

KRZYSZTOF SOBCZAK*

AGATA JANASZCZYK**

BIAŁE KŁAMSTWO W PRAKTYCE MEDYCZNEJ Z PERSPEKTYWY WYBRANYCH TEORII ETYCZNYCH

Słowa kluczowe: etyka, etyka medyczna, prawda, kłamstwo
Keywords: ethics, medical ethics, truth, lie

* Krzysztof Sobczak – absolwent studiów filozoficznych Uniwersytetu Gdańskiego i teologicznych Uniwersytetu Kardynała Stefana Wyszyńskiego, doktor nauk medycznych GUMed. Zatrudniony w Zakładzie Socjologii Medycyny i Patologii Społecznej Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego. Autor prac z zakresu tanatologii, bioetyki, filozofii i socjologii medycyny. E-mail: ksobczak@gumed.edu.pl.

Krzysztof Sobczak jest autorem założeń niniejszego artykułu oraz odpowiada za ostateczne przygotowanie manuskryptu.

Address for correspondence: Medical University at Gdansk, ul. Tuwima 15, 80-210 Gdańsk. E-mail: ksobczak@gumed.edu.pl.

** Agata Janaszczyk – absolwentka studiów filozoficznych Uniwersytetu Łódzkiego, doktor nauk humanistycznych UŁ. Kierownik Zakładu Socjologii Medycyny i Patologii Społecznej Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego. Autorka prac z zakresu filozofii i socjologii medycyny. E-mail: agajana@gumed.edu.pl.

Agata Janaszczyk odpowiada za krytyczną analizę zebranego materiału, naniesienie uwag i korekt do tekstu głównego oraz za przygotowanie ostatecznej wersji niniejszego artykułu.

Address for correspondence: Medical University at Gdansk, ul. Tuwima 15, 80-210 Gdańsk. E-mail: agajana@gumed.edu.pl.

Wstęp

Odwołując się do historii pojęcia, należy podkreślić, że już w starożytności białe kłamstwo klasyfikowano jako rodzaj kłamstwa użytecznego. Najwięksi starożytni myśliciele, jak Sokrates, Platon czy Arystoteles, podkreślając wartość i doniosłość prawdy¹, czynili jednocześnie od prawdomówności możliwe wyjątki². Prawda bowiem, jak i wszystkie inne wartości, służyć miała realizacji Dobra. Jeżeli Dobro jako wartość najwyższa stawało się przez Prawdę zagrożone, dopuszczano kłamstwo. Jeżeli nie służyło ono partykularnym interesom i chroniło wartość Dobra, było etycznie dopuszczalne, a nawet moralnie wskazane. Wśród możliwych wyjątków w filozoficznych koncepcjach kłamstwa użytecznego pojawia się kategoria białego kłamstwa. Jest to sytuacja, w której lekarz, kierując się dobrem pacjenta, fałszuje jego świadomość dotyczącą stanu zdrowia, chcąc tym samym zaoszczędzić mu cierpienie, a jednocześnie nie przysparza sobie tym zabiegiem żadnej osobistej korzyści.

Począwszy od pierwszych systematyk etyki lekarskiej zawartych w *Corpus Hippocraticum*, po drugą połowę XX wieku, białe kłamstwo było deontologicznie dozwolone. Lekarz na gruncie swojej wiedzy określał dobro pacjenta i sposoby jego realizacji. Gwarancją swego rodzaju obiektywnie rozumianego „dobra pacjenta” była nie tylko wiedza medyczna, jaką lekarz posiadał. Chodziło także o sprawności moralne lekarza predestynujące go do zawodu, w trakcie nauki rozwijane i doskonalone w celu właściwego rozpoznania tego, czym owa dobroczynność jest. W procesie socjalizacji zawodowej lekarz nabywał kompetencji etycznych, które dawały mu prawo (usankcjonowane deontologicznie i społecznie) do stosowania białego kłamstwa jako jednego z wielu narzędzi oddziaływania dla dobra i pożytku pacjenta.

¹ Platon, *Państwo*, X 595 B, tłum. M. Witwicki, Kęty: Wydawnictwo Antyk 2003, s. 308; Arystoteles, *Etyka nikomachejska*, IV 7, 1127 a 25–30, [w:] Arystoteles, *Dzieła wszystkie*, t. 5, tłum. D. Gromska, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN 1996, s. 146.

² Platon, *Państwo*, dz. cyt., s. 85; Ksenofont przekazuje, że sam Sokrates, który cenił prawdę tak mocno, iż był gotów poświęcić dla niej własne życie, od zasady bezwzględnej prawdomówności czynił wyjątki. Por. Xenophon, *Apomnemoneumata. Xenophon's Memorabilia of Socrates*, trans. R. Robbins, New York: D. Appleton and Company 1867, IV 2. 14–18.

Dopiero na gruncie przemian politycznych, społecznych i kulturowych drugiej połowy XX wieku paternalistycznie interpretowana zasada dobroczynności poddana została gruntownemu przeformułowaniu. Rezultatem tych przemian było wypracowanie nowej optyki opartej na zasadzie autonomii pacjenta, z perspektywy której w latach siedemdziesiątych zaczęto postrzegać zasadę dobroczynności. Autonomizm podkreśla konieczność aktywnej roli pacjenta w procesie współdecydowania o procesach medycznych, w których uczestniczy. Uwypuklenie jego wolności i praw zmodyfikowało relację między lekarzem a pacjentem w taki sposób, że nałożyło na lekarza obowiązek dostarczenia pacjentowi rzetelnych informacji, na gruncie których pacjent będzie mógł podjąć świadomą decyzję odnośnie do postępowania terapeutycznego³. To pryzmat prawdy stał się fundamentem interpretacji zasady dobroczynności.

Jak się jednak wydaje, na gruncie etyki medycznej kwestia białego kłamstwa nie jest jednoznaczna. Wskazuje na to art. 17 Kodeksu Etyki Lekarskiej, który zawiera trzy istotne stwierdzenia: (1) „W razie niepomyślnej dla chorego prognozy lekarz powinien poinformować chorego o niej z taktem i ostrożnością”; (2) „Wiadomość o rozpoznaniu i złym rokowaniu może nie zostać choremu przekazana tylko w przypadku, jeśli lekarz jest głęboko przekonany, iż jej ujawnienie spowoduje bardzo poważne cierpienie chorego lub inne niekorzystne dla zdrowia następstwa”; (3) „jednak na wyraźne żądanie pacjenta lekarz powinien udzielić pełnej informacji”⁴.

Pierwsze wskazanie można określić jako obowiązek prawdomówności, który, jak zaznacza W. Chudy, związany jest z tym, iż lekarz mówi „wszystko to, co jest istotne dla aktualnego zdrowia pacjenta”, czyli dotyczy to określenia „jasności zagrożeń i szans”⁵. Trzecie stwierdzenie dotyczy obowiązku niekłamania, a więc uczciwej, w sensie wyczerpującej i adekwatnej do pytania pacjenta, odpowiedzi⁶. Natomiast drugie wskazanie, otwierając

³ W deontologii lekarskiej nakaz uczciwego postępowania w stosunku do pacjentów po raz pierwszy został zawarty w kodeksie etycznym Amerykańskiego Towarzystwa Lekarskiego w roku 1980. Por. W. Chudy, *Spółczeństwo zakłamate. Esej o społeczeństwie i kłamstwie – I*, Warszawa: Oficyna Naukowa 2007, s. 410.

