

Prawda dla chorych

Włodzimierz Galewicz

Wprowadzenie

Czy osobom ciężko chorym należy mówić prawdę o ich stanie? Czy lekarz zawsze powinien informować pacjenta, jaką chorobę u niego rozpoznał, jakie są nadzieje na jej wyleczenie, jaki będzie jej prawdopodobny rozwój i przebieg, i kres? Czy też są sytuacje, w których nie jest on zobowiązany do mówienia prawdy, lecz ma prawo do milczenia lub nawet do kłamstwa? Pytanie to ma zakres zupełnie ogólny i nie ogranicza się do przypadków choroby śmiertelnej, do kontaktów z osobami skazanymi na rychłą śmierć lub już umierającymi; trudno jednak nie przyznać, że właśnie w stosunku do nich nabiera ono szczególnego dramatyzmu.

Ktoś, kto broni moralnej dopuszczalności „medycznego kłamstwa” – ma się rozumieć zawsze „w szczególnych wypadkach” – może odwoływać się do różnych racji. Lecz najczęściej będzie on argumentował mniej więcej tak oto:

Lekarz powinien kierować się dobrem pacjenta. Kierować się dobrem pacjenta to wybierać to, co najprawdopodobniej będzie dla niego najlepsze. Są jednak sytuacje, w których powiedzenie prawdy choremu wcale nie wydaje się dla niego najlepsze. Można bowiem przewidywać, że raczej zaszkodzi niż posłuży jego (fizycznemu i emocjonalnemu) zdrowiu. W takich okolicznościach lekarz nie powinien mówić prawdy pacjentowi; powinien raczej zachować milczenie, a w razie potrzeby nawet wybrać kłamstwo. Skoro fałsz może być lekiem, a prawda trucizną, lekarz powinien leczyć, a nie truć (por. np. Guiora [1989] s. 383).

Jeżeli dokładniej prześledzimy tę argumentację, zauważymy, że wspiera się ona na trzech głównych podstawach. Jej przesłankami są mianowicie tezy:

1. Zdarza się, że powiedzenie prawdy pacjentowi nie służy jego (fizycznemu i emocjonalnemu) zdrowiu.
2. Coś, co nie służy zdrowiu pacjenta, tym samym nie leży w jego interesie, nie wychodzi mu na dobre.

3. Tymczasem lekarz w swoich decyzjach powinien kierować się dobrem pacjenta.

Stosownie do tych trzech przesłanek, zarysowany argument w sporze o medyczne kłamstwo może być także rozważany – i podważany – od trzech różnych stron. Można więc albo zastanawiać się nad *empiryczną* kwestią, czy prawdomówność lekarzy wywiera korzystny czy też niekorzystny wpływ na zdrowie i samopoczucie pacjentów, albo roztrząsać *aksjologiczne* pytanie, czy dobro pacjenta sprowadza się do jego zdrowia, albo wreszcie wnikać w *deontologiczny* problem, czym w swoich decyzjach powinien kierować się lekarz. Takie więc są trzy główne płaszczyzny, na których toczy się interesujący nas spór. Przyjrzyjmy się im nieco uważniej.

Prawda a zdrowie

Zdradzenie ciężko chorej osobie prawdy o jej krytycznej kondycji pociąga za sobą – z medycznego punktu widzenia – następstwa pozytywne jak i negatywne. Z jednej więc strony ta prawdziwa informacja może być owej osobie potrzebna, aby skłonić ją do poddania się stosownej terapii, narzucenia sobie odpowiedniej diety, jednym słowem do zastosowania środków, które, jeżeli nawet nie są w stanie przywrócić jej zdrowia, przynajmniej mogą przedłużyć jej życie lub też oszczędzić jeszcze większych cierpień. Z drugiej wszakże strony poinformowany o swoim stanie pacjent może załamać się pod ciężarem ujawnionej prawdy, popaść w depresję, utracić nadzieję, a wraz z nią resztkę siły do walki z chorobą. Prawdomówność w stosunku do chorych ma zatem swoje plusy i swoje minusy, i obrońca dopuszczalności medycznego kłamstwa może nawet przyznać, że pierwszych jest na ogół więcej niż drugich. Godząc się na to, będzie on jednak obstawał, że przynajmniej w niektórych wypadkach rachunek tych wad i zalet wypada na odwrót: że zatem zdarzają się również takie sytuacje, w których korzystne dla zdrowia i życia samego pacjenta byłoby zatajenie zbyt raniącej prawdy, wprowadzenie go w błąd, jeżeli jeszcze w nim nie tkwi, lub też pozostawienie go w błędzie.

