

Prawda dla chorych czy prawda dialogu? (uwagi do wprowadzenia prof. Galewicza)

Bogdan de Barbaro

Na początku jest relacja.

(M. Buber, *O Ja i Ty*, tłum. Jan Doktor)

Świat To jest spójny w przestrzeni i czasie.

*Świat Ty nie jest spójny ani w przestrzeni,
ani w czasie.*

(M. Buber, *O Ja i Ty*, tłum. Jan Doktor)

Uwagi wstępne

Moje uwagi będą miały charakter zastrzeżeń do wprowadzenia prof. Galewicza. Chociaż będę się koncentrował na wątpliwościach, pragnę zaznaczyć, że owo wprowadzenie dużo mi dało: porządkując problem, formułując „za i przeciw” i przedstawiając obustronne argumenty. Lecz zarazem owo uporządkowanie budzi moje główne wątpliwości. Przede wszystkim nie mam pewności, czy sposób ujęcia problemu przyjęty przez prof. Galewicza jest adekwatny do analizowanego problemu. Można przyjąć różne perspektywy, lecz twierdzę, że w tym przypadku najbardziej użyteczne jest nie tyle logiczne uporządkowanie, lecz optyka filozofii dialogu. Nie będąc filozofem z wykształcenia nie potrafię tego rzetelnie wykazać, lecz z perspektywy praktycznej (lekarza, psychiatry) narzuca mi się nieodparte przekonanie, że analizując pytanie o prawdomówność lekarza wobec pacjenta, należy przede wszystkim badać relację między nimi oraz charakter dialogu, jaki się między nimi toczy.

Relacja lekarz – pacjent

Teza Martina Bubera zawarta w motcie mojego wywodu („Na początku jest relacja”) dotyka w analizowanym zagadnieniu istoty rzeczy: problem „prawda v.

falsz” nie istnieje w oderwaniu i w sposób, w jaki mógłby istnieć np. w dziedzinie prawa czy logice matematycznej. Tu bowiem rzecz dotyczy fragmentu rozmowy: jedna osoba coś mówi do drugiej i w dodatku każda z tych osób ma ściśle określone atrybuty (jedna **osoba** cierpi i niepokoi się o swoją przyszłość, a druga **osoba** ma za zadanie ulżyć w cierpieniu i przewiduje – bardziej lub mniej dokładnie – przyszłość tej pierwszej osoby). Z tego wynikają poważne konsekwencje:

Powiedzenie prawdy lub nieprawdy w tym przypadku nie może być rozpatrywane jako akt jednorazowy i jednokierunkowy. To jest w swojej istocie fragment dialogu, proces interakcyjny, którego pacjent jest aktywnym uczestnikiem. W tej rozmowie bynajmniej nie tekst lekarza jest pierwotny. Pierwotna jest wypowiedź pacjenta: (werbalne bądź niewerbalne) otwarcie lub zamknięcie się na słowa lekarza. Zachęta lub zakaz. To właśnie z pytania zadanego wprost albo z wyrazu twarzy, albo z samego spojrzenia lekarz może domniemywać, na ile pacjent przystępuje do rozmowy o swoim zdrowiu. W jakim stopniu pacjent chce znać swą „biologiczną przyszłość”? W jakim stopniu nie chce jej znać, nie jest na tą wiedzę emocjonalnie i egzystencjalnie otwarty? Rozstrzygnięcie w tej sprawie to dla lekarza zadanie nieproste, skoro pacjent w krytycznym dla siebie momencie (krytycznym, bo sytuacja dotyczy problemu krytycznego dla życia, a nie banalnego i codziennego) z natury rzeczy może być pełen ambiwalencji. Tym większe wyzwanie stoi tu przed sztuką lekarskiej rozmowy: niezbędna jest umiejętność lekarza odczytania tekstu zawartego w słowach i gestach pacjenta.