⁴ *Kodeks Etyki Lekarskiej (tekst jednolity z dnia 2 stycznia 2004 r., zawierający zmiany uchwalone w dniu 20 września 2003 r. przez Nadzwyczajny VII Krajowy Zjazd Lekarzy)*, Warszawa 2004, s. 11.

⁵ W. Chudy, dz. cyt., s. 425.

⁶ Tamże.

możliwość nieprzekazywania informacji o niekorzystnym rokowaniu ze względu na okoliczności istotne z punktu widzenia zachowania pewnego dobrostanu pacjenta, wydaje się dość problematyczne. Ta ewentualność w zasadzie *implicite* zawiera w sobie możliwość załamania się komunikacji między lekarzem a pacjentem w oparciu o przemilczenie i/lub rodzi niebezpieczeństwo zignorowania przez lekarza obowiązku niewprowadzania w błąd (np. manipulacja słowami). Może to powodować sytuację nie tylko ludzenia pacjenta przez lekarza, ale wręcz samołudzenia się pacjenta.

Istnieje jeszcze jedna, bardziej radykalna interpretacja owego drugiego stwierdzenia, która w pewnym stopniu stawia pod znakiem zapytania obowiązek prawdomówności zawarty w pierwszym twierdzeniu artykułu 17. Mianowicie nieprzekazywanie informacji o niepomysłnym rokowaniu może być potraktowane jako specyficzny rodzaj kłamstwa. Izidora Dąmbska stwierdza: „[...] jest pewną czynnością czy techniką wzbudzanie fałszywych przekonań w interlokutorze [...] tak, że można kłamać nie tylko mówiąc nieprawdę **albo nawet milcząc**” [podkr. – K.S., A.J.]⁷. Oczywiście należy pamiętać, iż tak rozumiane kłamstwo w odniesieniu do relacji lekarz–pacjent ma swoje usprawiedliwienie w szczególnego rodzaju okolicznościach związanych z chęcią minimalizacji negatywnych następstw wypowiedzenia prawdy. Dodatkowo należy zaznaczyć, że równie problematyczny jest ów kontekst uprawniający lekarza do tak rozumianego kłamstwa, który zakłada bądź co bądź pewne paternalistyczne komponenty. To bowiem lekarz ze względu na korzyść (dobro) pacjenta, opierając się w pewnym sensie na uzasadnieniu złamania obowiązku prawdomówności (niekorzystnych następstwach somatycznych, psychicznych, a bywa, że także tych o charakterze psychospołecznym), podejmuje decyzję o nieprzekazaniu informacji, a więc decyzję o okłamaniu pacjenta⁸.

Ze względu na to, że etyka lekarska jest przykładem etyki zawodowej, która stanowi swego rodzaju uszczegółowienie pewnych ogólnych norm, zagadnienia obowiązku prawdomówności, niekłamania, ale także

⁷ I. Dąmbska, *Alétheia i aléthes w dialektyce stoickiej na podstawie „Adversus Logicos” Sekstusa Empiryka*, [w:] *Studia z historii semiotyki*, t. 2, Wrocław: Zakład Narodowy im. Ossolińskich 1973, s. 37–50.

⁸ Kwestia szczegółowego rozważenia postawy paternalistycznej w kontekście białego kłamstwa jest bez wątpienia godna uwagi. Niemniej jednak ze względu na to, iż istnieje kilka rodzajów owej postawy, a jej kryteria wymagają szczegółowego omówienia, problem ten nie zostanie w niniejszym artykule szczegółowo omówiony.

nieprzekazywania informacji jako specyficznego rodzaju kłamstwa ze względu na szczególne okoliczności, zostaną omówione w kontekście trzech stanowisk etycznych: skrajnego pryncypializmu (etyki obowiązku Kanta), radykalnego sytuacjonizmu (agapizmu Fletchera) i sytuacjonistycznego leseferyzmu (etyki cnót MacIntyre'a)⁹. Wybór tych teorii został podyktowany faktem, iż w pewnym sensie komplementarnie wyjaśniają one, jak nam się wydaje, treść artykułu 17. Kodeksu Etyki Lekarskiej, przy czym ze względu na odmienne założenia ukazują złożoność zawartych w nim problemów. I tak skrajny pryncypializm spełnia niemal wszystkie wskazania (prawdomówność, niekłamanie) zawarte w artykule 17. Kodeksu poza uwzględnieniem szczególnych okoliczności, za względu na które lekarz nie przekazuje informacji o niepomyślnym rokowaniu, czego *de facto* pryncypializm nie uznaje za kłamstwo. Dodatkowo zaś pryncypializm nie uwzględnia, co oczywiste, ewentualnych negatywnych skutków bezwzględnego spełniania obowiązków prawdomówności i niekłamania. W opozycji zaś do niego radykalny sytuacjonizm i sytuacjonistyczny leseferyzm wskazują właśnie na pewne warunki brzegowe okoliczności usprawiedliwiających uchylenie obowiązków prawdomówności, niekłamania czy niezwodzenia.

Skrajny pryncypializm

Fundamentalną zasadę pryncypializmu, w ramach omawianego problemu, stanowi bezwzględna norma etyczna zakazująca mówienia nieprawdy, a jednocześnie nakazująca prawdomówność bez względu na okoliczności. Niezależnie od kontekstów, ewentualnych strat czy korzyści norma prawdomówności musi być realizowana, ponieważ stanowi wewnętrzny obowiązek moralny. Nie dopuszcza się tu wyjątków, a złamania zasady nie usprawiedliwia żadna okoliczność ani intencja.

⁹ Klasyfikacja przyjęta za: I. Lazari-Pawłowska, *Problemy etyki sytuacyjnej*, [w:] *Etyka. Pisma wybrane*, opr. P.J. Smoczyński, Wrocław–Warszawa–Kraków: Zakład Narodowy im. Ossolińskich 1992, s. 42–58; P. Domeracki, *Deontologia kłamstwa: czego możemy nauczyć się od MacIntyre'a*, [w:] W. Zuziak, J. Mysona Byrska (red.), *Kłamstwo w życiu publicznym*, Kraków: Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Papieskiego Jana Pawła II 2009, s. 63–80.