W jaki sposób do tej argumentacji może odnieść się jego adwersarz? Otóż wydaje się, że co najmniej w trojaki. Po pierwsze zatem może on odeprzeć, że jeśli nawet takie sytuacje, w których okłamanie pacjenta byłoby medycznie korzystne, „czasem się zdarzają”, to jednak dochodzi do nich znacznie rzadziej, niż wydaje się stronie przeciwnej; nie jest bowiem prawdą, że większość ciężko chorych nie potrafi znieść prawdy o swojej chorobie, o ile tylko ta prawda będzie im podana w sposób możliwie oględny, taktowny i delikatny. Po drugie – może on również dorzucić – nawet jeśli godzimy się na to, że opisane sytuacje czasami zachodzą, to przecież nigdy nie mamy pewności, że jedna z nich zachodzi w konkretnym wypadku – że np. dana osoba, poinformowana o swojej śmiertelnej chorobie, da się opanować najczarniejszym myśłem. Tego rodzaju prognozy, o ile w ogóle możliwe, wymagałyby psychologicznych czy też psychiatrycznych kompetencji, których większość lekarzy, będących lekarzami ciała a nie duszy, raczej nie posiada (por. Weir [1983] s. 210). Po trzecie wreszcie przeciwnik lekarskiego kłamstwa może zauważyć, że w wielu z tych i tak już nieczęstych wypadków, w których okłamanie pacjenta *byłoby* z medycznego punktu widzenia korzystne, możemy powiedzieć właśnie tylko „byłoby”, nie „jest”. Byłoby ono medycznie korzystne, gdyby było naprawdę skuteczne, tzn. gdyby kłamstwo mogło się nie wydać. Rzecz jednak w tym, że szczególnie w dzisiejszych warunkach szpitalnych, gdy każdym chorym opiekuje się nie jedna osoba, lecz cała grupa lekarzy i pielęgniarek, chory prędzej czy później sam odkrywa prawdę (por. Bok [1991] s. 76), a wtedy bywa ona niekiedy dla niego jeszcze okrutniejsza i jeszcze trudniejsza, niż gdyby podano mu ją oględnie zawczasu (por. Hooker [1989] s. 378).

Prawda a dobro

Nawet wszakże gdy zgodzić się na to, że zatajenie prawdy przed pacjentem w niektórych wypadkach służy jego zdrowiu, nie można stąd zaraz wnosić, że to zachowanie leży również w wystarczająco szeroko rozumianym interesie pacjenta – że wszystko razem wzięwszy jest dla niego dobre.

Lekarz powinien kierować się dobrem pacjenta – ale co to jest dobro pacjenta? Można je rozumieć wężziej albo szerzej. Dobro pacjenta w węższym rozumieniu to jego dobro *jako pacjenta*. Dobro pacjenta w rozumieniu szerszym to jego dobro *jako człowieka*. Pacjent jako pacjent potrzebuje zdrowia i właśnie to stanowi jego dobro. Pacjent jako człowiek potrzebuje więcej. Do jego całościowego dobra należy wiele innych rzeczy, różne inne cząstkowe dobra, które z tego punktu widzenia można by łącznie określać jako „niemedyczne”. Pośród tych niemedycznych lub pozamedycznych dóbr pacjenta jako człowieka znalazłyby się przede wszystkim takie, których nie jest on w stanie osiągnąć – lub które jest mu znacznie trudniej zdobyć – bez znajomości prawdy o jego chorobie. Tak np. człowiek nie zdający sobie sprawy ze swojego obecnego stanu – i z przeznaczonego mu niebawem losu – ma o wiele mniejsze szanse na urzeczywistnienie planów życiowych, które mając tę wiedzę mógłby jeszcze spełnić: na przeprowadzenie ważnych, a dotąd ciągle odsuwanych rozmów z przyjaciółmi, na finansowe zabezpieczenie rodziny, na „posprzątanie po sobie”. Tymczasem spełnienie tych życiowych planów jest przecież dla niego – a przynajmniej może dla niego być – także czymś istotnym i dobrym. Następnie jednak, do ważnych życiowych dóbr, które posiada człowiek będący pacjentem – i których pozbawia go medyczne kłamstwo – można również zaliczać samo dobro prawdy. Są bowiem silne argumenty za tym, że wartość tego dobra nie sprowadza się do jego pożyteczności. Jeżeli dobrze jest znać prawdę, być w jej posiadaniu, to nie tylko ze względu na to, co się z *niej* ma, co ona nam daje. Jest to dla nas czymś dobrym również przez to samo, że mamy *ją samą* – że posiadamy ją w naszym umyśle, w rezerwuarze naszych przekonań lub sądów. Życie kogoś, kto wprowadzie doświadcza radości, ale radości opartej na błędzie, np. w początkach śmiertelnej choroby ciesząc się domniemanym niespożytym zdrowiem, tym samym nie jest życiem w pełni wartościowym. Nie znaczy to od razu – lub nie musi znaczyć – że jest ono życiem, którego lepiej byłoby wcale nie przeżyć, a więc w ogóle niegodnym wyboru, albo przynajmniej nie zasługującym, aby przełożyć je nad życie w prawdzie, lecz w rozpacz. Niemniej nie jest ono wyposażone we wszystkie pożądane przez nas i poszukiwane w nim dobra.

