

Ks. PIOTR MORCINIEC

KOMUNIKOWANIE PRAWDY CHORYM TERMINALNIE

1. Perspektywa przyjmującego trudną prawdę - 2. Perspektywa komunikującego prawdę - 3. Perspektywa etyki chrześcijańskiej

Obowiązek mówienia prawdy jest oczywisty dla wszystkich ludzi i chyba tylko tak można wytłumaczyć brak odpowiedniej dyspozycji dotyczącej tej sprawy w relacji lekarz-pacjent zarówno w przysiędze Hipokratesa, jak i w Konwencji Genewskiej. Obowiązek mówienia prawdy można jednak w zasygnalizowanym kontekście rozumieć przynajmniej na dwa sposoby: najpierw jako absolutny zakaz mówienia nieprawdy (kłamstwa), ale również jako pozytywny obowiązek przekazania informacji pacjentowi¹

Problem prawdomówności jako obowiązek zwłaszcza lekarza specyfikuje się zazwyczaj, gdy rozpatruje się go w odniesieniu do samego chorego, a w naszym przypadku chodzi o jeszcze bardziej krańcową sytuację zobowiązania do przekazania (lub nie) prawdy o złym rokowaniu, którego egzystencjalnym uosobieniem jest diagnoza nowotworowa. Problem prawa chorych do prawdy podejmuje się zasadniczo w przypadkach nowotworów złośliwych, gdyż w świadomości społecznej wiążą się one nieuchronnie ze śmiercią, choć w miarę postępu medycyny jest to coraz mniej uzasadnione. Istnieją bowiem schorzenia obarczone o wiele gorszym rokowaniem, np. SM (stwardnienie rozsiane), marskość wątroby czy AIDS²

Niewątpliwie nie ma w tym przypadku odpowiedzi rutynowych, brzmiących jednoznacznie: tak, nie. Skrajne stanowiska okazują się wstępnie nie do przyjęcia³ Optujący za całkowitym zatajeniem prawdy skazują pacjenta na życie w świecie złudzeń oraz nie uregulowanej często sytuacji życiowej, robiąc przy tym pierwszy krok na drodze zniszczenia zaufania chorego. A dzieje się to z motywu ochrony zainteresowanego! Także wołanie o tzw. "całą prawdę" jest głosem niekompetentnych osób zdrowych, które same w sytuacji choroby wolą raczej unikać pełnej prawdy⁴

¹ H. Piechowiak, *Eingriffe in menschliches Leben. Sinn und Grenzen ärztlichen Handelns*, Frankfurt a. M. 1987, 179.

² Por. A. Junosza Szaniawski, *Prawa pacjenta. Komentarz do Kodeksu etyki lekarskiej*, mps, Opole 1995, 7

³ Bardzo ciekawie o motywacji obydwu stanowisk, zob. H. Perra, *Sam nie podolam*, w: H. Bortnowska (red.), *Sens choroby, sens, śmierci, sens życia*, Kraków 1993, 221-223. Por. F. Kummer, *Kommentar zum Fall: "Wahrheitspflicht und Barmherzigkeit"* *Imago Hominis* 2 (1995) nr 2, 307

⁴ W myśl przekazanej nam przez historię maksymy lekarza Goethego: *Den Tod verkünden heißt den Tod geben* śmierć oznajmić znaczy śmierć zadać; cyt. za: H. Rottler, *Die Würde des Lebens. Fragen medizinischer Ethik*, Innsbruck-Wien 1987, 94.

Wiadomo, że postawy *zawsze i nigdy* nie mają zasadniczo w praktyce medycznej zastosowania, poza fundamentalną zasadą: *Zawsze służyć życiu i zdrowiu człowieka-pacjenta*. To wstępne założenie należy odnieść do problemu stanowiącego temat niniejszego opracowania. Problem można by oddać pytaniem: *Czy i w jaki sposób można komunikować choremu o powadze jego sytuacji? czy istnieje taki obowiązek?*, zwłaszcza jeżeli diagnoza jest radykalnie niepomyślna. Pytanie to jest tym bardziej zasadne, że według powszechnego przekonania właśnie w tej sytuacji zakomunikowanie prawdy prowadzi łatwo do odebrania pacjentowi nadziei. Odpowiedni sposób podejścia nawet do chorego załamane go prowadzi do podtrzymania nadziei *wbrew nadziei*⁵

Problem jest tym bardziej wyostrowany, że nawet osoby najbliższe choremu terminalnie zdają się unikać podejmowania tematu. Problem staje się nierzadko tak dramatyczny, że jeden z autorów może napisać: *Chory powoli umierający pozostaje nierzadko z tym problemem sam. Nawet wzorowi małżonkowie po trzydziestu, czterdziestu latach współżycia bez niedomówień i tajemnic zamykają się w sobie, kiedy są w obliczu śmierci jednego z nich. Albo uciekają się do przeczenia i świadomie oszukują się wzajemnie, albo po prostu unikają rozmowy, która pozwoliłaby drugiemu wyjść z odosobnienia. Współczesna rodzina nieczęsto decyduje się na współobecność z umierającym nawet wówczas, gdy wie, że ich ojciec czy matka cierpi na chorobę, z powodu której będzie stopniowo umierać. Fakt ten jest gotowa zrozumieć, lecz roli dla siebie w tym procesie nie widzi, chętnie odda bliską osobę do szpitala, bo tam, jej zdaniem, chory będzie miał lepszą opiekę*⁶

Dlaczego najbliżsi nie wypełniają swoich moralnych zobowiązań wobec umierających? Czy jest to tylko niewiedza, czy świadoma ucieczka? Stwierdzenie takich postaw wobec śmierci kogoś bliskiego każe pytać o zdolność współczesnego człowieka do umiejętnego towarzyszenia choremu terminalnie, zwłaszcza w wymiarze jego prawa do prawdy.

Zanim sformułowane zostaną odnośne wskazania etyczne (3) warto spojrzeć na zagadnienie zarówno z perspektywy odbiorcy niełatwej prawdy (1) jak i z punktu widzenia komunikującego tę prawdę - najczęściej lekarza (2).

1. Perspektywa przyjmującego trudną prawdę

Wyjdźmy od opisu zachowań chorego poczynionego przez lekarzy. Świadomość złego stanu zdrowia może powodować u pacjenta różne reakcje uwarunkowane zazwyczaj jego osobowością. Najczęściej mamy do czynienia z psychopatologicznym stanem objawiającym się albo ucieczką w milczenie, albo lękiem przed samotnością (ciągłe

⁵ Por. V E i d, *Hoffnung und Wahrheit in auswegloser Krankheit ein schwieriges Problem ärztlicher Hilfeleistung*, w: *Sterbehilfe oder Wie weit reicht die ärztliche Behandlungspflicht?*. Hg. V Eid R. Frey, Mainz 1978, 85.

⁶ R. P a c h e c k a - J. S o b c z y ń s k i, *Przy łóżku chorego umierającego w szpitalu. Refleksje lekarzy*, w: *Refleksje nad etyką lekarską*, red. K. Osińska, Warszawa 1990, 152-153. Por. J. R u s z k o w s k a, *Ostatnia choroba - "hospicjum"* w: tamże, 147

wzywaniu pielęgniarki), wreszcie pytaniami lękowymi o swój stan⁷ Wymijające formułki typu: *proszę się nie martwić, to przejściowy kryzys, jutro będzie lepiej* tylko wzmagają niepokój chorego. Jeśli choremu uda się opanować lęk, zwykle godzi się z perspektywą śmierci i odzyskuje spokój. Odtąd innego znaczenia nabierają następujące po sobie zdarzenia. Przyjęta przez chorego postawa bywa nawet porównywana do wzniosłości czy błogości, choć płynie raczej z przejścia na poziom wartościowania bardziej duchowego⁸

