonany, iż jej ujawnienie spowoduje bardzo poważne cierpienie chorego lub inne niekorzystne dla zdrowia następstwa; jednak na wyraźne żądanie pacjenta lekarz powinien udzielić pełnej informacji.” *Kodeks Etyki Lekarskiej* z dnia 2 stycznia 2004 roku, art. 17.

element przesądza o treści drugiej składowej, ale nie zawsze. Pomiedzy rozpoznaniem nieuleczalnej z medycznego punktu widzenia postaci choroby nowotworowej, a urzeczywistnieniem prognozowanego rokowania zawsze istnieje w wymiarze egzystencji pacjenta nadzieja, która może różnie się przejawiać. Powinnością lekarza, nie tylko powinnością moralną, ale i profesjonalną, jest dołożyć wszelkich starań, aby prawda, która zostaje zakomunikowana pacjentowi nie zawierała „nieświadomego kłamstwa”. Szczególna troska o „jakość” prawdy powinna towarzyszyć lekarzowi w każdym momencie jego działań diagnostycznych lub terapeutycznych. Poznanie prawdy, a zatem uzyskanie jak najwyższej jej „jakości” jest uzależnione od wielu czynników. Można rozpatrywać w tym kontekście zarówno kwestię pomyłek diagnostycznych o różnej genezie, jak również siłę słowa, które nadmiernie uproszczone przez lekarza staje się, w połączeniu ze społecznym kontekstem znaczeniowym, perlokucyjnym „fermentem” w egzystencji pacjenta.

Wiadomości, które uzyskuje lekarz w relacji z pacjentem i które dotyczą pacjenta (zarówno te bezpośrednio dotyczące stanu jego zdrowia, jak i te dotyczące życia osobistego, preferencji seksualnych, nałogów itp.) są własnością pacjenta. Lekarz jest tylko ich dysponentem, powiernikiem. Dlatego też można zaakceptować przewidzianą, również i w zasadach deontologicznych zawodu lekarskiego, sytuację żądania zgłaszanego przez pacjenta, aby nie informować go o stanie jego zdrowia. *Kodeks Etyki Lekarskiej* w artykule 16 pkt 1 stwierdza, że „Lekarz może nie informować pacjenta o stanie jego zdrowia bądź o leczeniu, jeśli pacjent wyraża takie życzenie. Informowanie rodziny lub innych osób powinno być uzgodnione z chorym.” Zasada autonomii, przytoczona przez Włodzimierza Galewicza w tym przypadku ma swoje praktyczne zastosowanie. Nie można jednak zaakceptować „kłamstwa na żądanie”, które z natury ogranicza autonomię lekarza. W tym przypadku staje się on zakładnikiem (a może nawet niewolnikiem) projekcji „węższego dobra pacjenta”. Niezmiernie wątpliwy jest sam fakt rzeczywistego istnienia (wydarzania się w relacji lekarz-pacjent) „kłamstwa na żądanie”. Jeżeli takie dosłowne żądanie zostałoby wyartykułowane przez pacjenta, to tak naprawdę poprzez mówienie nieprawdy, okłamywanie

pacjenta, pacjent uzyskiwałby potwierdzenie swojego tragicznego położenia. Trudno wyobrazić sobie pasażerów tonącego statku, aby żądali od kapitana, żeby nie mówił im, że toną. Napotkanie w rzeczywistości takiego roszczenia wskazywać mogłoby raczej na problem zaburzeń kognitywnych, które w sytuacjach ekstremalnych zapewne mogą się wydarzać. Żądanie „niewypowiedziane” zaś, jak nieraz mogą odczytywać lekarze (czasem niewłaściwie!) komunikaty pozawerbalne, może być jedynie podstawą projekcji a nie przekonania. „Żądanie” kłamstwa, kłamstwa skutecznego w aspekcie węższego dobra pacjenta zawsze jest nie tyle rzeczywistym żądaniem pacjenta, co projekcją obaw lekarza. Być może lekarze wchodząc w posiadanie wiedzy o nieuleczalnej chorobie swojego pacjenta podświadomie odczuwają napięcie związane z potrzebą intuicyjnego ustalenia właściwej relacji pomiędzy czynnikiem lokucyjnym a perlokucyjnym swojej wypowiedzi na temat „prawdy” o chorobie. „Kłamstwo na żądanie” w praktyce można przedstawić jako nieinformowanie pacjenta (zgodnie z przytoczonym art. 16 *Kodeksu Etyki Lekarskiej*) o stanie jego zdrowia lub o istocie leczenia jakemu jest poddawany, ale taka sytuacja w żaden sposób nie wyczerpuje definicji kłamstwa. W praktyce kłamstwo na żądanie można przedstawić jako sytuację „nadgorliwego” wypełniania prawa pacjenta do nieinformowania, przez zapewnianie ciężko chorego pacjenta, który wyraził przedmiotowe życzenie, o tym, że stan jego zdrowia jest dobry. Pragnę podkreślić, że w moim przekonaniu taka „nadgorliwość” jest moralnie niedopuszczalna.