Czy lekarz jest zainteresowany i zaciekawiony przekazem pacjenta? Innymi słowy: w jakim stopniu lekarz, zanim zakomunikuje swoją wiedzę, poczuwa się do sprawdzenia, czy pacjent chce znać dramatyczną prawdę o nadchodzącej śmierci? Zależy to od wielu czynników, wśród których szczególnie ważnymi są podstawowa wiedza z zakresu psychologii lekarskiej¹, a może jeszcze bardziej:

¹ Rozumiem, że nie badamy tu praktyki społecznej i nie oceniamy, w jakim stopniu polscy lekarze potrafią dojrzałe podejmować tego typu rozmowę z pacjentem. Jednak program studiów medycznych jest – na szczęście – bardziej wymagający wobec przyszłych lekarzy, niż prof. Galewicz, który uznaje, w nieco innym kontekście, że do zrozumienia przeżyć pacjenta potrzebne

dojrzałość emocjonalna lekarza, jego osobiste „przepracowanie” problematyki śmierci i przemijania oraz stopień wypalenia zawodowego.

Z tym wiąże się następne pytanie, na ile lekarz jest w stanie ten przekaz pacjenta zrozumieć i właściwie odczytać. Jak wielkie by nie było ryzyko pomyłki w odczycie komunikatu pacjenta, ta pomyłka może być zmniejszana właśnie poprzez dialog. Bowiem dopiero umiejętna rozmowa, taka która uwzględnia informacje zwrotne (znowu: werbalne i pozawerbalne) daje szansę uwzględniania Drugiego.

Przyglądając się współczesnej medycynie nie trudno zauważyć w niej tendencji, które postawę dialogu mogą utrudniać i takie, które tej postawie sprzyjają. Z jednej strony mamy do czynienia z nieprawdopodobnymi postępami biomedycyny, z algorytmami postępowania, ze standardami WHO i innymi zjawiskami, które mogą **oddalać osobę lekarza od osoby pacjenta**, z drugiej strony coraz więcej się mówi o *shared decision medicine*, w której pacjent występuje jako **partner lekarza** i współdecyduje o procedurach diagnostycznych i terapeutycznych. W medycynie, w której diagnoza nie jest słowem-zaklęciem dla wtajemniczonych (najlepsze są zaklęcia po łacinie), lecz słowem-kluczem porozumienia, podstawą. (Ależby medycyna była piękna, gdyby się udało połączyć zalety obu tych trendów i ominąć ich wady.)

W świetle powyższego: prawdomówność bądź kłamliwość lekarza wobec pacjenta nie jest abstrakcyjnym sądem orzekającym, lecz częścią dialogu. To, co się w tym dialogu dzieje powinno zależeć od obu uczestników dialogu, przy czym na lekarzu spoczywa odpowiedzialność umiejętnego rozumienia przekazu pacjenta oraz odpowiedzialność uwzględnienia tego przekazu.

Jeśli tak, to rozstrzygnięcie dylematów lekarza (Mówić? Nie mówić? Ile mówić? Jak mówić?) nie podlega (nie powinno podlegać) jego arbitralnej decyzji, lecz powinno zależeć od procesu dialogicznego.

są „psychologiczne czy też psychiatryczne kompetencje, których większość lekarzy [...] raczej nie posiada”. Jeśli tak jest (boję się, że zaiste tak w znacznym stopniu jest), to jest to zaniedbanie poważne, na które nie wolno się zgadzać. Jednym z tematów zajęć z psychologii lekarskiej na studiach medycznych jest właśnie zagadnienie kontaktu z osobą umierającą.

Wiedza medyczna: wiedza niepewna

Przechodząc do kolejnej, ważnej dla mnie, wątpliwości odwołam się do drugiego buberowskiego motta, w którym mowa jest o braku spójności i – rozszerzę – jednoznaczności w świecie ludzkim i międzyludzkim.