Taki opis procesu przechodzenia pacjenta do trudnej prawdy o sobie dobrze koresponduje z dość powszechnie przyjętymi etapami psychicznej przemiany chorego terminalnie, opracowanymi przez Elisabeth Kübler-Ross⁹ Przybliżenie tych etapów pozwoli na pokazanie, że nawet umiejętne podanie prawdy nieuleczalnie choremu bywa we wczesnych fazach raczej szkodliwe, natomiast w całości może być pomocne. Wspomniana autorka wyróżnia 5 etapów¹⁰:

zaprzeczanie polegające na szukaniu informacji dementujących nieuchronność śmierci;

gniew i agresja rodzące się jako reakcja na niemożność zaprzeczenia. Agresja jest ponadto buntem na niesprawiedliwość (inni żyją, ja mam umrzeć);

targowanie się - z tym, od kogo zależy odroczenie "wyroku" (lekarz lub Bóg), o przesunięcie terminu śmierci w zamian za ofiarę ze strony chorego;

depresja objawiająca się wycofywaniem się z kontaktów interpersonalnych połączona z dekatęksją, czyli z rozluźnianiem więzów emocjonalnych z otoczeniem zewnętrznym;

akceptacja - pogodzenie się ze swoim stanem i oczekiwanie śmierci, bez zbędnych reakcji emocjonalnych¹¹

Nie można jednak zapomnieć, że ewolucja postaw u chorego terminalnie nie musi przebiegać bezkonfliktowo i może zatrzymać się na którymkolwiek z wzmiankowanych etapów, niektóre mogą się także powtarzać. To tłumaczy, dlaczego wielu specjalistów z różnych dziedzin dystansuje się od pełnego informowania chorego o jego stanie zdrowia¹²

W wypowiedziach lekarzy-naukowców często wraca pogląd, że pacjent chce znać prawdę tylko wtedy, gdy jest ona korzystna, natomiast nie chce znać prawdy tragicznej. Powołują się oni na atawistyczny lęk uruchamiający nieświadome mechanizmy wyparcia. Dlatego z jednej strony pacjenci ochotnie akceptują korzystną hipotezę choroby,

⁷ Por. P e r a, art. cyt., 218-220.

⁸ P a c h e c k a S o b c z y Ń s k i, art. cyt., 154.

⁹ *Rozmowy o śmierci i umieraniu*, tłum. I. Doleżał-Nowicka, Warszawa 1979. Zob. także: R. P l o c h, *Współczesne sytuacje umierania i wynikające z nich imperatywy moralne w świetle etyki chrześcijańskiej*, Opole 1992. mps, Biblioteka WSD Nysa, 21-28.

¹⁰ P S p o r k e n, *Postępowanie z umierającymi*, w: *Z pomocą umierającym. Przyczynki do rozmowy na temat umierania i śmierci*, red. H. Nikelski, tłum. S. Szczyrbowski, Warszawa 1989, 50-69 wylicza ich siedem

¹¹ Podobne etapy wyróżniają P e r a, art. cyt., 226-230 i R u s z k o w s k a, art. cyt., 145.

¹² Por. R o t t e r, dz. cyt., 96-97

odrzucają natomiast kliniczną prawdę. Jak silny jest ten mechanizm, niech świadczy fakt, że sami lekarze, znający symptomatykę nieuleczalnej choroby, czekają na podsuniecie im hipotezy niezgodnej z biologiczną prawdą, w którą wierzą irracjonalnie¹³. Ta wiara zdaje się wypierać lęk przed śmiercią. Nieświadomość tego mechanizmu sprawia, że pacjent formalnie pytający o prawdziwe rozpoznanie czeka na "etyczne" (nieetyczne?) kłamstwo. Jako przykład podaje się rutynowe już, wprost postawione pytanie: *Czy mam raka?* Nie wymaga ono, zdaniem cytowanego autora, jasnej odpowiedzi twierdzącej lub przeczącej. Jest to bowiem nie pytanie o diagnozę, lecz o swoje przeznaczenie, o swój los, które *de facto* brzmi następująco: *Czy na pewno nie mam raka?* (faza zaprzeczenia pośredniego). Zamiast usiłowania odpowiedzi, należałoby próbować ze zrozumieniem wejść w sytuację pytającego, bowiem w przeciwnym razie można zbyt pochopnie udzielić odpowiedzi na pytanie, które w gruncie rzeczy nie zostało zadane. To pytanie nie domaga się *odpowiedzi*, lecz *rozmowy*, do której medycy niestety są za mało przygotowani¹⁴. Dlatego proponuje się nie mówić trudnej prawdy bez pytania ze strony pacjenta, a w przypadkach potrzeby wyrażenia zgody lub przy, np. nie rozwiązanych sprawach spadkowych, zaleca się przyjąć odpowiednią "taktykę"¹⁵.

Jak więc wygląda sprawa oczekiwania pacjenta na prawdę? Według danych szacunkowych dla naszego kraju około 15-20% chorych terminalnie nie akceptuje swojej nieuleczalnej choroby¹⁶. We Francji przeprowadzono w ostatnich latach ankietę, w której Liga Walki z Rakiem pytała, czy ankietowani chcieliby być poinformowani w przypadku zachorowania na raka. 89% zapytanych deklarowało, że po zachorowaniu chcieliby o tym wiedzieć. Tak wysoki procent *zainteresowanych trudną prawdą* wynikać może stąd, że ankietowani byli aktualnie w dobrym stanie zdrowia i wypowiedzieli się na temat ryzyka (i zdarzenia) hipotetycznego¹⁷. Kiedy staje się ono realne, sytuacja zdaje się wyraźnie zmieniać, co sugerują zwłaszcza wypowiedzi polskich lekarzy¹⁸.

¹³ Przy tej okazji cytuje się wypowiedź wielkiego lekarza B i e g a ń s k i e g o: *Gdybym był ciężko i beznadziejnie chory, to nie pytałbym mojego lekarza o wiedzę, lecz o serce. Wolalbym, żeby mi zamknięto powieki z nadzieją na ustach, aniżeli by powiedziano mi prawdziwą diagnozę, mój wyrok śmierci.* Cyt. za: A. W a s i k, *Obowiązek mówienia pacjentom prawdy*, Gazeta Lekarska 1992, nr 10, 19

¹⁴ P o r S p o r k e n, art. cyt., 54; P i e c h o w i a k, dz. cyt., 187

¹⁵ W a s i k, art. cyt., 19.

¹⁶ S. G l u s z e k, *Problemy porozumiewania się z chorymi terminalnie*, Gazeta Lekarska 1992, nr 10, 18.

¹⁷ B. Z a o r s k a, "Nadejdzie ten dzień." Niepokalanów 1992. 18. Z austriackich badań wynika, że zaledwie 6% ankietowanych zgadza się na oszukiwanie w diagnozie. Wszyscy pozostali opowiadają się za pełną (55%) lub niepełną prawdą (39%) w przypadku choroby terminalnej. Cyt. za: M. E d e r, *Kommentar zum Fall: "Aufklärung und Recht"* Imago Hominis 2 (1995) nr 4, 311

¹⁸ Por np. T. K i e l a n o w s k i, *Medyczne i moralne problemy umierania i śmierci*, w: *W kręgu życia i śmierci. Moralne problemy medycyny współczesnej*, red. Z. Szawarski, Warszawa 1987, 249; Z a o r s k a, dz. cyt., 17

Zachodnie badania empiryczne przyniosły w tym względzie zaskakujące wyniki, inne od sugerowanych przez rodzimych lekarzy. W ich świetle 80 do 90% chorych, także w przypadku niepomyślnej prognozy, życzy sobie wyjaśnienia swojej sytuacji. Jest więc pierwszorzędnym obowiązkiem lekarza (i innych osób odpowiedzialnych) umożliwienie pacjentowi, nawet w trudnej sytuacji, podjęcia odpowiedzialnych decyzji i rozstrzygnięć¹⁹

Ta rozbieżność stanowisk w ocenie oczekiwań samych pacjentów płynie, zdaniem Ostrowskiej²⁰, z różnych funkcjonujących wśród służby zdrowia modeli lekarza. Lekarze rodzimi, raczej w duchu paternalizmu, *wiedzą lepiej, co jest dobre dla pacjenta*, nawet kiedy ma on odmienne zdanie. Drugi model, partnerski, widzi w oszukiwaniu chorego odbieranie mu prawa do samostanowienia. Poglądy wynikające z obydwu modeli obecne są w spojrzeniu na problem z perspektywy przekazującego prawdę²¹