Przedstawicielem tak sformułowanego stanowiska etycznego w kwestii kłamstwa jest Immanuel Kant¹⁰. W eseju *O domniemanym prawie do kłamstwa z pobudek miłości ludzkiej*¹¹ wskazuje komponenty kłamstwa, a mianowicie jego świadomość i intencjonalność. Niezależnie od konsekwencji, jakie powodują lub też nie powodują fałszywe twierdzenia, „zawsze wyrządzają krzywdę, nawet jeżeli nie komuś w szczególności, to jednak zawsze ludzkości w ogóle, jako że czyni ono [kłamstwo – K.S., A.J.] źródło prawa czymś beużytecznym”¹². Kłamiąc, nie tylko człowiek dehumanizuje własne człowieczeństwo – „to cel wprost przeciwny naturalnej celowości, zdolności przekazywania swych myśli a zatem wyrzekania się swojej osobowości [...], mamy tu do czynienia ze złudnym pozorem człowieka, nie z samym człowiekiem”¹³. Kłamiący, zaprzeczając także swojej godności, działa przeciw porządkowi etycznemu i społecznemu. Z kolei jeśli konsekwencje prawdomówności nie powodują dobrych skutków, a owocują jedynie niekorzystnymi następstwami, to zdaniem Kanta, nikt nie może czynić z tego tytułu zarzutu temu, kto prawdę ujawnia, gdyż realizuje on obowiązek moralny. Kłamca więc bez względu na materialne konsekwencje obciążony zostaje odpowiedzialnością moralną, gdyż samo kłamstwo już ze względu na samą formę jest złe. Z kolei ten kto prawdę ujawnia bez względu na konsekwencje, jakie ta prawda powoduje, zła moralnego się nie dopuszcza. Kłamanie jest wtedy niemoralne, bo sprzeczne z racjonalnością. Chcąc realizować swoje człowieczeństwo, ludzie powinni postępować zgodnie z prawem. Bowiem „gdyby [...] kłamstwo uznać za prawo powszechne, to moralność byłaby niemożliwa”¹⁴.

W kontekście powyższych rozważań, które są oczywiste dla każdego, kto zetknął się z literą Kanta, interesujące wydają się niektóre sformułowania zawarte w piśmie *O domniemanym prawie do kłamstwa z pobudek miłości*

¹⁰ Zdaniem niektórych komentatorów również Arystoteles i Augustyn z Hippony. Por. W. Chudy, *Filozofia kłamstwa*, Warszawa: Oficyna Wydawnicza Volumen 2003; P. Aszyk, *Etyczne oblicza starożytnej medycyny*, Warszawa: Wydawnictwo Rhetos 2010.

¹¹ I. Kant, *O domniemanym prawie do kłamstwa z pobudek miłości ludzkiej*, tłum. A. Grzebiński, D. Pakalski, „Filo-Sofja” 2002, nr 1, s. 165–169.

¹² Tamże, s. 166.

¹³ I. Kant, *Metafizyka moralności*, tłum. E. Nowak, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN 2005, s. 90.

¹⁴ B. Zielewska-Rudnicka, *Filozoficzne oblicza kłamstwa*, „Humanistyka i Przyrodoznawstwo” 2009, nr 15, s. 158.

ludzkiej. Są one o tyle ważne, że korespondują z drugim twierdzeniem zawartym w artykule 17. Kodeksu Etyki Lekarskiej. Przypomnijmy: „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”¹⁵. Kant kilkakrotnie wspomina o tym, iż prawdomówność jest co prawda bezwzględny obowiązkami, ale w sytuacjach, w których nie można jej uniknąć¹⁶. Zatem jeśli można uniknąć sytuacji wypowiedzania kłamstwa, oznacza to, iż np. milczenie czy też przemilczenie prawdy nie jest traktowane jako nieprawda. Taka interpretacja słów Kanta oczywiście dotyczy tylko samego faktu nie poinformowania pacjenta, a więc nie są tu w żadnym razie ważne ewentualne pozytywne lub negatywne konsekwencje. Tym bardziej że podkreśla on, iż odpowiedzialnym za skutki jest tylko ten, kto dopuszcza się kłamstwa¹⁷, a skoro lekarz milcząc nie kłamie, to tym samym nie jest odpowiedzialny za jakiegokolwiek konsekwencje nieprzekazania informacji.

Należy raz jeszcze zwrócić uwagę na to, że autor *O domniemanym prawie do kłamstwa...* zaznacza, że prawdomówność stanowi powinność, gdy ktoś „nie może uniknąć odpowiedzi «tak» lub «nie»”¹⁸. To z kolei koresponduje z twierdzeniem zawartym w artykule 17. Kodeksu, w którym wprost jest mowa o tym, iż na wyraźne żądanie pacjenta lekarz jest zobowiązany do „wyjawienia” prawdy. Problem pojawia się, kiedy zgodnie ze słowami I. Dąbskiej milczenie w sytuacji braku wyraźnego żądania (kwestią sporną jest też interpretacja owego żądania, a mianowicie, czy zwykłe pytanie pacjenta jest już żądaniem, czy też chodzi o jakieś szczególne i kategoryczne czy uporczywe domaganie się informacji) jest uznane za kłamstwo. Należy jednak jeszcze raz podkreślić, że u samego Kanta nie można takiej sytuacji uznać za akt kłamania. W związku z powyższymi uwagami jasne jest, że koncepcja filozofa z Królewca spełnia wszystkie powinności zawarte w artykule 17., a nieuwzględnianie przez Kanta skutków działania, na które wskazuje się w Kodeksie Etyki Lekarskiej, nie ma z perspektywy jego koncepcji znaczenia. Niemniej stanowią one ważny komponent praktyki lekarskiej i w związku z tym można albo stwierdzić

¹⁵ *Kodeks Etyki Lekarskiej*, dz. cyt., s. 11.

¹⁶ I. Kant, *O domniemanym prawie do kłamstwa*, dz. cyt., s. 166–167.

¹⁷ Tamże, s. 167.

¹⁸ Tamże.

niewystarczalność jego koncepcji do opisu sytuacji klinicznej, albo pobocznie traktować te słowa z omawianego tekstu, które dotyczą właśnie owych niekorzystnych dla zdrowia skutków. Wolimy założyć pierwszą ewentualność, a tym samym przejść w kolejnych częściach artykułu do omówienia koncepcji, które wyjaśniają kontekst usprawiedliwiający popełnienie tak czy inaczej rozumianego kłamstwa.

Skupiając się tymczasem na bezpośrednim przełożeniu kantowskiej koncepcji na problem terapeutycznej prawdomówności i jednocześnie niekłamania, otrzymujemy stanowisko nakazujące lekarzowi być zawsze szczerym i uczciwym wobec swojego pacjenta. Niezależnie od negatywnych skutków, jakie ujawnienie prawdy może powodować u pacjenta, na lekarzu spoczywa moralny obowiązek prawdomówności. Nie realizując go, lekarz nie tylko deprecjonuje siebie jako osobę, ale także podważa zaufanie do profesji, jaką wykonuje, i do własnego środowiska. Kłamstwo niszczy także samą istotę, na jakiej opiera się relacja terapeutyczna. Prawdomówność stanowi bowiem najistotniejszy składnik i podstawę zasady dobroczynności, na którą ukierunkowane jest wszelkie oddziaływanie medyczne. Lekarz, okłamując pacjenta, wykorzystuje zaufanie i deprecjonuje jego osobę, używając jej jako środka do celu, a nie jako celu samego w sobie. Podważa tym samym fundament, na którym opiera się podstawa komunikacji medycznej. Prawda stanowi o wolności człowieka, daje mu możliwość decydowania o swoim życiu (a ma to szczególne znaczenie wtedy, kiedy dobiega ono kresu). Kłamstwo lekarza odziera pacjenta z jego wolności w imię dobroczynności, która zostaje przez lekarza pojęta subiektywnie. Negatywne konsekwencje ujawnienia prawdy pacjentowi, zgodnie z kantowską teorią, ale również i z doświadczeniem klinicznym, są często niemożliwe do oszacowania. Niepożądane następstwa, jakie może wywołać niekorzystna wiadomość, mają wymiar jedynie prawdopodobny. Natomiast powiedzenie prawdy lub oszukanie pacjenta w chwili, kiedy się dokonuje, staje się faktycznym dobrem w przypadku prawdy (bo jest realizacją obowiązku moralnego) lub faktycznym złem w przypadku kłamstwa¹⁹.