Wbrew przyjętemu przez prof. Galewicza założeniu, praktyka nie potwierdza istnienia w medycynie logicznej dychotomii „prawda v. kłamstwo”. Można raczej mówić – zwłaszcza w zakresie tzw. prognozy – o poziomach prawdopodobieństwa. Lekarzom być może byłoby łatwiej, gdyby dysponowali **wiedzą pewną**. Ale często się zdarza, że brak jest podstaw do odgrywania przed pacjentem (a także – podświadomie – przed samym sobą) roli „wszechwiedzącego” („Wszechwiedzącego”?). A zatem dysjunktywność prawda v. fałsz „nie zawsze działa”. Czasem jest tak, że na pytanie pacjenta: „Co mi jest?” lekarz nie dysponuje ani prawdziwą ani fałszywą odpowiedzią, nawet wtedy, gdy stan pacjenta jest ciężki. Czy w tej sytuacji ma sens „prawdziwa” odpowiedź: „Nie wiem, co Panu (-i) jest. Wiem, że jest Pan (-i) w ciężkim stanie”? Owa niejednoznaczność w stopniu istotnym rozmywa kategorię prawdy i dodatkowo jest przesłanką przemawiającą za traktowaniem problemu „prawdy dla chorych” z perspektywy dialogu.

Wiąże się z tym inna pułapka, w którą mógłby wpaść zwolennik „prawdy obiektywnej”. Jest mało prawdopodobne, by to samo słowo miało to samo znaczenie w umyśle nadawcy, co w umyśle odbiorcy. A jeżeli dotyczy to spraw tak „gorących” emocjonalnie i egzystencjalnie, jak to ma miejsce w rozmowie między lekarzem a osobą ciężko chorą, na „obiektywny” odbiór nie ma szans. Jest czymś zasadniczym, że w samym suchym akcie komunikacji, co innego zostanie powiedziane, co innego usłyszane. Podam prosty przykład. Lekarz mówi do swojego pacjenta: „To jest nowotwór operacyjny” (i to jest – przyjmijmy – prawda z obiektywnego punktu widzenia). Lecz osoba, której to dotyczy, zanurzona jest w śmiertelnym (!) strachu i niepokoju, usłyszy: „Czeka cię rychła śmierć”. Czy w takim razie nadawca powiedział prawdę? I tak i nie: powiedział prawdę, bo powiedział to, co uważał za obiektywnie prawdziwe, ale „powiedział nieprawdę”, bo w akcie komunikacji doszło do „przetrażenia” informacji przez emocje

odbiorcy. Pacjent nie był w stanie zasymilować tekstu podanego przez lekarza. W konsekwencji do odbiorcy dotarła nieprawda. I znów, bez potraktowania dialogu jako metody uzgadniania znaczeń, bez wiedzy, czy wypowiedziane słowa zostały przez odbiorcę zrozumiane zgodnie z intencją nadawcy, pojęcie „prawdomówności w medycynie” staje się abstrakcją.

Natomiast dialog jest czymś głębszym i **prawdziwszym** niż jednostronny przekaz. I to oznacza, że kategorie „prawda”, „kłamstwo” w tym kontekście nie są kategoriami „zerojedynkowymi” i tak jednoznacznymi, jak np. w logice matematycznej. Są częścią dialogu. Jak to rozumieć?

Postaram się swój punkt widzenia zilustrować przykładem z dziedziny psychiatrii. Jeżeli pacjent ma urojenia, np. jest przekonany, że w jego organizmie został zamontowany radioaktywny nadajnik, to lekarz nie będzie mu bezskutecznie perswadował, że to nieprawda. Psychiatra będzie cierpliwie (licząc także na to, że farmakoterapia osłabi urojeniowe przekonania) tworzył relację bezpiecznego dialogu tak. A w momencie, gdy pacjent będzie bardziej otwarty na inne, niż swe własne przekonania, psychiatra będzie mógł przedstawić swój pogląd. To będzie proces, rozciągnięty w czasie, subtelnie przebiegający między dwiema osobami. A to, co powie psychiatra będzie zależało od „kąta otwarcia” pacjenta. Zaś „kąta otwarcia” pacjenta będzie zależał od tego, jaka będzie jakość wypowiedzi lekarza (jakość: umiejętne tworzenie klimatu bezpieczeństwa i zaufania, respektowanie partnera rozmowy, jego tożsamości, jego zmieniającej się gotowości do zmiany przekonań).