Sami lekarze stwierdzają, że bardzo rzadko, lub wcale, spotykają się z kategorycznym żądaniem pacjenta skrócenia jego życia. Często natomiast pacjenci proszą, aby "coś zrobić" Ta prośba w konfrontacji z lekarską bezradnością prowadzi do reakcji obronnych ze strony tego ostatniego. Zwraca się przy tym uwagę, że zbyt duża liczba chorych terminalnie na wybranych oddziałach szpitalnych prowadzi do udepresyjnienia personelu medycznego, a w szczególnych przypadkach do psychicznego "wypalenia się" poszczególnych członków zespołów medycznych²²

Z perspektywy pacjenta, osoby najbardziej zainteresowanej swoim prawem do prawdy, nie otrzymamy rozwiązania postawionego problemu, choć niewątpliwie rysuje się przewaga głosów za przekazaniem nawet niekorzystnej diagnozy. Spojrzenie oczyma drugiej strony, czyli lekarzy, zdaje się (przynajmniej na polskim gruncie) sugerować coś innego. Stąd jeden z lekarzy stwierdza: *Zbyt często prawda widziana oczami lekarza nie jest prawdą chorego*²³

2. Perspektywa komunikującego prawdę

Najpierw ustawa o zakładach opieki zdrowotnej z 14.10.1991, a następnie "Kodeks etyki lekarskiej" nakładają na lekarza obowiązek obiektywnego przedstawienia choremu stwierdzonego stanu klinicznego. Pociąga to za sobą skutki w wymiarze zarówno prawnym, jak i etycznym. Ponieważ pacjent ma zarówno *prawo do prawdy*, jak i *prawo do nadziei*, zadekretowany obowiązek należy odpowiednio interpretować, aby nie stał się on powodem ciężkiego urazu psychicznego dla człowieka²⁴

¹⁹ Por. P i e c h o w i a k, dz. cyt., 183; K u m m e r, art. cyt., 308.

²⁰ A. O s t r o w s k a, *Śmierć w doświadczeniu jednostki i społeczeństwa*, Warszawa 1991, 72-73.

²¹ Obydwie tendencje obrazuje porównawczo, przywołując przykład Europy Zachodniej i Japonii: K u m m e r, art. cyt., 308.

²² Por. G ł u s z e k, art. cyt., 18.

²³ Tamże.

²⁴ Szerzej zob. W a s i k, art. cyt., 19.

Lekarz, upewniwszy się o niepomyślnym rokowaniu dla konkretnego pacjenta, staje wobec sytuacji konfliktowej. Z jednej strony sumienie (i odpowiednie przepisy prawne) nakazuje mu mówienie prawdy i nierzadko powątpiewa w uczciwość zatajania prawdy, z drugiej strony ma świadomość możliwych szkodliwych skutków poinformowania chorego i doświadcza wewnętrznej sprzeczności wobec zasady *primum non nocere* i wobec principium zachowania życia ludzkiego.

Nie da się zaprzeczyć, że lekarski kodeks deontologiczny pozostawia roztropności lekarza odpowiedzi na pytania: *kiedy, w jakiej formie, w jakim zakresie* powinien zaktualizować zalecenie przekazania prawdy choremu. "Kodeks etyki lekarskiej" postanawia bowiem, że pacjent ma prawo do uzyskania zrozumiale dla niego sformułowanych informacji (art. 13). *Lekarz może nie informować pacjenta o stanie jego zdrowia bądź o leczeniu, jeśli pacjent wyraża takie życzenie. Pacjent może także wskazać osoby, które w jego imieniu będą porozumiewały się z lekarzem. Informowanie rodziny, o ile to jest możliwe, powinno być uzgodnione z chorym. /.../ W przypadku choroby dziecka lekarz ma obowiązek pełnego informowania jego rodziców lub opiekunów*(art. 16). Wreszcie najistotniejsze rozstrzygnięcie zawarto w artykule 17: *W razie niepomyślnej prognozy dla chorego powinien on być o niej poinformowany z taktem i ostrożnością. 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. Na wyraźne żądanie pacjenta lekarz powinien udzielić pełnej informacji*²⁵ Nieodparcie narzuca się w tym kontekście pytanie o to, jakie jest owo *głębokie przekonanie* służby zdrowia.

Spotkanie z ludzką śmiercią jest zawsze egzystencjalnym przeżyciem i nie jest od niego wolny "zawodowo" przy niej obecny lekarz czy duszpasterz. W obydwu przypadkach nie zawsze poprzestaje się na profesjonalnym interweniowaniu w przypadku zarówno nagle, jak i przewlekłe chorych o negatywnym rokowaniu. Nieraz powraca pytanie o własną postawę wobec chorego terminalnie.

Zwłaszcza lekarz staje przy łożku umierającego pozbawiony "aureoli" Rozpoczyna się proces wycofywania się lub - jak to sformułowali sami lekarze - ustępowania miejsca księdzu. Polega on m. in. na coraz krótszym przebywaniu przy chorym, rezygnacji z badania pacjenta, z pytania o jego samopoczucie - przecież i tak wszystko już wiadomo. Gubi się gdzieś świadomość dobroczynnego działania obecności i troskliwości. O możliwości właściwego postępowania lekarza w takiej sytuacji piszą sami lekarze: *Gdy nadchodzi godzina śmierci, lekarz musi lepiej umieć słuchać niż mówić, chociaż słuchanie w takiej chwili jest trudne; cała sztuka polegać będzie wówczas na porozumiewaniu się w milczeniu, a nasza obecność pozwoli zrozumieć choremu, że nie jest osamotniony. /.../ Prawie wszyscy konający pragną mówić o swojej śmierci i mówiliby, gdyby wyczuli, że mają przed sobą człowieka, który gotów ich wysłuchać. To żywi, a nie umierający boją się mówić o śmierci*²⁶

²⁵ Kodeks etyki lekarskiej, Warszawa 1994. Por. S. O l e j n i k, *Etyka lekarska*, Katowice 1994, 77-78.

²⁶ P a c h e c k a S o b c z y ń s k i, art. cyt., 153.

Lekarza męczy nieraz w obecności umierającego poczucie własnej bezradności. To zdaje się tłumaczyć jego niepokój wobec umierającego, skrępowanie w nawiązaniu z chorym rozmowy. Ponadto lekarz najczęściej nie jest przygotowany psychologicznie i etycznie do podjęcia tej roli. Jeśli więc nie potrafi przemóc własnego lęku, będzie zbyt słaby, by pomóc choremu w przyjęciu prawdy o zbliżaniu się śmierci²⁷

Z perspektywy lekarza najprościej przedstawia się rozwiązanie tej sprawy w przypadku chorych, którzy osiągnęli stan akceptacji swojej choroby. Tym chorym powinno się powiedzieć prawdę. Odmienne zdaje się przedstawiać rozstrzygnięcie problemu w przypadku chorych leczonych doszczętnie, a gatunkowo ciężej w przypadku chorych terminalnie z fatalnym rokowaniem. Przytoczona wypowiedź oddaje postawę dużej części środowiska medycznego: *Zachodzące trudności, jak zdolność oceny stanu psychicznego i somatycznego, powinny powstrzymać w wyznaniu okrutnej dla chorego prawdy. /.../ W większości przypadków, zwłaszcza o dużym prawdopodobieństwie uleczalności, zachodzi potrzeba prawdziwej informacji. Znacznie trudniejszym problemem jest informowanie chorych terminalnie, zwłaszcza o rokowaniu. Wielu chorych nie chce znać prawdy, nie rozmawia z lekarzem o rozpoznaniu, a chce rozmawiać o dolegliwościach i ich uciszeniu. Sądzę, że w praktyce można przyjąć tezę, iż o chorobach należy mówić chorym prawdę, uwzględniając jednak przy przekazywaniu informacji poziom inteligencji i rodzaj wykształcenia, wiek chorego, stan rodzinno-społeczny, rodzaj choroby i rokowanie, a nawet rodzaj szpitala /.../. Czynniki te wpływają głównie na sposób przekazania informacji, a nie na ich meritum*²⁸

Autor powyższej wypowiedzi, lekarz oddziału chirurgicznego, analizując proces dochodzenia chorego do prawdy, podejmuje problem w kontekście konkretnych przypadków chorobowych (terminalnych). Analiza rozpoczyna się od momentu, w którym lekarz najchętniej *pozbyłby się chorego lub oddałby go w ręce innego lekarza*. Jest to sytuacja, kiedy dla medyka oczywiste staje się, że jego zadaniem w danym przypadku, jest doprowadzenie pacjenta do śmierci. Rozpoczyna się dramat zarówno dla chorego, jak i dla lekarza. Chory czuje się coraz gorzej, a lekarz stawia sobie pytanie, czy podopieczny nadal ufa wyjaśnieniom medycznym. Na pewnym etapie obydwie zainteresowane strony zdają się prowadzić zafalszowaną grę, przy czym lekarz tłumaczy swoją postawę dobrem chorego. Chory natomiast udaje, że wierzy w lekarskie wyjaśnienia i zapewnienia o powrocie do zdrowia.