¹⁹ Ł. Fidos, *Przeciw nieuchronności kłamstwa*, „Annales UMCS. Philosophia – Sociologia” 2013, nr 28, s. 99.

Stanowisko Kanta, a tym samym skrajny pryncypializm²⁰ zaimplementowany na grunt etyki medycznej, rodzi jednak pewne problemy. Zarzucić mu można błąd idealizacji. Kant przyjmuje bowiem założenie, że wszędzie tam, gdzie występuje racjonalność skutkująca konsekwentną realizacją norm moralnych bez względu na rezultat, temu, który dokonuje rozstrzygnięcia moralnego na rzecz prawdy nie można zarzucić niegodziwości. Dobre działanie to takie, które manifestuje się przyjęciem właściwych (absolutnie słusznych, bo ugruntowanych w prawie moralnym) kryteriów rozstrzygnięcia problemów etycznych i niezawodnym ich zastosowaniem. Kto więc postępuje właściwie z punktu widzenia tak rozumianych powinności etycznych, zwolniony jest z odpowiedzialności za efekt, jaki powoduje jego wybór. „Spełniając obowiązek, nie mogę podlegać żadnym zarzutom moralnym czy też prawnym. Tym samym wszelką winę mogę zrzucić na przypadek i na nieszczęśliwy bieg świata, usprawiedliwiając własną niewiedzę oraz umywając ręce w obliczu krytycznego stanowiska innych”²¹.

Gdyby więc przyjąć, że lekarza obowiązuje bezwzględne poszanowanie prawdy, czyli, że:

- lekarz ma obowiązek ujawnienia prawdy nawet jeżeli istnieje wysokie prawdopodobieństwo (graniczące z pewnością), że prawda pacjentowi zaszkodzi,
- lekarz, który realizuje formalny obowiązek prawdomówności, nie biorąc pod uwagę kontekstu, w jakim on i jego pacjent (oraz jego rodzina) się znaleźli, zawsze postępuje dobrze,

to nie do końca możliwe byłoby utrzymanie etyki medycznej ufundowanej na dobru pacjenta jako wartości dla niej naczelnej. Konieczność formalnej notyfikacji prawdy pacjentowi stałaby się etycznie donioślejsza niż jego dobro. Najważniejszą kwestią oddziaływania medycznego zaczęłyby stanowić aspekty formalnoprawne, a nie osobowe (pacjenci). Skutkowałoby to z kolei koniecznością wyeliminowania wszelkiego sytuacjonizmu klinicznego, a to wydaje się niemożliwe, choćby tylko z tego względu, że zakres wiedzy medycznej, zmieniając się nieustannie (poprzez swój przyrost), generuje różne

²⁰ Przyjmuję za P. Domerackim, że: „Pryncypialistyczne podejście do kłamstwa oznacza, że nigdy, pod żadnym pozorem, nikomu nie wolno tego czynić lub inaczej, że za wszelką cenę należy być zawsze i wobec wszystkich prawdomównym” (P. Domeracki, dz. cyt., s. 64).

²¹ M. Brandhorst, *O prawie do kłamstwa z miłości do ludzi*, tłum. M. Marciniak, „*Studia z Historii Filozofii*” 2011, nr 2, s. 99.

konteksty moralne relacji lekarz–pacjent. Oczywista jest więc konstatacja, że absolutystyczne zasady etyczne nie są w pełni adekwatne w odniesieniu do niektórych sytuacji wymagających moralnego rozstrzygnięcia.

Radykalny sytuacjonizm

Radykalny sytuacjonizm stanowi diametralne odwrócenie wektora normatywności, który wyznacza kierunek działania z perspektywy skrajnego pryncypializmu²². Jego istotą jest założenie polegające na tym, iż przyjmując zasady etyczne obowiązujące w danym systemie etycznym, zakłada się jednocześnie możliwość ich odrzucenia²³. Wynika to z istotowego założenia sytuacjonizmu, którego naczelną zasadą brzmi: „poprawne zastosowanie reguł moralnych do konkretnych sytuacji wymaga dokonania osobistego osądu moralnego, który nie podlega żadnym regułom”²⁴. To wynik wewnętrznego rozstrzygnięcia skłania jego sprawcę do zachowania lub porzucenia zasad systemu etycznego, który jest przyjmowany za słuszny.

W przypadku fletcherowskiego sytuacjonizmu kryterium to stanowi norma miłosierdzia. Agapizm, głoszący jako naczelną zasadę miłość, stanowi jednocześnie o zniesieniu wszystkich etycznych wskazań, jeśli te powodowałyby jej naruszenie. „Postulaty moralne wypowiedane przez sytuacjonistę mają więc postać imperatywów hipotetycznych, a nie kategorycznych”²⁵. Oznacza to, iż ogólne normy postępowania, choć określane przez etykę, muszą jeszcze każdorazowo dla konkretnej i szczegółowej sytuacji realizować idee miłosierdzia. Wszelkie normy etyczne, chociażby z racji swojej kodyfikacji, są normami statycznymi i abstrakcyjnymi wobec dynamicznych sytuacji życiowych, a więc nie mogą być we wszystkich wypadkach aplikacyjne. Bywa także, że realizując jedną wartość, naruszają jednocześnie drugą. Tym samym, zamiast gwarantować poczucie moralnego bezpieczeństwa,

²² P. Domeracki, dz. cyt., s. 80.

²³ J. Fletcher, *Situation Ethics. The New Morality*, Pennsylvania: Westminster Press 1966, s. 26.

²⁴ K. Saja, *Dlaczego warto budować teorie etyczne?*, „Etyka Praktyczna”, <http://etykapraktyczna.pl/wpis/2013/02/06/dlaczego-warto-budowac-teorie-etyczne> (dostęp: 21.12.2014).

²⁵ W.R. Jacórzynski, *Joseph Fletcher i agapizm, czyli: „kochaj i rób, co chcesz”*, „Etyka” 1993, nr 26, s. 63.

mogą stanowić raczej powód moralnego dyskomfortu, jeżeli są bezwzględnie przestrzegane. Dostrzegając mankamenty teorii etycznych osadzonych na legalizmie i antynominalizmie, fletcherowski agapizm oparty został na sześciu istotowych twierdzeniach:²⁶

- „tylko miłość jest dobrem wewnętrznym”²⁷,
- „wiązącą zasadą postępowania jest miłosierdzie”²⁸,
- „miłość i sprawiedliwość są tym samym, jako że sprawiedliwość to po prostu miłość dzielona między ludzi”²⁹,
- „miłość wymaga troski o bliźniego nawet wtedy, gdy się go nie lubi”³⁰,
- „konieczny cel uświęcają konieczne środki”³¹,
- „decyzje wypływające z miłości mają charakter sytuacyjny, a nie preskryptywny”³².

