

O argumentach za medycznym kłamstwem

Włodzimierz Galewicz

Wprowadzenie

Z wielu ciekawych i ważnych problemów, do których nawiązali już szanowni uczestnicy tej debaty – dla prostoty pomijam ich naukowe stopnie i tytuły, prosząc też o wzajemność w tym względzie – [...] chciałbym poruszyć kilka [...].

Osią moich uwag będzie przydatna systematyzacja, którą podaje w swojej wypowiedzi Alicja Przyłuska-Fischer. Otóż odnosząc się do tradycyjnego poglądu, zgodnie z którym lekarz nie powinien mówić prawdy pacjentowi – a nawet powinien mu mówić nieprawdę – jeżeli raczej nieprawda aniżeli prawda służy jego medycznie rozumianemu dobru, autorka pisze:

Uzasadnienie tego stanowiska odwoływało się do czterech argumentów. Po pierwsze, ujawnianie informacji o niepomyślnym rokowaniu wchodzi w konflikt z obowiązkiem dobroczynności i zasadą niekrzywdzenia. Po drugie, ograniczenia wiedzy medycznej pozwalają zakładać, że przewidywania lekarza dotyczące rozwoju choroby i okresu przeżycia pacjenta nie są całkowicie pewne. Po trzecie, pacjenci nie są w stanie zrozumieć treści przekazywanych im informacji. Po czwarte, pacjenci na ogół nie chcą znać prawdy, nawet jeśli wyraźnie się jej domagają.

W przytoczonej wypowiedzi użyty jest wprowadzenie czasu przeszłego („odwoływało się”), ale byłoby błędem sądzić, że przypomniane tutaj argumenty są już martwe. Wystarczy przypatrzeć się choćby naszej dotychczasowej dyskusji, ażeby zauważyć, że nie tylko żyją, lecz na pierwszy rzut oka mają się całkiem dobrze. Warto jednak zbadać je nieco dokładniej i zastanowić się, *czy aż tak dobrze*.

Omówię więc kolejno cztery sprawy: (1) pytanie, czy preferowany wzgląd na dobro pacjenta nie kłóci z szacunkiem dla jego autonomicznych decyzji (*Autonomia a dobro*); (2) pytanie, jaką rolę w sporze o medyczne kłamstwo

odgrywa argument z niepewności (*Kłamstwo i prawdopodobieństwo*); (3) pytanie, czy niemówienie prawdy pacjentowi może być usprawiedliwiane jego niezdolnością do zrozumienia tej prawdy (*Czy chory zrozumie?*); a wreszcie (4) znaczenie argumentu, zgodnie z którym człowiek ciężko chory nie chce znać pełnej prawdy o swojej chorobie (*Czy chory chce wiedzieć?*).

Autonomia a dobro

Na lekarzu zastanawiającym się nad tym, czy zdradzić choremu prawdę o jego chorobie, spoczywają dwie powinności. Z jednej strony ma on obowiązek szanować autonomiczne decyzje pacjenta, a więc nie wzbraniać mu informacji, które pacjent chce uzyskać (ani też nie narzucać mu tych, których pacjent sobie nie życzy). Z drugiej jednak strony lekarz jest zobowiązany troszczyć się o dobro pacjenta – w miarę możliwości śpieszyć mu z pomocą, a w każdym razie nie wyrządzać szkody. Te dwie lekarskie powinności w wielu, a może nawet w większości wypadków nie kłócą się z sobą, w niektórych jednak razach popadają w konflikt i popychają lekarza do różnych decyzji. Tak mianowicie dzieje się, ilekroć pacjent życzy sobie poznać prawdę, która według wszelkiego medycznego prawdopodobieństwa nie wyjdzie mu wcale na dobre – która mu zaszkodzi.