Z upływem czasu wyjaśnienia tracą napęd emocjonalny, którego źródłem były zarówno intelekt lekarza, jak i jego wrażliwość etyczna. Nieodparte staje się dla lekarza odczucie, że tylko chłodno oszukuje. Tymczasem chory *początkowo podejrzewa, a później przekonuje się, że prowadzący lekarz usiłuje rzadziej zachodzić na salę, rozmowy stara się skracać do niezbędnego minimum, bywają one ogólnikowe, zawierają mało szczegółów*²⁹

Dla pacjenta są to - patrząc okiem lekarza - okrutne godziny prawdy. Doświadczenie przekonuje, że w świadomych jeszcze okresach choroby terminalnej większość

²⁷ Por. tamże, 154.

²⁸ S. G ł u s z e k, *Refleksje o umieraniu*, Gazeta Lekarska 1992, nr 2, 13 (zob. s. 12-13).

²⁹ Tamże.

chorych zdaje sobie sprawę ze swojej tragicznej sytuacji. Jeżeli chory nie jest do przyjęcia takiej prawdy przygotowany, urywa się wszelka nadzieja, pozostaje natomiast bolesna samotność³⁰

Wyraźnie w kontekście chorych na raka podejmuje ten problem prof. J. N i e l u b o w i c z³¹, wskazując na dwa istniejące w tej kwestii poglądy: kręgu śródziemnomorskiego (nie mówić) i anglosaskiego (mówić). Obydwa poglądy zdają się mieć swoje racje i zagorzałych zwolenników³², natomiast lekarz powinien rozstrzygać w zgodzie ze swoimi przekonaniem. Sam prof. Nielubowicz opowiada się za poglądem pierwszym: *Czasami odnoszę wrażenie, że niewielu jest chorych, którzy chcą wyraźnie usłyszeć z ust lekarza o tym, że stan ich jest beznadziejny. Chory zwykle sam o tym dobrze wie, nie wierzy w to jednak całkowicie, mając ciągle nadzieję, [...] Choćbyśmy nawet i ja, i chory znali całą złą prawdę, myślę, że nie należy jej powtarzać. Choć trudno jest rozmawiać z taki chorym, nie należy tego unikać mimo jego częstej opryskliwości i przewrażliwienia. Umierający czeka bowiem na słowo troski i wyraz zainteresowania ze strony lekarza, bo największym nieszczęściem jest samotność, zwłaszcza przy śmierci*³³

Inny lekarz-naukowiec stwierdza: *Choremu nie możemy przekreślić nawet odrobiny nadziei, należy ją wzmacniać, zwłaszcza że coraz więcej jest przesłanek, iż nadzieja stwarza dogodniejszą sytuację immunologiczną w ustroju, a być może z dużym prawdopodobieństwem pozwala czy pomaga zwalczać zakażenia. Taka sytuacja potrzebna jest choremu, nawet jeśli całość postępowania zakończy się niepowodzeniem, w znaczeniu śmierci pacjenta*³⁴ Nie bez znaczenia pozostają jednak etycznie ważne pytania o czasokres, sensowność i moralną dopuszczalność prowadzenia owej fałszywej gry z pacjentem terminalnym. Koniecznie należy wziąć pod uwagę stan psychiczny i fizyczny pacjenta, a w związku z tym niezbędny jest częstszy kontakt i znajomość chorego.

Do grupy pacjentów, którym należy przekazać pełną prawdę terminalną, zalicza się starszych chorych niezdolnych do samoobsługi oraz - z całkiem innych powodów - chorych głęboko wierzących, którzy reprezentują inne widzenie śmierci. W przypadku chorych pozostających w pierwszych fazach procesu psychicznej przemiany odradza się

³⁰ Tamże, 12. Autor przywołuje jako potwierdzenie rozmowę z chorym umierającym na nieoperacyjnego raka żołądka: *«Ile jeszcze, panie doktorze, godzinę, trzy, sześć?» Odpowiadam: «Nie wiem», ale ciężar gatunkowy tego pytania jest tak ogromny, że każdemu pociemniałoby w oczach, zwłaszcza że pytanie zadaje 31-letni chory.*

³¹ *Humanistyczne wartości medycyny u progu XXI wieku*, Gazeta Lekarska 1994, nr 4, 18 (pełny tekst wykładu: Polski Tygodnik Lekarski 1993, nr 18-19).

³² Por. np. H. i H. M i ś k i e w i c z, *Wybrane problemy moralne w postępowaniu z chorym na choroby wewnętrzne*, w: *Refleksje nad etyką lekarską*, 88-89; E d e r, art. cyt., 310-311.

³³ Art. cyt., 18. Podobnie J. B o g u s z, *Das ärztliche Gespräch (aus der Sicht eines Chirurgen)*, *Arzt und Christ* 29 (1983) H. 3, 113-122 (zwł. 116-121). Stanowisko radykalnie przeciwne, zob. K u m m e r, art. cyt., 306-309, zwł. 307

³⁴ S. G ł u s z e k, *Refleksje*, 12. Istotne jest jednak pytanie o prawo do przynoszenia nadziei, kiedy stan chorego jest beznadziejny. Przecież *wzbudzanie nadziei słowami nie popartymi najmniejszym chociaż obiektywnym faktem poprawy wydaje się nawet niemoralne* (t e n ż e, *Problemy*, 18).

mówienie pełnej prawdy, gdyż jej nie chcą i pragną być oszukiwani do końca. Takie sytuacje są, zdaniem relacjonowanego lekarza, nadal częste i powinniśmy je uszanować. Nie da się przecież ukryć, że wydanie "słownego wyroku śmierci" jest bardzo poważnym problemem. Rozstrzygająca jest więc sylwetka psychiczna chorego, natomiast sztampa w rozmowach z chorymi niczego nie buduje, działa natomiast destrukcyjnie³⁵

Nie bez znaczenia jest dostrzeżenie wagi słów w rozmowie z chorym przeżywającym swój bardzo poważny stan³⁶. Warto wyakcentować wymaganie dużej delikatności (zwłaszcza słownej) otoczenia chorego, gdyż to, co dla lekarzy, pielęgniarek czy kapłana jest rutynowym stwierdzeniem (codziennością), dla pacjenta może oznaczać psychiczny szok. Tak ma się sprawa ze zbyt szczegółowymi informacjami, które obciążają pacjenta, i mogą przerażać. Podobnie pewne słowa działają magicznie negatywnie, np. *rak*³⁷, powodując często jego załamanie. Nie bez znaczenia jest ponadto wyraz twarzy, rezygnacja z niebezpiecznych żartów, gdyż one już przybijają chorego. Jeżeli dodać, że istnieje możliwość błędnej diagnozy lub wyleczenia nie do końca wytłumaczalnego, zbyt autorytatywne wyrokowanie może bezpodstawnie obciążać pacjenta i szkodzić mu³⁸

³⁵ Por. tamże, 13.