Odnosząc sytuacjonizm Josepha Fletchera do problemu białego kłamstwa, trzeba przyjąć etykę lekarską za ogólny system norm etycznych, uznany za słuszny i obowiązujący, od którego istnieją wszelako możliwe odstępstwa. Mówienie prawdy pacjentowi jest generalnym obowiązkiem lekarza, lecz od obowiązku prawdomówności mogą istnieć wyjątki. To kontekst okoliczności określa, jakie zachowanie jest etycznie słuszne i właściwe. Oznacza to, że to nie czyn sam w sobie jest moralnie dobry lub niegodziwy. Jego wartość etyczna określana jest przez realizację idei miłosierdzia. To nie zasady etyczne odpowiadają za wynik postępowania etycznego, ale człowiek, który podejmuje się rozstrzygnięcia. Jeżeli lekarz kieruje się w swoim postępowaniu realizacją idei *agape*, a zasady prawdomówności staną z nią w danej konkretnej sytuacji w sprzeczności, to moralnym obowiązkiem lekarza staje się działanie wbrew obowiązkowi prawdomówności, a nawet niekłamania, o których mowa w pierwszym i trzecim wskazaniu artykułu 17. Kodeksu Etyki Lekarskiej, a z całą pewnością zgodnie z drugim twierdzeniem w nim zawartym, czyli kłamstwie przez przemilczenie

²⁶ Tamże, s. 64–67.

²⁷ J. Fletcher, dz. cyt., s. 57.

²⁸ Tamże, s. 69.

²⁹ Tamże, s. 87.

³⁰ Tamże, s. 103.

³¹ Tamże, s. 120.

³² Tamże, s. 134.

czy nawet w jego konsekwencji zwodzenie. Tak więc sytuacjonizm „moc obowiązywania rygorów moralnych uzależnia od różnorodnych, często niepowtarzalnych, konkretnych życiowych sytuacji, które ujawniają, co i dla kogo jest «dobrą sprawą», ze względu na którą wolno skłamać. Wynika stąd, przynajmniej zdaniem skrajnych sytuacjonistów, że «kłamstwo jest czasem dobre, czasem złe»³³.

Ambivalentność radykalnego sytuacjonizmu, zdaniem jego zwolenników, stanowić ma właśnie o szerokim zakresie jego zastosowania, a tym samym pragmatyczności. Nie ma bowiem w praktyce klinicznej dwóch identycznych, dających się replikować sytuacji. Stąd też aplikacyjność kodeksów deontologicznych jest i zawsze będzie ograniczona. Sytuacjonizm pozwala lekarzowi na odwołanie się do własnej wiedzy, doświadczenia oraz intuicji moralnej po to, aby móc realizować dobro pacjenta na gruncie kodeksu bądź poza nim. Istotny dla tej optyki jest fakt, że w samym środku oddziaływania etycznego pozostaje wartość osoby. Wszystkie decyzje wynikają z troski o pacjenta. Koniecznym, wręcz apriorycznym warunkiem ich podjęcia jest poznanie pacjenta, próba zrozumienia jego sytuacji i odpowiedzenia na jego potrzeby. Sytuacjonizm wymaga dla rozstrzygnięć etycznych, aby relacja lekarz–pacjent była indywidualna i dialogiczna. Dzięki empatii lekarz może dostrzec i zrozumieć w sytuacji klinicznej pacjenta jej wymiar egzystencjalny. O tym, czy powiedzieć prawdę, czy też skłamać lub wybrać określone zachowanie, które leży między dwoma punktami tego kontinuum, lekarz powinien decydować, każdorazowo odwołując się do idei miłosierdzia, która ostatecznie określa, czy normę prawdomówności, niekłamania, niezwodzenia zachować, czy też ją uchylić (i w jakim stopniu).

Problemy, jakie wynikają z praktycznego aspektu implementacji etyki sytuacyjnej na grunt kliniczny, związane są z kilkoma kluczowymi kwestiami. Sytuacjonizm przyjmuje głębokie i nie do końca wypowiedziane założenie, które polega na tym, że sytuacjonista jest osobą niezwykle dojrzałą moralnie. Taka osobowość charakteryzuje się wrażliwością i intuicją moralną, która na gruncie doświadczeń wynikających z wewnętrznej retrospekcji nieustannie pogłębia swoją kompetencję etyczną.

Po pierwsze, ze względu na specyfikę i złożoność rzeczywistości medycznej lekarza interesuje raczej taki system etyczny, który cechuje się niezawodną replikowalnością rozstrzygnięć. Relacja między lekarzem

³³ P. Domeracki, dz. cyt., s. 63–80.

a pacjentem, która w założeniu sytuacjonizmu przyjmowałaby charakter indywidualny, osobowy (a nawet osobisty) i dialogiczny warunkowana jest, o czym należy pamiętać, głównie przez komponenty kulturowo-społeczne. W medycynie współczesnej, laboratoryjnej czy, jak wolą inni, obrazowej, osobisty kontakt kliniczny sprowadzony zostaje do minimum. Lekarz ujmuje pacjenta w perspektywie obrazowej i ilościowej, stąd i przekazywanie informacji (lub ich nieprzekazywanie) przyjmuje raczej charakter formalny. Relacja kliniczna nastawiona na realizację wskaźników ilościowych wymusza swego rodzaju neutralność moralną głównie poprzez dystans techniczny, ale i system organizacji pracy lekarza.

Po drugie, w merytorycznej warstwie krytyki sytuacjonizmu i jego odniesienia do aspektu klinicznego leży także zawodność intuicyjna. Rozległe pole interpretacji tego, jakie zachowanie lekarza będzie urzeczywistniać miłosierdzie wobec pacjenta, z jednej strony może okazać się skażone odniesieniem paternalistycznym, a z drugiej subiektywistycznym i relatywistycznym podejściem. Wobec tego teoretycznie można by uzasadnić stosunkowo szeroki wachlarz decyzji moralnych, spośród których lekarz może dokonać wyboru. Wypowiedzenie prawdy, jak i okłamanie pacjenta w tej samej sytuacji może być i dobre, i złe w zależności od wewnętrznej konstrukcji argumentów moralnych.