Jakim więc „dobrem pacjenta” powinien kierować się lekarz – węższym czy też szerszym? Czy zatem powinien mieć na względzie jedynie to dobro, które posiada, zdobywa lub traci *pacjent jako pacjent*, czy również to, które jest posiadane, zdobywane lub tracone przez *człowieka będącego pacjentem*? Ktoś mógłby na to zapewne powiedzieć: zależy, o jaką jego powinność pytamy – czy o tę, która obowiązuje go *jako lekarza*, czy też o obowiązek *człowieka*, który jest lekarzem. Lekarz jako lekarz byłby zobowiązany jedynie do tego, aby troszczyć się o zdrowie, o życie, a zatem o medyczne dobro pacjenta; nie miałby obowiązku dbać np. o to, aby pacjent uporządkował to, co pozostawia, lub aby przeżył resztę życia bez złudzeń i w prawdzie. Względ na te inne, pozamedyczne dobra, interesy lub plany pacjenta mógłby być natomiast obowiązkiem lekarza jako człowieka.

Takiemu postawieniu sprawy trudno cokolwiek zarzucić, jeżeli nie łączy się z nim założenie, że lekarz powinien spełniać przede wszystkim obowiązki swoje dla siebie, tzn. lekarskie, i w razie ich konfliktu z obowiązkami powszechnymi, „ogólnoludzkimi”, spychać te drugie na dalszy plan. Z tym ostatnim poglądem nie sposób się zgodzić. Aby wykazać jego fałszywość, możemy użyć pewnej analogii: zestawić relację łączącą lekarza z pacjentem oraz relację „nauczyciel – uczeń”. Gdy zapytamy, czym powinien kierować się nauczyciel w swoim postępowaniu w stosunku do ucznia, usłyszymy znowu: dobrem tego ucznia. Dobrem ucznia jako ucznia jest nie co innego, jak zdobywana przez naukę wiedza – wiedza czy to teoretyczna, czy to praktyczna (czyli umiejętność). Jest jednak jasne, że nauczyciel – i to już nawet *jako nauczyciel* – nie powinien dążyć wyłącznie do tego, by jego uczeń zdobył jak najwięcej wiedzy lub też wyrobił w sobie jak najwięcej umiejętności, nawet gdyby miał je zyskać czy też nabyć np. kosztem utraty zdrowia albo za cenę drastycznych wyrzeczeń. W tym sensie trzeba raczej podkreślić, że również nauczyciel jako nauczyciel, mimo iż ma na względzie szczególnie dobro ucznia jako ucznia, nie może tracić z oczu innych rzeczy, które składają się na jego pełne dobro, a zatem przeznaczonych mu i potrzebnych „dóbr niedydaktycznych”, i że w pewnych okolicznościach powinien dawać im nawet pierwszeństwo, stawiać je wyżej niż dobro wiedzy.