³⁶ G ł u s z e k, *Problemy*, 18 przytacza rozmowę z pacjentem terminalnym: "Co będzie ze mną?" Odpowiedź: "Wszystko jest na dobrej drodze, najprawdopodobniej będzie dobrze" "Dlaczego najprawdopodobniej" pyta chory tzn., że nie ma pan, doktorze, pewności" I konstatuje: "Dla takiego chorego, z silnym poczuciem zagrożenia życia, ufającego lekarzowi, to dramat"

³⁷ Choroba nowotworowa jest poważna, a w społeczeństwie ponadto wyolbrzymiana. Kolejne niepomyślnie leczenia tylko pogłębiają istniejący stan. Chory domagający się prawdziwej diagnozy nowotworowej, nie chce - jak potwierdzają badania psychologiczne - usłyszeć takiej prawdy, nawet jeśli stwierdza, że jest zdolny do jej przyjęcia. Zaprzeczenie powoduje często odprężenie, a tym samym polepsza kondycję psychiczną. Brutalność w podaniu prawdy byłaby tu uderzeniem w jego życie. W przypadku nowotworów niezbędne jest ponadto rozróżnienie niezłośliwych, co sprawia, że relatywizuje się istniejące zagrożenie. Por. B o g u s z, art. cyt. 116 (cały numer *Arzt und Christ* 29 (1983) H. 3 poświęcony jest problematyce nowotworowej).

W przeciwieństwie do innych chorych pacjenci nowotworowi raczej nie mówią o swej chorobie. Milczenie towarzyszące chorobie rakowej spycha obciążonego nią pacjenta w społeczną izolację, która wyrządza niekiedy większe szkody, niż sama choroba. Byłoby sprawą konieczną uczynić to słowo komunikowalnym i doprowadzić do jego detabuizacji, ale we współczesnym położeniu należy szczególnie ostrożnie korzystać z terminu, znanego powszechnie także w łacińskim odpowiedniku. Piechowiak stawia tezę, że w przypadku istniejącej nadziei wyleczenia u pacjenta subiektywnie za słabo motywowanego do dalszych kroków medycznych należy go właściwie poinformować o złośliwej postaci choroby, aby dodać mu motywacji do podjęcia odpowiednich działań leczniczych. Natomiast w przypadku pacjenta z negatywnym rokowaniem uważa za zbędne dodatkowe obciążanie go magicznym terminem, zwłaszcza jeśli można przypuszczać, że chory sam odkryje zagrożenie swego życia lub jeśli lekarz może mu to zakomunikować przez swoje zachowanie. Kłamstwo byłoby w tej sytuacji rujnowaniem zaufania, które na linii lekarz-pacjent jest w przypadku sytuacji terminalnej szczególnie potrzebne. Por. P i e c h o w i a k, dz. cyt., 186-187; E d e r, art. cyt., 310-311.

³⁸ Ponadto istnieje coś takiego, jak "terapia sugestii" Uczciwiej chyba podnieść pacjenta na duchu, ryzykując że ten psychiczny bodziec nie pomoże, niż "dobić go" prognozą, którą po złym podaniu na pewno potwierdzi zmieniający się stan pacjenta.

Nakaz zachowania tajemnicy zwraca uwagę na nieetyczną beztroskę w wywieszaniu na łóżku chorego kart gorączkowych z zapisem rozpoznania choroby. Najpierw jest to zagrożenie nagłego przestraszenia pacjenta znanym skądinąd, negatywnie obciążonym słowem (np. *carcinoma*, *tumor*), a następnie stwarza się pokusę dochodzenia przez pacjenta na własną rękę do pełnych wyjaśnień, często przez niedowierzanie służbie zdrowia. Uzyskane na tej drodze ("studiowanie" książek medycznych, pytanie osób postronnych) informacje bywają niepełne, nieściśle, a nawet fałszywe. Bezmyślność albo zaniedbanie stwarza więc zagrożenie prawa do tajemnicy, zachwianie psychicznej kondycji pacjenta, a nie jest realizacją jego prawa do prawdy³⁹. Kiedy żądania i prawa chorego skonfrontujemy z tym, co powiedziano o wybiórczych oczekiwaniach pacjenta oraz z opiniami lekarzy, rodzą się wątpliwości dotyczące właściwego rozwiązania problemu. Najpoważniejszy problem to jednak pomoc zobligowanym (zarówno lekarzom, personelowi medycznemu oraz bliskim chorego) we właściwym odczytaniu obowiązku prawdomówności. To zadanie podejmuje wśród innych także etyka chrześcijańska.

3. Perspektywa etyki chrześcijańskiej

Wyakcentowanie problemu prawdy przekazanej w sytuacji granicznej nie zmienia faktu, że z pozycji etyki należy najpierw odwołać się do principium obowiązku prawdomówności. Obowiązek ten dotyka w sytuacji chorego wszystkich, z którymi ma on kontakt i dotyczy zarówno diagnozowania, prognozowania, jak i podejmowanych metod badania i leczenia. O ile jednak w przypadku całego personelu pomocniczego chodzi o obowiązek-zakaz świadomego mówienia nieprawdy, o tyle lekarz na mocy swego powołania - staje wobec obowiązku informowania o efektach podjętych działań diagnostycznych i leczniczych. Nie zmienia tej fundamentalnej zasady (i prawa pacjenta) także fakt, że w pewnych sytuacjach prawo pacjenta do pełnej informacji ograniczone zostaje przez potrzebę ochrony wielkich wartości⁴⁰.

Zabójcze jest niewątpliwie bezlitosne podawanie prawdy⁴¹. Stąd jeden z autorów stawia alternatywę: *produktywne kłamstwo* czy *destruktywna prawda*⁴². Na pewno należałoby określić "kłamstwo" postawić w cudzysłowie, gdyż skoro pacjent jest nie tylko konglomeratem biologicznym, lecz także psychicznym, trzeba uwzględnić go jako całość. W takim przypadku leczenie zmierza do pomocy choremu, a lekarstwa są różne. Równowagę pacjenta buduje jednak najpierw zaufanie do personelu i jego umiejętności, tym samym nie można więc zachęcać do okłamywania, tym bardziej jeżeli pacjent podejrzewa powagę swego stanu.

³⁹ W a s i k, art. cyt., 19.

⁴⁰ P i e c h o w i a k, dz. cyt., 179-181. Tak nauczał już P i u s XII. Zob. M. C l i n i c o, *Der Papst sagt. Lehren Pius XII.*, Frankfurt a. M. 1956, 115.

⁴¹ Przykłady (w kontekście choroby nowotworowej), zob. W J a s k ó ł a, *Problem komunikowania prawdy u toża chorego*, Nysa 1988, 61 n. (mszps w Bibliotece WSD).

⁴² Por H. T h i e l i c k e, *Wer darf sterben? Grenzfragen der modernen Medizin*, Freiburg 1979, 67

Najważniejszym faktorem w rozstrzygnięciu analizowanego problemu jest *dobro chorego*. To założenie nie może ani przez moment zniknąć z pola widzenia zarówno medyków, jak i etyków⁴³. W takiej sytuacji norma każdemu należy koniecznie wyjawiać prawdę o śmiertelnym zagrożeniu byłaby niebezpiecznym uproszczeniem. Ciągłe zaprzeczanie jest jednak równie niebezpieczne, gdyż - z perspektywy wspierania umierającego - blokuje wszelkie jego rozmowy dotyczące poczucia niepewności, lęków i wątpliwości.

Zasadnicze pozostaje jednak pytanie, czy obowiązek mówienia prawdy jest absolutny, czy dopuszcza wyjątki. Etyka katolicka zajmuje w tej sprawie stanowisko nieradykalne. Odrzuca się w niej kłamstwo, natomiast uznaje się potrzebę ochrony życia pacjenta nawet przez wypowiedzi, które są niepełną prawdą, z zastrzeżeniem, że nie może chodzić o wypowiedzi nieprawdziwe. Można w tym miejscu zacytować powiedzenie, że połowa prawdy nie jest prawdą. Takie opinie zdają się jednak zapoznawać fakt, że "prawda" nie może być rozumiana jako wyłącznie "prawda wypowiedzi". Skoro komunikacja międzyludzka buduje się nie tylko na mówieniu i rozmowie, to także niewerbalne odniesienia międzyludzkie (gesty, mimika, całe zachowanie) mogą oddać olbrzymie usługi w dopowiedzeniu pełnej prawdy. Tym samym prawda jest wezwaniem skierowanym do osoby lekarza, a nie tylko do przekazywanej przezeń informacji, która z różnych względów (także z troski o nieszkodzenie pacjentowi) może być podana w postaci złagodzonej⁴⁴

W świetle tego, co powiedziano wyżej, należy więc odróżnić prawdziwą informację od pełnego wyjaśnienia (*wahrheitgemäße Information - vollständige Aufklärung*), które przynajmniej w niektórych sytuacjach wydaje się mało sensowne i niepotrzebne. Jako punkty orientacyjne przy przekazie prawdziwej informacji wskazuje się: powszechne rozumienie prawdy oraz godność pacjenta⁴⁵

W pierwszym przypadku trzeba zapytać, co rozumiemy pod pojęciem prawdy. Nie chodzi przecież wyłącznie o zgodność wypowiedzi z rzeczywistością, lecz o wiele bardziej o oddanie istniejącej sytuacji z całą jej złożonością. Przecież to, co w danej sytuacji oznajmiamy, jest tylko prognozą. Wystarczy jednak, że podamy ją nieumiejętnie, a wypowiedziane zdania zaczną zmieniać rzeczywistość. Widać stąd, że sama "prawdo-mówność" w oderwaniu od złożonej sytuacji może spowodować zafałszowanie jej przesłania⁴⁶

⁴³ P B o l e c h J. H u b e r, *Die Kommunikation der Wahrheit am Krankenbett*, Arzt und Christ 22(1976) H. 2, 98-99. Por. E d e r, art. cyt., 310.