W takich razach lekarz musi dokonać wyboru, któremu z tych ciężących na nim obowiązków przyznać w danej sytuacji pierwszeństwo: czy więc kierować się względem na jak najlepiej rozumiany interes pacjenta, czy raczej szacunkiem dla autonomicznych postaw jego woli. W tej kwestii można by podtrzymywać dwa krańcowo przeciwne poglądy. Zgodnie ze *skrajnym paternalizmem* lekarz byłby moralnie zmuszony za każdym razem wybierać to postępowanie, które uważa za najbardziej zgodne z interesem pacjentów, nawet gdyby nie było ono zgodne z ich wolą (jako że pacjent nie zawsze wie, co będzie dla niego najlepsze); tak na przykład musiałby on ukrywać przed pacjentem prawdę, która mogłaby się okazać ponad jego siły, nawet gdyby pacjent lekkomyślnie dopraszał się o nią. Zgodnie ze stanowiskiem diametralnie przeciwnym – można by je nazywać *czystym autonomizmem* – rozstrzygająca byłaby natomiast zawsze wolicjonalna postawa pacjenta; lekarz mógłby się wprawdzie starać wpłynąć na jego decyzję,

mógłby ją próbować zmienić, jednakże nie miałby jej prawa nigdy zignorować. Skrajny paternalizm jest dzisiaj poglądem dość niepopularnym (w ocenie Kazimierza Szewczyka wręcz „anachronicznym”). Jednakże również czysty autonomizm nie cieszy się bynajmniej powszechnym i pełnym uznaniem, co poświadcza chociażby Janina Suchorzewska pisząc: „Wypowiadam się za autonomią pacjenta, ale nie za wszelką cenę i nie wtedy, gdy z punktu widzenia medycyny, przeczy ona rzeczywistym interesom pacjenta”.

Choć jednak te dwa diametralnie przeciwne poglądy – zwłaszcza na elektronicznych łamach naszego czasopisma DIAMETROS – należy sobie ostro uświadomić, nie znaczy to, że którykolwiek można bez zastrzeżeń uznać. Jest raczej jasne, że pomiędzy tymi skrajnościami konieczny jest jakiś kompromis, i można się jedynie zastanawiać, jaki. Pewne pośrednie czy też pojednawcze rozwiązanie zawiera cytowany już przez innych dyskutantów artykuł 17. *Kodeksu etyki lekarskiej*:

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.

Przytoczony fragment zasługuje na pewien komentarz. Gdy w jego drugiej części dopowiada się, że „na wyraźne żądanie pacjenta lekarz powinien udzielić pełnej informacji”, należy to niewątpliwie rozumieć w ten sposób, że nie powinien on ukrywać tej pełnej informacji *nawet w wypadku*, o którym mowa jest w części pierwszej: gdy lekarz „jest głęboko przekonany, iż jej ujawnienie spowoduje bardzo poważne cierpienie chorego lub inne niekorzystne dla zdrowia następstwa”. Dlaczego więc ma on prawo – w trosce o dobro pacjenta – nie ujawniać pełnej prawdy o jego chorobie, jeżeli pacjent tego wyraźnie nie żąda? Otóż prawdopodobnie wyłącznie dlatego, że w takim wypadku wola pełnej prawdy jako autonomiczna postawa pacjenta może – a także powinna – być jedynie domniemana, ale nie może mu być przypisana z pewnością. Innymi

słowy, do tego, ażeby zatajać przed chorym nawet najzjadliwszą, najbardziej zgubną prawdę o jego chorobie, lekarz byłby uprawniony jedynie o tyle, o ile nie byłby zupełnie pewien, czy pacjent rzeczywiście chce poznać tę prawdę. W rezultacie cytowany artykuł 17. Kodeksu etyki lekarskiej, w przeciwieństwie do tradycyjnej maksymy *primum non nocere*, traktuje zasadę nieszkodzenia jako wyraźnie podrzędną w stosunku do zasady autonomii, wobec czego opaczna – jak słusznie zauważa Kazimierz Szewczyk – wydaje się ta jego interpretacja, zgodnie z którą pierwsza z tych zasad miałaby w pewien sposób górować nad drugą.