Tak jak z nauczycielem jest również z lekarzem. I on zatem zobowiązany jest dążyć nie tylko do medycznego dobra pacjenta, czyli do jego zdrowia, dobrego samopoczucia lub trwania przy życiu, lecz także do jego dobra pozamedycznego, nawet jeśli to ostatnie – jak spełnienie życiowych planów leczonej osoby lub jej świadomość prawdy i wolność od złudzeń – będzie dla niego celem tylko negatywnym, tzn. raczej czymś, w czego osiągnięciu nie powinien on tej osobie przeszkadzać, aniżeli czymś, co powinien jej pomóc osiągnąć. Ale jeżeli tak – jeżeli dobrem pacjenta, którym musi kierować się lekarz, powinno być jego dobro całościowe, medyczne i pozamedyczne – to stąd wynikają kolejne obiekcje co do dopuszczalności „kłamstwa dla dobra pacjenta”. Bo nawet gdyby zdarzyło się tak, że owo „medyczne kłamstwo” w odniesieniu do danej osoby będzie faktycznie najbardziej sprzyjać jej zdrowiu i samopoczuciu, np. chroniąc ją przed depresją, utratą nadziei i czarną rozpaczą, to nie oznacza to jeszcze, że będzie też ono leżeć w jej szeroko pojmowanym interesie życiowym, służyć jej całościowemu dobru. Albowiem zdrowie pacjenta to jeszcze nie wszystko – nie wszystko, co składa się na całość jego życiowego dobra. I może się okazać, że „zdrowotne” pożytki z medycznego kłamstwa będą w ostatecznym rozrachunku zbyt nikłe, by zrównoważyć straty wyrządzone jej innym składnikom.

Dobro i autonomia

I wtedy jednak, kiedy godzimy się na to, że zdarzają się takie wypadki, w których medyczne kłamstwo służy nie tylko zdrowiu, lecz w ogóle dobru okłamanego pacjenta – i wtedy jeszcze nie jesteśmy zmuszeni przyznawać, że w takich razach to kłamstwo jest moralnie usprawiedliwione. Lekarz powinien kierować się dobrem pacjenta, jest jednak sporne, czy jedynie nim. Czy nie powinien on w swoich decyzjach dotyczących zdrowia i życia pacjenta powodować się także czymś innym i jakby etycznie wcześniejszym: nie jego dobrem, ale jego wolą? Czy zatem przed wprowadzeniem w błąd ciężko chorego, przed zatajeniem albo zniekształceniem prawdy o jego chorobie nie powinien on zastanowić się nad tym, czy chory *chce* znajdować się w błędzie – czy nie chce raczej poznać najstraszniejszej prawdy?

Pytanie, czy lekarz powinien kierować się dobrem czy wolą pacjenta – tym, co pacjentowi rzeczywiście służy, czy też tym, co on wybiera – można by pewnie uznać za bezprzedmiotowe, gdyby spełnione były dwa warunki: gdyby każdy pacjent wiedział, co będzie dla niego dobre, i gdyby zawsze wybierał to, co uważa za dobre dla siebie. W rzeczywistości wszakże ani jedno, ani drugie nie zachodzi: pacjenci zarówno mylą się w ocenie tego, co tak naprawdę wyjdzie im na dobre, jak i nierzadko nie kierują się w swoich decyzjach tą własną (mylną lub trafną) oceną: wybierają co innego niż to, co sami uważają za lepsze dla siebie. W konsekwencji obydwu tych faktów pomiędzy wolą pacjenta a jego prawdziwym dobrem – w tej mierze, w jakiej może być ono znane lekarzowi – zachodzi niekiedy sprzeczność, i w takich razach lekarz nie może uniknąć pytania, której z tych dwóch ścierających się racji ma przyznać pierwszeństwo: czy np. zdradzić pacjentowi prawdę, którą ten chce poznać, lecz która go zrani, czy też wbrew jego woli zataić ją przed nim.

Jedna i druga odpowiedź daje się usprawiedliwić przez odwołanie się do pewnej zasady etycznej. Pierwsza z nich – tzn. maksyma: „zgodnie z interesem pacjenta, choć wbrew jego woli” – wspiera się, jak już wiemy, na zasadzie czynienia dobra lub nieczynienia zła: „lekarz powinien kierować się dobrem...”. Drugą linię postępowania, znajdującą swój wyraz w maksymie: „zgodnie z wolą pacjenta, nawet jeśli na przekór jego interesom”, wspiera inna kardynalna zasada etyczna, którą nazywa się *zasadą autonomii*. Zgodnie z tą ostatnią każdy dorosły i „kompetentny” (tj. zdolny do racjonalnej decyzji) człowiek ma prawo sam decydować o tym, co się z nim robi, a czego nie robi, co mu się mówi, a czego nie mówi, o ile tylko jego wybory mieszczą się w granicach moralnej dopuszczalności, tzn. nie wyrządzają krzywdy nikomu innemu. „Ma prawo decydować” znaczy przy tym, że jego decyzje powinny być uszanowane: że jeśli np. po racjonalnym namyśle decyduje się on zrezygnować z zalecanej mu operacji, to nie powinno się go do niej nakłaniać lub zmuszać, nawet kiedy tę jego formalnie racjonalną decyzję uważa się za błędną albo nierozsądną, a zatem materialnie nieracjonalną.