Jeżeliby nawet wyobrazić sobie lekarza, któremu udaje się uniknąć powyższych pułapek, to pozostaje jeszcze jedna, najpoważniejsza naszym zdaniem trudność, której nie można przezwyciężyć. Istotą systemów etycznych jest dostarczenie wskazówek do takiego postępowania, dzięki któremu można realizować dobro i unikać zła. Gorliwy zwolennik etyki legalistycznej, postępując zgodnie z kodeksem, nie doświadcza, przynajmniej na zewnętrznym poziomie, poczucia względności dobra i zła. Realizując zapisy kodeksu, wie i – co najważniejsze – czuje, że postępuje właściwie (choćby niewykluczone, że doświadcza wewnętrznych konfliktów). Jeśli wskazanie mówi „przekazuj pacjentom zawsze prawdę o ich stanie zdrowia”, to bez względu na konsekwencje lekarzowi legaliście będzie towarzyszyło poczucie dobrze wykonanego obowiązku, jeżeli ów imperatyw zrealizuje. Tymczasem w świadomość moralną lekarza sytuacjonisty (i to dojrzałego etycznie) wpisane jest niemal apriorycznie poczucie stale odczuwanej czy dyskursywnej niepewności. Doświadczenie kliniczne uczy, że prawnie nigdy nie można osiągnąć absolutnej wewnętrznej pewności, że wypowiedziana prawda nie spowoduje negatywnych konsekwencji. Niepewność ta dotyczy

zarówno formy, treści (materii), jak i „ilości” prawdy. Jeżeli sytuacjoniści twierdzą, że mówienie prawdy i okłamanie uzależnione jest od sytuacji, to należy pamiętać, iż sytuację tę zawsze ujmuje i interpretuje człowiek na gruncie wewnętrznych, zewnętrznych (kulturowych) warunków czy po prostu indywidualnych postaw. Stąd, jak się wydaje, różnica między sytuacjonizmem a subiektywizmem czy relatywizmem moralnym staje się dość subtelną kwestią akcentowania różnych, choć indywidualnie wartościujących czynników.

Sytuacjonistyczny leseferyzm

Sytuacjonistyczny leseferyzm jest stanowiskiem, które z jednej strony znosi legalistyczny i nominalistyczny rygor skrajnego pryncypializmu. Z drugiej zaś wyostża i precyzuje granice interpretacyjne radykalnego sytuacjonizmu. Próbuje więc ustanowić pośrodek między bezwzględnym obowiązkiem moralnym wynikającym z dyrektyw etycznych a postępowaniem opartym na wskazaniu etycznym biorącym za swoje źródło mniej lub bardziej intuicyjnie interpretowaną ocenę sytuacji. Sytuacjonistyczny leseferyzm polega na przyjęciu określonego systemu etycznego, w ramach którego sformułowane wskazania etyczne stanowią zespół ograniczonych alternatyw. Mówiąc inaczej, jest to stanowisko, na gruncie którego kodeks etyczny w ramach sytuacji wyboru moralnego stanowi możliwe (alternatywne) opcje postępowania, które jednak ograniczone zostają istotową wartością etyczną, jaka leży u samego fundamentu tego kodeksu.

W kwestii prawdomówności i fałszomówstwa takie stanowisko reprezentuje na gruncie etyki cnót Alasdair MacIntyre. Zamiast poszukiwania sztywnych zasad postępowania jego optyka kieruje się w stronę podmiotu moralnego, tradycji i praktyki³⁴. To człowiek jest odpowiedzialny za decyzje moralne, a nie kodeksy. Jako że osobowości mają strukturę dynamiczną, a podejmowane wybory moralne dokonywane są w sytuacjach zróżnicowanych i złożonych, to *a priori* etyki zasad przez swe formuły są ograniczone i nieskuteczne. Należy więc raczej kierować się cnotami (np. zasadą prawdomówności), które mają postać abstrakcyjną i uniwersalną, co czyni

³⁴ S. Gałkowski, *Cnoty i relatywizm. Alasdaira MacIntyre'a próba przekroczenia relatywizmu*, „Diametros” 2004, nr 2, s. 2.

je pragmatycznymi³⁵. Dlatego też MacIntyre poszukuje „jakiejs dobrze ugruntowanej zasady lub zbioru zasad, które stojąc na straży prawdomówności, równocześnie uzasadniałyby możliwość posłużenia się kłamstwem, w taki jednak sposób, aby nie naruszyć litery samej tej zasady”³⁶. Przyjmuje za wartość pożądaną prawdomówność, kiedy pisze:

„Trwaj w prawdomówności we wszystkich swych działaniach, będąc bezwzględnie prawdomównym we wszystkich twoich relacjach i kłamiąc agresorom tylko po to, aby chronić te prawdomówne relacje przeciwko agresorom, a nawet tylko wówczas, gdy kłamstwo jest najmniejszą krzywdą, jaka może zapewnić skuteczną obronę przed agresją”. Tej zasady należy przestrzegać bez względu na konsekwencje i jest to zasada dla wszystkich racjonalnych osób znajdujących się w relacjach społecznych³⁷.

Opierając jednak swoją etykę na sądach empirycznych, zakłada jednocześnie, iż istnieją takie sytuacje, w których realizacja prawdomówności (w systemie etycznym, o którym pisze MacIntyre, prawda z reguły realizuje wartość fundamentalną systemu, jaką jest dobro) prowadzić może do destrukcji wartości naczelnej. Jeżeli system etyczny ma charakteryzować się pragmatyzmem i jednocześnie uniknąć błędu idealizacji, należy skonstruować taką zasadę, która określa, kiedy i w jakich okolicznościach etycznie dopuszczalne jest kłamstwo. Oznacza to zarazem, że również dla prawdomówności istnieją „wartości progowe”. Naczelna reguła moralna brzmi: „mów prawdę”. Istnieją jednak od niej możliwe wyjątki. Kłamstwem można się posłużyć wtedy, kiedy stanowi ono zarazem środek skuteczny i adekwatny, a więc posłuży jako niezawodne narzędzie do obrony jakiegoś dobra oraz jego użycie nie powoduje więcej krzywdy niż jest to konieczne do ochrony danej wartości³⁸.

Nie we wszystkich zawodach, według MacIntyre’a, możliwe jest realizowanie etyki cnót. Wymaga ona bowiem tradycji i wewnętrznego systemu praktyki, w którą wpisana jest immanentnie potrzeba wewnętrznego

³⁵ N. Szutta, *Status współczesnej etyki cnót*, „Diametros” 2004, nr 2, s. 72.

³⁶ Tamże, s. 63–80.

³⁷ A. MacIntyre, *Etyka i polityka*, tłum. A. Chmielewski, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN 2009, s. 215.

³⁸ Tamże, s. 214.

rozwoju³⁹. Medycyna realizuje te założenia wręcz wzorcowo. Lekarz dysponuje nie tylko tradycją etyczną sięgającą czasów starożytnych⁴⁰. Spoczywa na nim także obowiązek podejmowania nieustannego rozwoju nie tylko intelektualnego, ale także moralnego. Wobec problemu kłamstwa zarówno deontologia, jak i kultura prawna nakładają na lekarza obowiązek prawdomówności. Lekarz ma być dla pacjenta wiarygodnym źródłem informacji. Na podstawie dostarczonych wiadomości pacjent stosunkowo autonomicznie podejmuje decyzje warunkujące proces terapeutyczny, jakość jego zdrowia i życia. Lekarz zobowiązany jest więc mówić swojemu pacjentowi prawdę. Jeżeli jednak prawda, którą przekazuje się pacjentowi, jego dobra nie realizuje, a wręcz przeciwnie, może spotęgować jego cierpienia, to moralnym obowiązkiem lekarza może stać się kłamstwo. Chroniąc dobro pacjenta, które stanowi wartość najwyższą w ramach kodeksu deontologicznego, lekarz poprzez nieprawdę chroni tę wartość wyższą. Takie postępowanie wynika z praktyki i tradycji.