Tak więc, to co się dzieje w rozmowie lekarz – pacjent jest w swojej istocie dialogiem i prawom dialogu podlega.

Mógłby ktoś powiedzieć, że przykład pacjenta chorego psychicznie jest nieadekwatny, bo dotyczy osoby pozbawionej władzy wydawania adekwatnych sądów. Śmiem jednak twierdzić, że (przynajmniej w tym kontekście) różnica między osobą zdrową psychicznie a pacjentem urojeniowym to jedynie kwestia ilościowa. Odwołanie się do osoby doświadczającej urojeń pozwala wyraźniej zobaczyć to, czego każdy człowiek „zdrowy na umyśle” doświadcza (w większym lub mniejszym stopniu), mianowicie: **ograniczeń poznawczych wynikających z**

przyczyn emocjonalnych. I w szponach tych ograniczeń pozostajemy stale, natomiast nie stale sobie z tego zdajemy sprawę (jak bardzo by to nie brzmiało pesymistycznie).

Przypis do „Prawda a dobro”

Warto tu zwrócić uwagę, że definicja zdrowia przyjęta przez Światową Organizację Zdrowia² mówi o wielopłaszczyznowym „dobrostanie”. Takie szerokie traktowanie zdrowia co prawda może prowadzić do „imperialnych” konsekwencji medycyny współczesnej, określanych też łagodniej jako „medykalizacja kultury”³, lecz jednocześnie tworzy nacisk na osobowy i społeczny wymiar leczenia. W świetle definicji WHO, lekarz ma za zadanie dbać o coś więcej niż tylko usuwanie objawów. A zatem lekarza obowiązuje uwzględnianie dobra pacjenta, rozumianego jako osobę (także: „osobę wśród innych osób”), a nie tylko organizm. Jest to zgodne z uwagą prof. Galewicza, że lekarz jest zobowiązany uwzględniać pozamedyczne aspekty życia pacjenta.

Przypis do „Dobro a autonomia”

Prof. Galewicz przeprowadzając swój wywód używa zwrotu: „...każdy dorosły i »kompetentny« (tj. zdolny do racjonalnej decyzji) człowiek ma prawo...”. Otóż, o ile nie ma kłopotu ze zdefiniowaniem pojęcia dorosłości (poprzez odniesienie się do daty urodzenia), o tyle precyzyjne określenie, kto jest „zdolny do racjonalnej decyzji” jest w moim przekonaniu niemożliwe, chyba żebyśmy się odwoływali do pojęcia poczytalności (stojącego na styku prawa i psychiatrii). Jest jednak to pojęcie na tyle wąskie (z grubsza rzecz biorąc, odnosi się do stanów psychotycznych), że nie zawiera w sobie całej niezwykle szerokiej gamy osób (i sytuacji), kiedy o postępowaniu człowieka decyduje to, co emocjonalne. Jak wyżej wspomniałem, praktyka – niekoniecznie psychiatryczna – wskazuje, że myśl o

² „Zdrowie jest stanem pełnego fizycznego, umysłowego i społecznego dobrostanu [*well-being*], a nie jedynie brakiem dolegliwości [*infirmity*]”. Preambuła Konstytucji WHO z 1946 r.

³ Na terenie psychiatrii wyraża się dylematem „*bad or mad*”, czyli rozważaniem, czy danego przestępstwa nie traktować jako funkcji zaburzeń umysłowych, co w konsekwencji prowadziło do uznania niepoczytalności.

istnieniu „człowieka racjonalnego” („bez-emocjonalnego”) jest „nieracjonalna” (nie znajduje pokrycia w rzeczywistości⁴). I chociaż można znaleźć sytuacje, kiedy człowiek jest w miarę spokojny (zewnętrznie!), to w każdym razie trudno sobie wyobrazić kogoś, kto by dysponował „racjonalnym namysłem” w okresie chorowania i w sytuacji niepewności związanej z tym chorowaniem.