Kłamstwo i prawdopodobieństwo

Bogdan de Barbaro pisze: „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”. Nie mam wprowadzić jasności, o jakim to moim „założeniu” tu mowa, ale jeśli chodzi o to, że kłamstwo może się łączyć się również z prawdopodobieństwem – a więc że lekarz może kłamać także wtedy, gdy nie ma pewności, czy jego diagnoza lub też prognoza jest trafna – to owszem, jak najbardziej gotów jestem to podtrzymać. Przypuśćmy, że internista na podstawie zdjęcia rentgenowskiego i wieloletniego zawodowego doświadczenia ustala, że jego pacjent, kaszlący i skarżący się na ogólną słabość, *prawdopodobnie* ma raka z przerzutami na płuca. W takim wypadku lekarz skłamałby oczywiście mówiąc choremu: „To nic poważnego” albo „To tylko bronchit”. Jednakże skłamałby również, gdyby powiedział: „Jest pewne niewielkie ryzyko, że ma Pan raka z przerzutami na płuca” lub też „Nie można ponad wszelką wątpliwość wykluczyć, że jest Pan chory na raka”. Oprócz kłamstwa związanego z tym, *co* się twierdzi, a zatem „kłamstwa materialnego”, istnieje również kłamstwo wynikające z tego, *jak* się to stwierdza, „kłamstwo modalne”. Można co prawda bronić poglądu, że kłamstwo modalne jest bardziej niewinne lub częściej usprawiedliwione niż kłamstwo materialne, trudno jednak nie przyznać, że i ono jest pewnego rodzaju kłamstwem.

Kazimierz Szewczyk przytacza wypowiedź gliwickiego onkologa profesora Bogusława Maciejewskiego, który najwyraźniej opowiada się za tym, by nie odbierać nadziei chorym nawet wtedy, gdy szansa na ich wyleczenie jest bardzo niewielka i wynosi na przykład pięć procent:

Pięć procent szans znaczy przecież, że pięciu pacjentów na stu zostałyby w tym przypadku wyleczonych. [...] Nawet jeden procent szans oznacza konkretne życie. Dlatego ostrożnie z liczbami. Wolę powiedzieć po ludzku: jest nadzieja.

Powiedzieć „jest nadzieja” to jednak o wiele więcej, aniżeli stwierdzić „zachodzi pewne niewielkie prawdopodobieństwo” lub też „jest pewien cień szansy”. Tak zatem powiedzenie czegoś takiego choremu, którego szansa na wyleczenie jest jedynie cieniem, to również pewnego rodzaju kłamstwo – kłamstwo modalne. Można się wprawdzie zastanawiać, czy to „ludzkie” zdanie jest kłamstwem pożytecznym czy szkodliwym, usprawiedliwionym czy nieusprawiedliwionym, dobrym czy też złym. Ale kłamstwem *jest* – nie sposób zaprzeczyć.

Czy chory zrozumie?

Bogdan de Barbaro słusznie zwraca uwagę na pewną złożoność i problematyczność pojęcia kłamstwa, ilustrując ją takim przykładem:

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.

Zapytajmy najpierw zupełnie ogólnie: w jakiej sytuacji powiedzenie osobie Y przez osobę X, że jest tak a tak (np. że guz, który Y ma w swoich jelitach, to nowotwór operacyjny), nazwie się kłamstwem? Otóż w najściślejszym czy też najpełniejszym sensie nazwę tę stosujemy w wypadku, gdy spełnione są następujące warunki: (1) w rzeczywistości nie jest tak, jak mówi X; (2) X wie lub

sądzi, że w rzeczywistości jest inaczej; (3) X przewiduje, że Y na podstawie jego wypowiedzi przyjmie lub uwierzy, że jest właśnie tak (a także chce tego, aby tak się stało); (4) Y faktycznie przyjmuje, że sprawa ma się tak, jak mówi mu X.