W aspekcie komunikowania pacjentowi prawdy o chorobie należy poruszyć problem możliwości zrozumienia, uświadomienia sobie przez pacjenta tego, co przekazuje lekarz. W komunikowaniu się lekarza z pacjentem mogą zaistnieć przeszkody dwojakiego rodzaju. Pierwszą z nich są zaburzenia kognitywne, które mogą powodować, zwłaszcza u osób w podeszłym wieku, „nieprzekładalność” racjonalną komunikatu. Stwierdzenie „stwierdzam u Pana zaawansowany stopień niewydolności serca” może w pewnych przypadkach nie powodować powiązania faktu choroby z możliwością rychłej śmierci. Druga przeszkoda może wynikać ze „stylowej” odmienności postrzeżeniowej lekarza i pacjenta. Pacjent komunikaty lekarskie postrzega przez pryzmat wiedzy, którą

posiada, ładunków aksjologicznych, jakie społeczność, w której egzystuje przykłada do percypowanych treści. W społeczeństwie polskim słowo „rak” (w sensie potocznego określenia jednostki chorobowej) posiada wybitnie negatywne konotacje aksjologiczne, w przeciwieństwie do określenia „wirusowe zapalenie wątroby”, które nie jest tak negatywnie kojarzone (a w przypadku WZW typu C) może powodować w wymiarze biologicznym często podobne konsekwencje co „rak”. Pacjent i lekarz myślą najczęściej różnymi stylami³. Należy również zaznaczyć, że z przedstawionych uwag przez Włodzimierza Galewicza „niekliniczne spojrzenie” mogłoby wydobyć nieco statyczny obraz sytuacji i postawy pacjenta: pacjent wyraża określone życzenie, żądanie, które może, musi lub nie powinno być respektowane. Sytuacja kliniczna pacjenta jest jednak sytuacją niezwykle dynamiczną. Postawy, które prezentuje pacjent wobec siebie, swoich bliskich, personelu medycznego czy też wobec oczekiwanej (lub nieoczekiwanej) śmierci, dynamiką zmian zaskakują często nawet doświadczonych lekarzy. Dlatego lekarz powinien w szczególny sposób uwzględniać ten unikalny w swojej zmienności osobowościowy obraz pacjenta. To powinno lekarza wyzwalać z dylematu: informować, czy nie informować pacjenta o złym rokowaniu, na rzecz dylematu znacznie jak sądzę trudniejszego: kiedy i jak przekazać mu jego własność czyli wiedzę, w posiadanie której wszedł zawiązując z pacjentem relację diagnostyczno-terapeutyczną.

Uwzględniając powyższe uwagi należy stwierdzić, że mówienie prawdy pacjentowi jest nie tylko przywilejem, ale obowiązkiem lekarza. Refleksje nad sposobami tego „mówienia” być może streszczają intuicje, które ożyły w polskiej szkole filozofii medycyny ponad sto lat temu, na temat charakteru medycyny. Czy medycyna jest nauką, rzemiosłem, czy sztuką? Medycyna może być nauką a nawet rzemiosłem w swym wymiarze profesjonalnym, w wymiarze egzystencjalnym zaś, streszczającym się w relacjach z drugim człowiekiem, zawsze pozostanie sztuką, sztuką mówienia prawdy.

³ Na społeczną naturę poznawania i rozumienia rzeczywistości zwrócił uwagę L. Fleck rozwijając koncepcję „stylów myślenia”. Zob. L. Fleck, *Powstanie i rozwój faktu naukowego. Wprowadzenie do nauki o stylu myślowym i kolektywie myślowym*. tłum. M. Tuskiewicz, Wydawnictwo Lubelskie, Lublin 1986.