⁴⁴ Por. P i e c h o w i a k, dz. cyt., 185.

⁴⁵ Tamże, 182-183.

⁴⁶ Dla pokazania złożoności tego procesu przywołajmy np. pytanie dziecka o początek zaistnienia człowieka. Odpowiedzi i wyjaśnień udziela się małymi kroczkami, co wcale nie oznacza, że jest ono okłamywane. Wyczerpująca informacja z całym fizjologicznym bagażem byłaby do pewnego wieku krzywdząca. Wiele zależy tu od pojmowania tych zagadnień przez wyjaśniającego i od jego doświadczeń. Nie zmienia to jednak faktu, że podawanie informacji fałszywych powodowałoby szkodę w późniejszym okresie (przysłowiowe "bociany"). Por. T h i e l i c k e, dz. cyt., 65-67

Z drugiej strony w mowie potocznej w użyciu bywają wypowiedzi, których nie określamy mianem kłamstwa, choć nie są prawdziwe, przynajmniej w treści, którą komunikują odbiorcy. Mówimy wtedy raczej o nieporozumieniu lub o fałszywym zrozumieniu wypowiedzi przez adresata, choćby przypadku, np. *reservatio mentalis*. Poprzestając na poczynionych rozróżnieniach, przypomnijmy rozstrzygnięcie pryncypi-alne, które mówi, że moralnie nie do przyjęcia jest kłamstwo jako niezgodność wypowiedzi z wewnętrznym przekonaniem. Inne formy słownego przekazu mogą być różnie oceniane, w zależności od wartości, którym służą.

Odnosnie drugiego faktora godność pacjenta domaga się odnoszenia się do niego w prawdzie. Fundamentalna zasada daje się więc sformułować jako *prawo chorego do prawdy podawanej z miłością*. W tym sensie miłość jest kryterium prawdy (A u g u s - t y n), ale należy od razu dodać, że miłość bez prawdy nie może istnieć⁴⁷. Zasadnicze znaczenie ma więc sposób podawania informacji, nieodmiennie z pozostawieniem nadziei. Potwierdzając jednak z całą stanowczością centralne znaczenie nadziei w niesieniu pomocy pacjentowi, nawet w przypadkach ciężkich kryzysów⁴⁸, należy zająć krytyczne stanowisko wobec wzbudzania nieprawdziwej nadziei.

Niewątpliwie nie wolno domagać się świadomego niszczenia czyjejkolwiek nadziei, ale nie chodzi też na pewno o bazujące na współczuciu łudzenie pacjenta. Nie można jednak zakładać, że chory nie jest w stanie przejść bolesnego, ale jednak mającego sens procesu osobistego odnalezienia się w prawdzie. Ponieważ nie ma standardowej recepty na przekaz prawdy i nadziei, należy cały problem szerzej rozważyć, choć bez wątplenia błędne z założenia jest inicjowanie nadziei kosztem prawdy⁴⁹.

Zwłaszcza z perspektywy chrześcijańskiej należy doprecyzować, że przez nadzieję rozumie się nie tylko ścisłą pozytywną perspektywę najbliższej przyszłości, lecz także - a może najbardziej trwające przekonanie, że w całokształcie moje życie nie jest bezsens, a jego koniec stanowi osiągnięcie pełni, a nie po prostu zmierzch. Drugie doprecyzowanie dotyczy prawdy. Jak mówi się potocznie, "nagie fakty" nie tworzą jeszcze całej prawdy. Realizuje się ona zawsze w napięciu międzyosobowym modyfikowanym faktorem sytuacji i sposobu (zdolności) komunikacji⁵⁰.

Do prawdy należy więc także sam człowiek (chory), ponieważ musi on swoje doświadczenie przetworzyć, a także człowiek stający na jego drodze, który ma być pomocą w uchwyceniu i przepracowaniu nawet beznadziejnej prawdy. Uwzględniając ów personalistyczny kontekst, prawdomówność jest bardziej sprawą zaangażowania w sytuację życiową drugiego (solidarności), niż chłodnym komunikatem wypranym z

⁴⁷ P i e c h o w i a k, dz. cyt., 183-184, 188.

⁴⁸ P o r E i d, art. cyt., 85-88, 90-92.

⁴⁹ P o r. ocenę postępowania w konkretnym przypadku: *Falbericht. Wahrheit am Krankenbett*, *Imago Hominis* 2(1995) nr 4, 305-306; oraz oceniające komentarze: K u m m e r, art. cyt., 308-309; E d e r, art. cyt., 311-312.

⁵⁰ E i d, art. cyt., 89: *Perspektivische Eingegrenztheit der Wahrheitserfassung, emotionale Bedingungen, Befürchtungen, Interessen, Vorurteile modifizieren die jeweils konkret gegebenen Möglichkeiten beider Partner, Wahrheit zu erfahren oder mitzuteilen.*

ludzkiego współodczuwania⁵¹ Jest to tym ważniejsze, że nie zawsze odbiorca prawdy zdolny jest do jej przyjęcia, a wtedy prawdomówność jawić się zaczyna jako proces ochraniającego i postępującego krok po kroku wprowadzania w realizm sytuacji terminalnej. Ku zdziwieniu okazuje się czasem, że poprawna faktograficznie wypowiedź stała się błędna przez swoje fałszywe (szkodliwe) oddziaływanie. Teza brzmiałaby więc: Taki przekaz prawdy, który rujnuje nadzieję, jest egzystencjalnie fałszywy, niezależnie od słownej prawdy i jako taki nie może być uznany za realizację prawdomówności. Nadzieja przybiera zaś postać pomocy w przetrwaniu, aż do dojścia do etapu zgody na prawdę. Proces wzmacniania nadziei przez prawdę jawi się jako wsparcie (*Zuwendung*) udzielone terminalnie choremu w postaci bogatej skali niewerbalnych komunikatów uzupełnionych treściami werbalnymi⁵²

Rekapitulując to, co powiedziano na temat problemu podtrzymywania nadziei u chorego, można odpowiednie reguły ograniczyć do wskazania dwu postaw skrajnych:

1. Nadzieja nie może być aplikowana instrumentalnie (wbrew prawdzie), jak lekarstwo. Pacjent otrzymuje autorytatywne potwierdzenie nadziei i nie ma okazji zbliżyć się do realiów własnej sytuacji. Mimo dobrych intencji prowadzi to albo do zmywy milczenia (wszystkich z pacjentem łącznie) w słowach i gestach, albo do pogłębiającej się atmosfery powątpiewania i niepewności pacjenta, co w obydwu przypadkach tylko pogłębia cierpienie (dochodzi świadomość bycia manipulowanym).
2. Nadzieja nie może być bezwzględnie niszczone. Nie wolno stawiać alternatywy: nadzieja albo prawda, nie wolno wygrywać jednej przeciw drugiej, gdyż taka postawa jest nieludzka⁵³ Jedynie właściwe jest komunikowanie prawdy i nadziei, które dokonuje się jako *proces* wspólnego zdążania od ufnej nadziei na wyzdrowienie do realnego przyjęcia rzeczywistej sytuacji. W przypadku lekarza chodzi więc nie tylko o medyczną opiekę nad człowiekiem umierającym, lecz o wiele bardziej o duchowe wsparcie i pomoc w dźwiganie ekstremalnego ciężaru najlepiej, jak jest to możliwe⁵⁴.