Jeżeli któryś z tych warunków nie jest spełniony, wówczas mamy nieraz do czynienia z czymś, co również nazywa się kłamstwem, lecz w sensie tak czy inaczej rozluźnionym, poszerzonym, zmienionym. Może się przy tym zdarzyć, że zarówno zdanie stwierdzające pewien fakt, jak i jego zaprzeczenie będzie w danej sytuacji kłamstwem w jednym z tych luźniejszych znaczeń (choć za każdym razem w odmiennym). Tak będzie na przykład z lekarzem, który zgodnie z prawdą uważa, że guz w jelitach jego pacjenta to nowotwór operacyjny, lecz równocześnie ma podstawy sądzić, że pacjent – wzburzony lub niedokształcony – nie zrozumie wyrażenia „nowotwór operacyjny” i pojmie jego zdanie zupełnie na opak. W takiej sytuacji lekarz w pewnym sensie kłamie, gdy mówi: „To jest nowotwór operacyjny”, a w pewnym innym także kiedy mówi: „To nie jest nowotwór operacyjny”. Tej kazuistyki kłamstwa nie sposób uniknąć, ale chyba jednak nie ona przysparza nam największych kłopotów.

Czy chory chce wiedzieć?

Andrzej Szczeklik zauważa, że skoro prawda o ciężkiej chorobie przypomina pod pewnym względem „chemioterapeutyk – lek przeciwnowotworowy, który zaaplikowany w zbyt wysokiej dawce zabija”, to powinna ona być dawkowana oględnie, stopniowo. Postuluje także: „Trzeba znaleźć czas na przebycie z chorym wspólnej drogi, wiodącej do odkrycia prawdy”. Do tych pięknych słów nie sposób nic dodać. Możemy sobie chyba tylko życzyć, aby były one choćby trochę częściej wcielane w czyn w naszej szpitalnej praktyce.

Są jednak w wypowiedzi prof. Szczeklika również takie postulaty, co do których nie jestem już pewien, czy mamy sobie życzyć ich spełnienia – którymi jestem raczej zaniepokojony.

Podajmy więc jeszcze raz myślowej wiwisekcji przypadek chorego na raka pacjenta, który prosi swojego lekarza – albo nawet żąda od niego – by zdradził mu pełną prawdę o jego chorobie. Lekarz ocenia stan pacjenta jako bardzo ciężki, a

szanse na jego wyleczenie uważa za bliskie zeru. Zarazem jednak ma powody sądzić, że owa „pełna prawda”, którą miałby powiedzieć chorej osobie, nie wyszłaby jej przypuszczalnie na dobre, gdyż pozbawiłaby ją resztek krzepiącej nadziei, która inaczej... kto wie czy nie działałaby cudu i nie pozwoliłaby jej – wbrew wszelkiej indukcji – mimo wszystko powrócić do zdrowia. Co więc ma zrobić w tych okolicznościach – powiedzieć czy nie?

Tradycyjny, „twardy” paternalizm zajmował jednoznaczne stanowisko w tej sprawie: Lekarz jest zobowiązany w każdej sytuacji kierować się dobrem pacjenta. Jeżeli zatem ma podstawy sądzić, że pełna prawda o jego chorobie nie wyszłaby choremu na dobre, to nie powinien mu jej ujawniać. Powinien raczej jak tylko może chronić pacjenta przed szkodliwą prawdą, nawet gdy sam pacjent nie chce być chroniony.