Informacja o niekorzystnej diagnozie czy złym rokowaniu może pogorszyć stan pacjenta, a etyka lekarska zabrania działania na szkodę chorego. Bywa, że prawda staje się przyczyną wewnętrznego niepokoju dla pacjenta i nic poza tym stanem nie wnosi. Bywa też, że oznajmienie prawdy może stać się wręcz gwałtem na świadomości pacjenta, który domyślając się własnego stanu, nie jest jeszcze gotów go zaakceptować (i bywa, że do końca życia tej gotowości nie osiąga). W tych wszystkich sytuacjach klinicznych, w których kłamstwo okazuje się adekwatnym środkiem ochrony dobra pacjenta i nie sprowadza na niego nieproporcjonalnej krzywdy, lekarz nie mówiąc prawdy i/lub dopuszczając się fałszomówstwa nie czyni dobrze, ale jednocześnie nie popełnia występku etycznego. Moralnym warunkiem właściwego postępowania jest w takich sytuacjach brak jakichkolwiek korzyści dla lekarza (także natury psychicznej czy społecznej), która z kłamstwa mogłaby wynikać. Gwarantem właściwego wewnętrznego przeświadczenia o trafnym zastosowaniu wyjątku od reguły prawdomówstwa musi być wewnętrzne przeświadczenie o słuszności podjętej decyzji. Fundamentem powzięcia

³⁹ G. Pence, *Teoria cnoty*, tłum. P. Łuków, [w:] P. Singer (red.), *Przewodnik po etyce*, Warszawa: Książka i Wiedza 1998, s. 294.

⁴⁰ Jeżeli nawet potraktujemy szczegółowe nakazy Przysięgi Hipokratesa symbolicznie, to fundamentalna wartość, jaką konstituuje Przysięga – działanie dla dobra pacjenta – pozostaje niezmienna.

tego wewnętrznego przeświadczenia są sprawności moralne, które nie tylko predestynują lekarza do zawodu, ale także są rozwijane i doskonalone początkowo w procesie socjalizacji, a następnie w trakcie praktyki zawodowej.

Aplikacja etyki cnót do praktyki klinicznej w ramach zagadnienia białego kłamstwa nie jest jednak wolna od problemów. MacIntyre na gruncie swojej teorii dopuszcza kłamstwo wtedy, jeżeli jest ono ochronne, proporcjonalne i adekwatne. Po pierwsze więc, mechanizmy socjalizacji zawodowej, mające na celu „wyrobienie” w przyszłych lekarzach wrażliwości moralnej i empatii wobec swoich pacjentów mogą okazać się zawodne. Założone cnoty osobowe często weryfikuje charakter pracy, jak i „system kliniczny”. Strukturalne i psychiczne obciążenie pracy lekarzy, kształconych w dyskursie biomedycznym, często czyni już ze świeżo upieczonych adeptów medycyny bardziej techników i rzemieślników niż wrażliwych humanistów, chcących (lub praktycznie mogących) rozwijać swoją osobowość moralną. Może zatem być tak, że kłamstwo zostaje użyte jako narzędzie ochrony, lecz nie dobra pacjenta, ale dobra lekarza. Po drugie, interpretacja dobra pacjenta leży (zgodnie z tradycją etyki hipokratesowej) po stronie lekarza. Paternalizm medyczny zakłada bowiem, że to dzięki swojej wiedzy i doświadczeniu lekarz jest kompetentny w kwestiach tego, co dla jego pacjenta jest dobrem, a co może mu zaszkodzić, i to w równym stopniu na płaszczyźnie medycznej, jak i psychicznej oraz społecznej. W takiej sytuacji deprecjonuje on tym samym autonomię pacjenta i możliwości współdecydowania o własnym zdrowiu i życiu. Po trzecie, jeżeli dopuszczenie kłamstwa ma spełniać warunek jego skuteczności, to trzeba pamiętać, że w rzeczywistości klinicznej konsekwencje większości wyborów, jakich dokonuje lekarz, są mniej lub bardziej, ale jednak prawdopodobne. A więc należy przyjąć za możliwe, iż mimo zastosowania białego kłamstwa zgodnie z postulowanymi zasadami etyki cnót, otrzymana się wynik postępowania etycznego zupełnie przeciwny do zamierzonego. Po czwarte, należy pamiętać, że mówiąc nieprawdę, lekarz – chociaż działałby w jak najlepszej wierze i w ramach zasad – podważa zaufanie nie tylko do siebie samego, ale także do profesji (a więc i tradycji), jaką reprezentuje.

Podsumowanie

Niewątpliwie niezależnie od rodzaju teorii i stanowisk etycznych prawdomówność stanowi zawsze jedną z naczelných wartości. Konstytuuje moralność, która w omawianym temacie wprost przekłada się na relację między lekarzem i pacjentem. Stanowi fundament dla poszanowania zasady autonomii (zarówno pacjenta, jak i lekarza), tworzy zasadę dobroczynności (przekłada się wprost na skuteczność diagnostyczną i terapeutyczną) itd. Mimo to, rozpatrując tę kwestię z perspektywy historycznej, prawdomówność nigdy nie została ujęta formalnie jako naczelna wartość w etyce lekarskiej. Kodeksy deontologiczne nigdy nie broniły bezwzględnie zasady prawdomówności! Niejednokrotnie za to dopuszczano białe kłamstwo jako narzędzie mające chronić pacjenta przed szkodą prawdy.

Kultura prawna, uwarunkowana odniesieniem społecznym, tworzyła i wciąż tworzy różnorodne konteksty dla oceny prawdy i kłamstwa, także w medycynie. Współcześnie ciężar narracji kładzie raczej akcent na problem kłamstwa modalnego niż materialnego⁴¹. Pytanie więc nie dotyczy tego, co lekarz ma powiedzieć (prawdę czy fałsz), ale raczej tego, jak, w tych wyjątkowych sytuacjach, bezwzględnej prawdy nie zakomunikować, a jednocześnie nie skłamać, aby chronić pacjenta i nie naruszać prawa zarazem. Niezależnie bowiem od odniesienia etycznego „kłamstwo totalne”, polegające na tworzeniu fikcji świata w każdej z jego sfer: języka, świadomości i rzeczywistości⁴², w odniesieniu medycznym pozostaje naganne i niedopuszczalne etycznie. Problem jednak, jak sądzimy, leży dokładnie w tym, jaką formę nieprawdy uznamy już za kłamstwo, a jaką jeszcze nie. Barbara Chyrowicz stwierdza: „Czym innym jest kłamstwo jako mówienie nieprawdy, a czym innym niemówienie prawdy. Lekarz (także szeroko pojęte służby medyczne) nie ma prawa oszukiwać pacjenta ani mamić go obietnicami bez pokrycia. Nie wynika stąd jednak, że lekarz musi mówić wszystko, całą znaną mu prawdę o chorobie pacjenta. Mogłoby to okazać się dla pacjenta dalece niezrozumiałe”⁴³. Życie społeczne z jego wszelkimi przejawami (tu: w relacji lekarz–pacjent) byłoby nie do zniesienia, jeżeli

⁴¹ Por. W. Galewicz, *O argumentach za medycznym kłamstwem*, „Diametros” 2005, nr 4, s. 154–155.