Zasada autonomii każe nam się zgodzić, że żadnemu pacjentowi nie wolno odmawiać nawet potencjalnie szkodliwych informacji o jego chorobie, jeśli tylko

on sam chce je otrzymać. Rodzi się jednak pytanie: a co, jeśli nie chce? Co zatem powinno się zrobić, jeżeli pacjent nie chce poznać prawdy, jeżeli zasłania się przed nią? Czy powołując się na ową zasadę mamy mu wówczas przyznać prawo do niewiedzy, tak jak przyznajemy mu prawo do wiedzy lub prawo do prawdy?

Jest pewien pogląd, który zdaje się podważać tę symetrię pomiędzy prawem do prawdy a prawem do niewiedzy, czy wręcz do nieprawdy. Zgodnie z tym stanowiskiem – nazwę go *skrajnym pryncypializmem* – mówienie prawdy pacjentom, czy też przynajmniej niemówienie im nieprawdy, nieokłamywanie ich, jest bezwzględny, przez nic nie warunkowany i od niczego nie zależny obowiązkiem lekarza, jak zresztą każdego innego człowieka. Ten bezwarunkowy obowiązek prawdomówności obowiązuje również niezależnie od tego, czy pacjent chce znać prawdę, czy też nie chce – czy życzy sobie prawdziwych informacji, czy też wyraźnie wzbrania się przed nimi. Niektórzy pacjenci bronią się bowiem przed prawdą, zasłaniają się przed nią, wolą tkwić w krzepiącym błędzie, albo przynajmniej w złudnej niepewności. Jednakże osoba, która w swoich decyzjach nie chce kierować się dostępną jej prawdą, tym samym niejako zrzeka się statusu osoby jako istoty obdarzonej rozumem; można by rzec, że jako osoba popełnia ona wówczas szczególnego typu samobójstwo – *samobójstwo racjonalne*. Immanuel Kant argumentował, że ktoś, kto dopuszcza się zwyczajnego, fizycznego samobójstwa, np. po to, by uniknąć cierpień, tym samym traktuje swoją rozumną istotę (swoje „człowieczeństwo”) nie jako cel sam w sobie, lecz tylko jako środek do celu, który stanowi dlań właśnie uniknięcie bólu. To samo można by – zgodnie zresztą z poglądem kantowskim – powiedzieć i o tym, kto decyduje się na samobójstwo racjonalne, wyrzekając się prawa do prawdy. I tak jak w zwyczajnym lub fizycznym samobójstwie – według rozpowszechnionej opinii etycznej – nikomu nie wolno pomagać, tak samo etycznie niedozwolona byłaby również pomoc w opisywanym samobójstwie racjonalnym, czyli jak gdyby „kłamstwo na życzenie”.

Ten skrajny pryncypializm wydaje się jednak niezgodny z radykalnie rozumianą zasadą autonomii. Zasada ta każe nam bowiem uszanować *wszystkie* niekrzywdzące dla innych decyzje, które podejmuje istota obdarzona rozumem,

także i te, przez które w pewnym sensie wyrzeka się ona rozumu: komuś, kto świadomie postanawia, że woli nie wiedzieć – nie wiedzieć, na co naprawdę jest chory, jaki prawdopodobny przebieg będzie mieć jego choroba i jaki jest jej spodziewany kres – mamy obowiązek oszczędzić tej wiedzy, choćbyśmy w tym celu musieli podtrzymać w nim błędne mniemanie, wprowadzić go w błąd, nawet okłamać. Zasada autonomii jako oręż w sporze o moralną dopuszczalność medycznego kłamstwa jest zatem bronią bardzo obosieczną.

Bibliografia

- Bok [1991] – S. Bok, *Lies to the Sick and Dying*, w: *Biomedical Ethics*, red. T. A. Mappes, J. S. Zembaty, 3. ed., New York 1991, s. 74-81.
- Guiora [1989] – A. Z. Guiora, *Freedom of Information vs. Freedom from Information*, w: T. L. Beauchamp, LeRoy Walters, *Contemporary Issues in Bioethics*, 3. ed., 1989, s. 382-383.
- Hooker [1989] – W. Hooker, *Truth in Our Intercourse with the Sick*, w: T. L. Beauchamp, LeRoy Walters, *Contemporary Issues in Bioethics*, 3. ed., 1989, s. 377-380.
- Weir [1983] – R. Weir, *Truth-telling in Medicine?*, w: *Moral Problems in Medicine*, red. S. Gorovitz i in., 2. ed., Prentice Hall 1983, s. 202-213.