Poza wskazanymi regułami i zasadami podnosi się poważny problem prawa pacjenta do osobistego podjęcia odpowiedzialnych rozstrzygnięć oraz przygotowania się pacjenta na śmierć, a tym samym potrzebę wiedzy o swoim stanie. W pierwszym przypadku chodzi m. in. o decyzję pacjenta dotyczącą (nie-)zbędności operacji lub innego zabiegu, przygotowania testamentu i uregulowania spraw spadkowych, jeśli tego wcześniej nie uczyniono, przedśmiertnego pojednania się z kimś, z kim żył w niezgod-

⁵¹ Por S p o r k e n, art. cyt., 58.

⁵² Por E i d, art. cyt., 88-90.

⁵³ Tamże, 94 wyjaśnienie: *!...! weil sie (die Alternative) einerseits Hoffnung letztlich als zwar hilfreiches, aber eben doch trügerisches Mittel der Illusion verwendet, andererseits Wahrheit als gnadenlose, feindliche Tatsächlichkeit versteht, der der Mensch letztlich überhaupt nicht ausgesetzt werden dürfe.*

⁵⁴ Ten proces ilustrują omówione wyżej fazy Por P S p o r k e n, *Umgang mit Sterbenden. Medizinische, pflegerische, pastorale und ethische Aspekte der Sterbehilfe*, Düsseldorf 1976³

zie, religijnego przygotowania się na przejście do wieczności⁵⁵, a nawet rozstrzygnięcia, czy chce być pośmiertnym dawcą narządów do przeszczepu. Nie można także nie zauważyć, że w niejednym przypadku utrzymywanie fałszywej diagnozy powoduje łańcuch kłamstw całego otoczenia i w ostateczności zostanie odkryte przez zainteresowanego, rujnując jego zaufanie (*wszyscy mnie okłamują*). Taki rozwój sytuacji jest bardzo prawdopodobny, skoro jak się utrzymuje zasadnicza większość chorych terminalnie rozpoznaje z czasem swój stan zdrowia⁵⁶

Chcąc dotrzeć do osoby chorej z trudną prawdą, należy pacjenta na jej przyjęcie przygotować. Ponieważ zbliżanie się do śmierci jest procesem, a problem przekazywania prawdy znika przy zgonach nagłych, można zrobić wiele dla ułatwienia pacjentowi odnalezienia się w sytuacji terminalnej. Niewątpliwie jest to najczęściej rola personelu medycznego (nielekarzy), który spędza przy pacjencie więcej czasu, nawet jeśli nie może wprost przekazać rokowania terminalnego. Prawda o umieraniu nie polega bowiem w pierwszym rzędzie na diagnozie i prognozie momentu śmierci⁵⁷, lecz tkwi we wspólnym przetrwaniu całego procesu dojrzewania do prawdy. W większości przypadków pacjent sam sygnalizuje odpowiedni moment dla wyjawienia prawdy, ale do tego potrzebny jest dobry kontakt z chorym. Jeśli dostrzega się sygnały prośby o pomoc (jest to koniec stadium niepewności), nie można odkładać rozmowy. O tym momencie może zdecydować rodzina chorego, która od dłuższego czasu jest świadoma jego stanu i ta świadomość oddziaływa negatywnie na stosunek emocjonalny do pacjenta. Wreszcie niekiedy materialne sprawy najbliższych (np. zabezpieczenie dzieci) mogą do tego prowadzić⁵⁸

Dodajmy, że zawsze możliwe i konieczne jest dostrzeżenie, choćby drobnych, pozytywnych objawów i uczynienie z nich "okazji" do wzmocnienia nadziei, która nie musi zginąć w świetle tego, co faktyczne. Potwierdza to doświadczenie, tak podkreślane przez lekarzy, że właśnie w przypadku terminalnie chorych nie dochodzi automatycznie do realistycznej oceny własnej sytuacji. Nadzieja objawia się w ich przypadku jako naturalne ciążenie ku przetrwaniu, a także jako egzystencjalny lęk domagający się uciszenia. Jej obliczem jest wtedy nawet "samooszukiwanie się", czy raczej utopijne przewartościowanie zdobytej wiedzy w nierealną wiarę w "niemożliwe". Nieoceniona wartość nadziei w tym kontekście sytuacyjnym każe stawiać komunikującego w roli sługi prawdy. Każdy proces przejścia związany jest z cierpieniem, którego nie jest pozbawione także przejście od depresji i lęku do akceptacji⁵⁹

Dotarcie z prawdą graniczną do pacjenta jest możliwe tylko na drodze obcowania, budowania więzi, bycia z chorym. Chodzi z jednej strony o znalezienie właściwego

⁵⁵ Por P i u s XII, *Die Aufgabe des christlichen Arztes*, nr 2243, w: *Aufbau und Entfaltung des gesellschaftlichen Lebens. Soziale Summe Pius' XII.*, Hrsg. A.F. Utz J.F. Groner, Freiburg 1961--1963, I-III.

⁵⁶ Por R o t t e r, dz. cyt., 94-95, 98.

⁵⁷ Dodajmy, że całkiem wykluczone powinno być prognozowanie długości pozostałego jeszcze życia pacjenta, gdyż niczemu nie służy i jest najwyżej szkodliwym "wymądrzaniem się"

⁵⁸ Por S p o r k e n, *Postępowanie*, 56-59.

⁵⁹ Por E i d, art. cyt., 92.

"momentu" na nawiązanie kontaktu, ale równocześnie o gotowość współpracy z chorym terminalnie, która przeraża niejednego zdrowego. Nie ma na to gotowej metody, gdyż zawsze możemy się mylić w ocenie jakiegoś faktora u chorego lub u osoby towarzyszącej mu w drodze ku śmierci. Nie bez znaczenia jest także rozumienie zaszyfrowanego języka ludzi ciężko chorych, który cytowani wyżej lekarze odbierali prawie wyłącznie jako ucieczkę pacjenta od prawdy. Niezbędne jest również dodanie, iż chory "obarczony trudną prawdą" nie jest w stanie dźwigać jej sam, dlatego szczególnie w okresie po dotarciu prawdy do niego - potrzebuje człowieka, który będzie ją razem z nim niósł (*Mithilfe*). To zadanie mogliby przejąć najbliżsi, ale oni najczęściej sami nie mogą sobie z trudną prawdą poradzić, a więc nie są też zdatni do dania odpowiedniego oparcia. Tym większe jest zapotrzebowanie na lekarzy i kapłanów, którzy to zadanie podejmą⁶⁰. A jest sprawą wiadomą, że taka służba (w nawale innych zajęć, np. lekarza) może wydawać się "złodziejem czasu" i obowiązkiem szczególnie obciążającym psychicznie⁶¹.

Słowo i obecność lekarza (kapelana szpitalnego) pozostają cennym lekiem, dlatego osoba leczona ma prawo do rozmowy i informacji na temat choroby. Przed przejściem do "istoty problemu" trzeba poznać wyobrażenia chorego o schorzeniu (indywidualność osoby), a więc potrzeba czasu dla pacjenta. Standardowy obchód sal nie rozwiąże tej sprawy, stąd nie dziwi, że w Europie Zach. wyraźnie odbudowuje się personalny stosunek do leczonego, kładąc akcent choćby na instytucję "lekarza domowego" oraz na ograniczenie liczby pacjentów prowadzonych przez jednego lekarza. Specyfika naszej opieki (medycznej i duchowej) nad chorymi zdaje się pozostawiać tu wiele do życzenia. Warto przy okazji zauważyć wpływ usposobienia osoby rozmawiającej z chorym (optymista, pesymista, cynik,...) na umiejętność przekazu trudnej prawdy.