Ta tradycyjna wersja paternalizmu nie jest w dzisiejszych czasach popularna. Coraz powszechniej przebija się do świadomości idea, zgodnie z którą lekarze powinni mieć wzgląd nie tylko na dobro pacjenta – lub na to, co sami uważają za dobre dla niego – lecz także na wolę chorej osoby, na jej autonomiczne decyzje. Z faktu, że twardych paternalistów właściwie już nie ma, nie wynika wszelako, że także sam paternalizm obumarł. Odrodził się on bowiem najwyraźniej, tyle że w innej mutacji, którą w odróżnieniu od pierwszej można by nazwać „miękką”. Miękki paternalista *nie ignoruje* już, ma się rozumieć, autonomicznej decyzji pacjentów, nawet jeżeli ci decydują się na coś, co (w przekonaniu paternalisty) nie leży w ich interesie. Niemniej jednak w takich razach obchodzi on ich decyzję w pewien inny sposób, a mianowicie *imputuje* im, że w rzeczywistości wcale nie żywią tej woli, którą formalnie wyrażają lub uzewnętrzniają. Gdy zatem pacjent zapewnia, że chce poznać prawdę, zwolennik zmutowanego paternalizmu niedowierzająco kręci głową i pyta: czy rzeczywiście?

Pośpiesznie przyznam, że są sytuacje, w których to ostrożne pytanie jest jak najbardziej zasadne. Tak jak przeciwnicy eutanazji słusznie argumentują, że pacjent dopominający się o pomoc w zakończeniu życia nie zawsze naprawdę chce, żeby mu pomóc, tak też i tutaj – wobec pacjenta dopraszającego się o „eutanatyczną prawdę” – pewien sceptycyzm w stosunku do jego formalnych

oświadczeń jest często na miejscu. Wygłaszający je pacjent może znajdować się w stanie silnego wzburzenia, pod wpływem silnych środków odurzających lub zaćmiewających jego umysł miazmatów choroby itp. O ile jednak dobrze rozumiem głos Andrzeja Szczeklika, jego pytanie „czy rzeczywiście” odnosi się do innych przypadków:

Czy rzeczywiście chory chce usłyszeć całą prawdę? Nawet kiedy mówi: wiem, że mam raka, jestem przygotowany na wszystko, proszę mi powiedzieć prawdę – to jego oczy mówią co innego. Powiedz mi taką prawdę, jaką chcę usłyszeć, daj mi nadzieję.

Przypuśćmy jednak, że jestem pacjentem, który podejrzewa u siebie ciężką, śmiertelną chorobę. Otóż nawet jeśli *ja* – po tak dojrzałym i spokojnym namyśle, na jaki tylko mnie stać w tych dramatycznych okolicznościach życiowych – *chcę* poznać pełną prawdę o mojej chorobie, to przecież na pewno jest we mnie coś, co wzbrania się przed tą prawdą, co się przed nią zamyka, co nie chce jej znać. I właśnie owo „coś” – czy nazwiemy to żądzą życia, czy żądzą bycia okłamywanym, czy jeszcze inną antyczną „żądzą” – wyziera wówczas z moich oczu, którym badawczo przygląda się lekarz. Prof. Szczeklik bierze wszakże tę starożytną „żądź” za wolę; zakłada zatem milcząco, że ja, który *chcę* dowiedzieć się prawdy o mojej chorobie, nie jestem wcale prawdziwym sobą – że prawdziwym mną jest raczej to we mnie, co nie chce jej poznać. Dawniejszy paternalista wiedział zawsze lepiej, co jest dobre dla jego pacjenta, nawet gdy ten chciał czegoś innego. Nowszy paternalista nie ignoruje już co prawda tego, czego chcą jego pacjenci, lecz mimo to w dalszym ciągu „wie lepiej” – wie lepiej, czego oni rzeczywiście chcą. Nie mam jasności, czy prof. Szczeklik zgłasza tym samym akces do tego neopaternalizmu, lecz odnoszę wrażenie, że niebezpiecznie zbliża się do niego.

I właśnie to założenie Andrzeja Szczeklika w jego klarownej i eleganckiej wypowiedzi *Prawda dla ciężko chorego* – jako potencjalny ciężko chory odnoszę je siłą rzeczy także i do siebie – budzi we mnie niepokój. Niepokój i sprzeciw.