⁴² B. Zielewska-Rudnicka, dz. cyt., s. 160.

⁴³ B. Chyrowicz, *Prawo do nieinformowania*, „Diametros” 2005, nr 4, s. 150.

zakładałoby obowiązek mówienia zawsze całej prawdy wszystkim oraz utożsamiałoby kłamstwo, które zawsze jest naganne moralnie, ze wszelkimi przejawami niewypowiedzenia prawdy⁴⁴.

W żadnym ze stanowisk etycznych nie istnieje imperatyw niemówienia prawdy. Podobnie jak nie istnieje „skodyfikowana norma” ustanawiająca formę określoności wypowiedzenia prawdy. Komunikować fakty można na wiele sposobów i różnymi sposobami. Ta sama prawda w sensie materialnym wypowiedziana ustami dwóch lekarzy wybrzmi na dwa różne sposoby. Stąd odpowiedź na pytanie, jak komunikować prawdę pacjentom, jest obszarem raczej dyspozycji psychologii klinicznej i socjologii medycyny⁴⁵. W ramach etyki medycznej obszar między niewypowiadaniem prawdy a stopniami nieostrości jej komunikowania, jak nam się wydaje, stanowi przestrzeń ponadintencjonalnie i quasi-świadomie niedookreśloną.

Literatura

- Arystoteles (1996), *Etyka nikomachejska*, [w:] tenże, *Dzieła wszystkie*, t. 5, tłum. D. Gromska, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Aszyk P. (2010), *Etyczne oblicza starożytnej medycyny*, Warszawa: Wydawnictwo Rhetos.
- Brandhorst M. (2011), *O prawie do kłamstwa z miłości do ludzi*, tłum. M. Marciniak, „Studia z Historii Filozofii” nr 2, s. 89–105.
- Chrowicz B. (2005), *Prawo do nieinformowania*, „Diametros”, nr 4, s. 147–150.
- Chudy W. (2003), *Filozofia kłamstwa*, Warszawa: Oficyna Wydawnicza Volumen.
- Chudy W. (2007), *Spoleczeństwo zaklamane. Esej o społeczeństwie i kłamstwie – I*, Warszawa: Oficyna Naukowa.
- Dąmbska I. (1973), *Alétheia i aléthes w dialektyce stoickiej na podstawie „Adversus Logicos” Sekstusa Empiryka*, [w:] J. Sulowski (red.), *Studia z historii semiotyki*, t. 2, Wrocław: Zakład Narodowy im. Ossolińskich.
- Domeracki P. (2009), *Deontologia kłamstwa: czego możemy nauczyć się od MacIntyre’a*, [w:] W. Zuziak, J. Mysona Byrska (red.), *Kłamstwo w życiu*

⁴⁴ Por. A. Stępnik, *W sprawie pojęcia kłamstwa*, „Edukacja Filozoficzna” 2013, nr 56, s. 101–115.

⁴⁵ Por. K. Sobczak, *Przekazywanie informacji o niekorzystnej diagnozie i rokowaniu*, „Forum Medycyny Rodzinnej” 2014, nr 6, s. 320–328.

- publicznym*, Kraków: Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Papieskiego Jana Pawła II.
- Fidos Ł. (2013), *Przeciw nieuchronności kłamstwa*, „Annales UMCS. Philosophia – Sociologia”, nr 28, s. 93–114.
- Fletcher J. (1966), *Situation Ethics. The New Morality*, Pennsylvania: Westminster Press.
- Galewicz W. (2005), *O argumentach za medycznym kłamstwem*, „Diametros”, nr 4, s. 152–158.
- Gałkowski S. (2004), *Cnoty i relatywizm. Alasdaira MacIntyre’a próba przekroczenia relatywizmu*, „Diametros”, nr 2, s. 1–17.
- Jacórzyski W.R. (1993), *Joseph Fletcher i agapizm, czyli: „kochaj i rób, co chcesz”*, „Etyka”, nr 26, s. 62–72.
- Kant I. (2002), *O domniemanym prawie do kłamstwa z pobudek miłości ludzkiej*, tłum. A. Grzebiński, D. Pakalski, „Filo-Sofija”, nr 1, s. 165–169.
- Kant I. (2005), *Metafizyka moralności*, tłum. E. Nowak, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Kodeks Etyki Lekarskiej (tekst jednolity z dnia 2 stycznia 2004 r., zawierający zmiany uchwalone w dniu 20 września 2003 r. przez Nadzwyczajny VII Krajowy Zjazd Lekarzy)*, Warszawa 2004.
- Lazari-Pawłowska I. (1992), *Problemy etyki sytuacyjnej*, [w:] *Etyka. Pisma wybrane*, opr. P.J. Smoczyński, Wrocław–Warszawa–Kraków: Zakład Narodowy im. Ossolińskich.
- MacIntyre A. (2009), *Etyka i polityka*, tłum. A. Chmielewski, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Pence G. (1998), *Teoria cnoty*, [w:] P. Singer (red.), *Przewodnik po etyce*, tłum. P. Łuków, Warszawa: Książka i Wiedza.
- Platon (2003), *Państwo*, tłum. M. Witwicki, Kęty: Wydawnictwo ANTYK.
- Saja K. (2013), *Dlaczego warto budować teorie etyczne?*, „Etyka Praktyczna”, <http://etykapraktyczna.pl/wpis/2013/02/06/dlaczego-warto-budowac-teorie-etyczne>.
- Sobczak K. (2014), *Przekazywanie informacji o niekorzystnej diagnozie i rokowaniu*, „Forum Medycyny Rodzinnej”, nr 6, s. 320–328.
- Stępnik A. (2013), *W sprawie pojęcia kłamstwa*, „Edukacja Filozoficzna”, nr 56, s. 101–115.
- Zsutta N. (2004), *Status współczesnej etyki cnót*, „Diametros”, nr 2, s. 70–84.

Xenophon (1967), *Apomnemonemata. Xenophon's Memorabilia of Socrates*, trans. R. Robbins, New York: D. Appleton and Company.

Zielewska-Rudnicka B. (2009), *Filozoficzne oblicza kłamstwa*, „Humanistyka i Przyrodoznawstwo”, nr 15, s. 155–163.

'WHITE LIE' IN MEDICAL PRACTICE FROM PERSPECTIVE OF SELECTED ETHICAL THEORIES

Summary

Does a medical practitioner have a moral obligation to mislead a patient about his condition, if he has subjective certainty, that revealing the truth to the patient may harm him even more? Or, perhaps the practitioner is always bound to fully inform the patient about true state of his health? Idea that pertains to those questions is, in its nature, achronic. It has accompanied medicine since its birth and has also become an issue pondered by philosophers. Over the course of centuries, various ethical fundamentals have been created by social and historical contexts. Their purpose was to evaluate the so called 'white lie'. The intention of this article is to classify and describe main ethical concepts, within which a solution to this issue has been sought for.