Przyczynek do dyskusji: casus psychiatryczny

Na koniec pragnę przedstawić refleksję o prawdomówności w medycynie z perspektywy dla mnie, jako psychiatry, najbliższej. Jakkolwiek wykracza to poza zagadnienie prawdomówności lekarza w obliczu zbliżającej się śmierci pacjenta, to jednak może stanowić pewną ilustrację głównego problemu.

Otóż, gdy osoba chora na zaburzenie, które według kryteriów WHO określa się „schizofrenią”, pyta o diagnozę, należałoby zgodnie ze stanowiskiem „skrajnego pryncypializmu” (a może nawet niekoniecznie do niego się odwołując) odpowiedzieć jej: „Pana (Pani) diagnoza brzmi: schizofrenia”. W ten sposób do cierpienia wynikającego z samej choroby dołączono by cierpienie wynikające z konotacji związanej z tą nazwą. Bowiem społeczna konotacja tej nazwy jest skrajnie (i nieadekwatnie) pesymistyczna, dodatkowo „ekskomunikująca” pacjenta, zniechęcająca go do leczenia, wprawiająca rodzinę pacjenta w depresję, poczucie winy i lęk o przyszłość. Podana w izolacji spełniałaby funkcję negatywnej samospełniającej się przepowiedni. Dopiero rozmowa (rozmowy) o tym, co ta nazwa znaczy dla każdej z osób pozostających w systemie leczącym oraz przejście z medycznych skrótów na poziom osobisty pozwoli lekarzowi włączyć się w narrację osoby cierpiącej. Wówczas lekarz ma szansę „zdjąć klątwę” z nazwy poprzez omówienie znaczenia tej nazwy lub/i poprzez zawieszenie tej nazwy.

Przykład ten wskazuje, moim zdaniem, nie tylko na społeczne i kulturowe uwarunkowanie medycznych poczynań (czego niekiedy nie dostrzegają lekarze

⁴ Zauważyłem, że filozofowie często posługują się kategorią „zdrowego rozsądku” lub „racjonalności”. W tym miejscu korzystam z pretekstu, by te kategorie oskarżyć o to, że są one dramatycznie nieostre i tylko pozornie coś wyjaśniające. Nie wierzę w „nieemocjonalność”, tak jak nie wierzę w moc wyjaśniającą dychotomii racjonalność - emocjonalność.

traktujący medycynę jako „biologię stosowaną”), ale także – kolejny raz w tym wywodzie – na fakt, że diagnoza powinna być częścią dialogu.

Zakończenie

Być może moje uwagi zbyt odnosiły się do kwestii praktycznych (co gorsza: psychiatrycznych) i za mało sięgały do uogólnień porządkujących problem. Pocięszam się jednak tym, że istotą tej dyskusji ma być właśnie styk teorii z praktyką. Jako lekarz psychiatra starałem się w swoich wywodach odwoływać do tego drugiego aspektu. Jednocześnie jestem świadom, że szereg ważnych i interesujących kwestii zostało pominiętych, a sprawa prawdomówności została ograniczona jedynie do kwestii związanych z prawdomównością w obliczu śmierci⁵.

Gdybym miał w jednym zdaniu zawrzeć swoje przekonania na temat postulatu prawdomówności lekarza, powiedziałbym, że obowiązkiem lekarza jest pozostawanie z pacjentem w odpowiedzialnym i umiejętnym dialogu, a „prawdomówność” ma być tego dialogu funkcją.

⁵ Pominięta została np. ta szczególna sytuacja, kiedy pacjent otrzymuje od lekarza *placebo*, a więc dochodzi do „kłamstwa z premedytacją”.