Niekoniecznie zawsze i tylko lekarz musi wyjaśnić choremu jego sytuację i przedstawić osiągnięte diagnozy i prawdopodobne prognozy. Może on delegować to zadanie doświadczonej pielęgniarce, psychologowi czy duszpasterzowi, a przede wszystkim osobie bliskiej pacjentowi. Nawet wtedy jednak pozostaje on odpowiedzialny za dobro chorego. Warunki konieczne do spełnienia przez osobę podejmującą się przekazu trudnej prawdy terminalnej są następujące: świadomość tego, czego się podejmuje, powiadomienie lekarza prowadzącego o przebiegu rozmowy i o stopniu doinformowania, aby nie zakłócić zaufania między pacjentem a lekarzem. W tym samym celu także lekarz powinien powiadomić rodzinę, najbliższy choremu personel i duszpasterza o przebiegu rozmowy (współpraca osób otaczających chorego). Pacjent powinien wiedzieć, że otoczenie jest świadome jego stanu terminalnego⁶².

⁶⁰ W odniesieniu do lekarzy *Kodeks Etyki Lekarskiej* postanawia: *Lekarz powinien dotożyć wszelkich starań, aby zapewnić choremu humanitarną opiekę terminalną i godne warunki umierania. Lekarz winien do końca łagodzić cierpienia chorych w stanach terminalnych i utrzymywać, w miarę możliwości, jakość kończącego się życia* (art. 29). Por. O l e j n i k, dz. cyt., 106-109. Kapłani zobowiązani są do takiej postawy mocą swego powołania i nakazem miłości miłosiernej.

⁶¹ Por. P e r a, art. cyt., 224-225, 230-232; R o t t e r, dz. cyt., 96.

⁶² Por. S p o r k e n, *Postępowanie*, 59-60.

W najbliższych godzinach po rozmowie pieczołowicie trzeba zająć się pacjentem. To robią zazwyczaj osoby inne niż lekarz, natomiast do samej rozmowy być może trzeba będzie wracać, gdyż pacjent z motywów obronnych może jej zaprzeczać. Przeprowadzenie decydującej rozmowy nie oznacza, iż musi się powiedzieć wszystko za jednym razem lub że w ogóle trzeba wszystko powiedzieć. Ważne jest, by podczas samej rozmowy wysondować, jak dalece pacjent dojrzały jest do przyjęcia prawdy. Może trzeba będzie prawdę, uwzględniając fazy choroby, odpowiednio dozować?⁶³

Doświadczenie uczy, że po pierwszych reakcjach emocjonalnych terminalnie chory i rodzina doznają swoistego uspokojenia. Niekiedy to pacjent staje się w trudnych chwilach podporą dla najbliższych, zwłaszcza kiedy śmierć dotyka rodziny nie zabezpieczonej. Zdaniem niektórych autorów, bardzo istotne jest jednak ustalenie, czym dla konkretnego pacjenta jest śmierć. I tak inaczej położony zostanie akcent w przypadku chorego, który rozstanie z życiem widzi tylko jako katastrofę (np. młodzi), inaczej będzie u pacjenta lękającego się raczej perspektywy bolesnej, długiej choroby, jeszcze inaczej u zatroskanego o pozostawioną rodzinę lub małe dzieci⁶⁴. Tym samym pojawia się jednak problem "światopoglądowego" stosunku osoby przekazującej prawdę do śmierci. Jeżeli dla niej śmierć jest ostateczną katastrofą, nie jest prawdopodobnie w stanie przekazać tej prawdy bez odebrania nadziei. Wydaje się, że w lepszej sytuacji są tu osoby uznające nadprzyrodzoność, wiarę w nieśmiertelność, perspektywę wieczności.

Swoista karta to religijny wymiar umierania. Lekarze utrzymują, że tylko u niewielu chorych ten wymiar nie dochodzi do głosu. Zasadniczo nawet ci, którzy sprawiali wrażenie niewierzących, mówią wyraźnie o swoich religijnych uczuciach i potrzebach. Trudno zakładać, że jest to tylko zimna kalkulacja zabezpieczenia się (na wszelki wypadek). W tym wymiarze rola duszpasterza jest nieoceniona, gdyż może on zarówno pozwolić dojść do głosu religijnym akcentom w terminalnej sytuacji, jak również w sposób nieoceniony wzmocnić siły (nadzieję) nieuleczalnie chorego, wskazując mu na eschatologiczny aspekt życia. Ponadto stworzenie wspólnoty w wierze pozwala na oddalenie tego, co jest straszniejsze od samej śmierci, poczucia samotności i opuszczenia⁶⁵.

Norma negatywna dotycząca komunikacji prawdy chorym terminalnie brzmi: motywem niepublikowania prawdy nie może być strach przed pacjentem lub wstyd przed jego krewnymi. Wtedy bowiem motywem jest ochrona siebie, a nie ochrona pacjenta. Motyw lęku (strachu) należy rozwinąć wyjaśniając, że najpierw może chodzić o strach przed koniecznością zmagania się z pacjentem, który wie o swojej terminalnej sytuacji, a równocześnie o bunt przed demonstrowaniem przy każdej wizycie swojej fachowej bezradności, o czym często wspominali medycy podejmujący rozważany problem. To zagadnienie jawi się zresztą jeszcze w dwu różnych aspektach. Najpierw może okazać się, iż sam lekarz widzi problem śmierci tylko jako "skazanie" na umierającego pacjenta. Dzieje się tak wtedy, gdy sam nie przemyślał tego problemu egzystencjalnego. Znika wtedy wspólne zadanie obydwu zmierzania się z trudną sytuacją.

⁶³ Por B o l e c h H u b e r, art. cyt., 99-100.

⁶⁴ S p o r k e n, *Postępowanie*, 61-62.

⁶⁵ Por B o l e c h H u b e r, art. cyt., 101

W dalszym rozwoju sytuacji pojawia się drugi motyw strachowy: przed swoją bezbronią wobec śmierci. Jeżeli sam nie stanął wobec "tajemnicy śmierci i przemijania", może pacjentowi zaproponować tylko tyle, ile posiada - ucieczkę w nieprawdę⁶⁶

Ostatni rys sytuacyjny, na który koniecznie należy zwrócić uwagę, dotyczy wizji osoby cierpiącej posiadanej przez prowadzącego lekarza (otoczenie). Jeżeli widzi się w pacjencie tylko zespół reakcji nerwowych, graniczna terapia sprowadza się głównie do łagodzenia cierpień i osłabiania świadomości. Jest to oczywiście technicznie prostsze, ale stanowi egzystencjalne kłamstwo, nawet jeśli słownie stosuje się taktykę uników. W przeciwnym przypadku pacjent jest traktowany jako podmiot rozstrzygający o swoim położeniu, a tym samym powoli doprowadzany do prawdy. Na tej drodze prowadzący natrafia na niebezpieczeństwo sformułowań "odczłowieczających" problem choroby. Pacjent jest chory jako całość, to jest jego osobowy stan, a nie: "ma chorą np. wątrobę" Choroba ujawnia się jako problem znalezienia się w nowej sytuacji życiowej, co mocno podkreślają teorie etapów umierania. Pacjent jest wtedy nie przedmiotem, na który działają złe siły z zewnątrz, ale sam kształtuje "styl" wchodzenia, a raczej przyjmowania swojej skończoności i godnego, ludzkiego spotkania śmierci⁶⁷

Rekapitulując, należy stwierdzić, że postawiony problem prawdy dla chorego terminalnie jest czymś o wiele więcej, niż tylko problemem taktyczno-psychologicznej metody. Stąd nie można przekazać go razem z technikami terapeutycznymi, jako bezbolesnego sposobu serwowania trudnej prawdy. Jest to zadanie dotyczące wnętrza osoby. Jeden z autorów wyjaśniając, jak to rozumie, stwierdza: *Pytanie: "Jak to powiem mojemu pacjentowi?"⁶⁸ przemawia równocześnie ku mojej rozwadze: "Kim ja jestem, skoro mam tu coś do powiedzenia (w kwestii życia i śmierci)?"*⁶⁹ Podjęty problem dotyka więc głęboko antropologii, czyli "wyznawanej" wizji człowieka i jego egzystencjalnie ważnych pokładów.

⁶⁶ Por. Thielicke, dz. cyt., 70.

⁶⁷ Por. tamże, 71. Rottler, dz. cyt., 97

⁶⁸ Na marginesie warto zauważyć, że pytanie brzmi nie "czy" lecz "JAK" Por. Eder, art. cyt., 311

⁶⁹ Thielicke, dz. cyt., 72.