

# Orientacja na wartości w praktyce onkologa. Wierność

Value-oriented oncological practice. Fidelity

Gabriel Marcel, który swoją filozofię przywykł określać jako „konkretną”, powiedział: „Istotą świata jest, jak się zdaje, zdrada”. Odwołując się do tej prowokującej frazy i do konkretności filozofii Marcela, chcę uczynić punktem wyjścia moich rozważań przekonanie, że wierność jest trudna, jest wysiłkiem i wymaga odwagi przeciwstawienia się. Dlatego właśnie należy do porządku etycznego myślenia i działania — jest wartością. Według mnie jest ona wartością doświadczaną i przeżywaną swoiście w relacji lekarza z człowiekiem chorym na raka. Dlaczego właśnie w tej relacji?

Słowo „rak” ciągle jeszcze odbiera nadzieję, a w relacji z lekarzem chory na raka może tę nadzieję odzyskać. Marcel napisał, że: „nadzieja mieści się dokładnie w ramach próby i nie tylko się z nią łączy, lecz stanowi odpowiedź bytu na tę próbę”<sup>1</sup>. Nadzieja pojawia się w ludzkim życiu wraz z „pokusą rozpacz”, pojawia się w sytuacji granicznej.

**Człowiek chory na raka jest w sytuacji granicznej** i tak też ją odczuwa. Już w momencie diagnozy pojawia się w przestrzeni jego istnienia wielopostaciowe zagrożenie nieistnieniem. Śmierć fizyczna, cierpienie fizyczne — nieodwracalność rozprzestrzeniania się choroby w moim ciele, we mnie. Stygmat choroby przeraźliwej i odrażającej w społecznym postrzeganiu, choroby, która zabija emocjonalnie i społecznie. Ciągle jeszcze realną śmierć fizyczną, poprzedza śmierć społeczną. Przede wszystkim człowieka chorego na raka postrzega się jako osobę, z którą nie wiadomo jak i o czym rozmawiać, więc milkną rozmowy. Przestaje się z takim człowiekiem budować przyszłość, więc mu się tę przyszłość odbiera. Mimo że oświecone społeczeństwo XXI wieku wie, że rak nie jest chorobą zakaźną, nie zmniejsza to jednak lęku przed nim. Ludzie często zachowują się tak, jakby zły los mógł być zakaźny, a chorych na raka jak zarażonych złym losem.

Zatem od początku choremu na raka towarzyszą samotność, lęk i śmierć. Inne schorzenia mogą być realnie groźniejsze i bardziej zagrażające bytowaniu cielesnemu pacjenta. Ale chorobie nowotworowej towarzyszy okrutna mitologia. „Rak biurokracji zżera zdrowe ciało społeczeństwa”, „nieuleczalny rak korupcji zbija społeczną moralność”, „rak nienawiści nieodwracalnie niszczy zwaśnione narody” — taka właśnie językowa codzienność organizuje w ludzkiej podświadomości otchłań lęku przed rakiem. Buduje okrutny mit. A do tego dochodzi, szlachetna w swoim zamierzeniu, „walka z rakiem” w rozmaitych buńczucznych odmianach. Nie „walczy się” z nadciśnieniem, nie „zwycięża się” stwardnienia rozsianego, nie „organizuje się społecznej walki” z cukrzycą. Militarna frazeologia zawiera informację o heroicznych oczekiwaniach wobec człowieka chorego na raka. Rak jest chorobą społecznie nagłośnioną. Choroba natomiast jest sytuacją intymną. Potrzebna jest pewność zachowania tajemnicy, by mogła jej towarzyszyć naiwność osobistej nadziei. Potrzebne jest zaufanie do tego, któremu się tę tajemnicę powierza. Marcel napisał: „Nadzieja przedstawia się nam tak, jak gdyby kierowała nią miłość”<sup>2</sup>.

Wybitny znawca duszy ludzkiej — Antoni Kępiński — stwierdził: „Każdy człowiek postawiony wobec nowej sytuacji lub nowego człowieka jest skłonny do stawiania szybkiej oceny zjawiska w alternatywnym ujęciu **dobrze — źle**. Stając wobec konfliktów pacjenta — nierzadko także natury etycznej — odczuwamy często **moralne swędzenie** do wydania naszej opinii w formie: **dobrze — źle**. Nigdy jednak nie mamy do tego prawa, bo po pierwsze, pacjent przychodzi do nas po pomoc, a nie po wyrok, po drugie, nigdy dostatecznie nie znamy chorego, by móc o nim wydać sprawiedliwy sąd”<sup>3</sup>. W zaleceniu, by lekarz powstrzymywał się od oceniania, od sądenia chodzi przede wszystkim o to, by relacja lekarz–pacjent pozostała relacją między dwojgiem ludzi. Max Scheler powiedział: „Żeby kogoś poznać — trzeba pozwolić mu być”<sup>4</sup>. Ten motyw pojawia się w wielu współczesnych rozważaniach filozoficznych nad ludzką kondycją i międzyludzkimi relacjami. Istotę tej

sprawy także uchwycił Antoni Kępiński: „Przemiana środowiska naturalnego sprzyja technicznemu spojrzeniu na drugiego człowieka, to znaczy, że coraz słabiej widzi się w nim cechy ludzkie, a coraz wyraźniej atrybuty związane ze sprawnym funkcjonowaniem maszyny techniczno-społecznej. Spojrzenie takie jest może jednym z największych niebezpieczeństw współczesnej cywilizacji. Przykład lekarza na rampie, który jest właśnie takiego spojrzenia skrajną realizacją, powinien być ostrzeżeniem”<sup>5</sup>. Wybitny polski psychiatra wskazuje tu na rzecz donioślejszą być może niż szacunek dla samego tylko ludzkiego istnienia, a mianowicie na uszanowanie wolności drugiego człowieka. W swoich refleksjach nad życiem więźniów obozów koncentracyjnych niejednokrotnie podkreślił znaczenie wewnętrznej wolności człowieka. To jej więźniowie zawdzięczali zachowanie zdolności wyboru nawet w sytuacjach, które zdawały się wybór całkowicie wykluczać. Profesor Antoni Kępiński przywiązywał wielką wagę do tego aspektu życia pacjentów.

Kiedy jeden z gości kliniki — profesor Józef Tischner — zdziwił się, widząc salę, w której pacjenci tańczą i gra muzyka, profesor Antoni Kępiński powiedział: „Bo u nas wszystko wolno!”. Wspominając to wydarzenie po latach napisał: „Świadomość sytuacji etycznej budzi się w człowieku, gdy odkrywa, że przed nim stoi drugi człowiek”<sup>6</sup>. Rezygnując z wartościowania, nie rezygnuje się z wartości — wręcz odwrotnie, to właśnie dzięki rezygnacji z postawy normatywnej lekarz doświadcza relacji z pacjentem jako osoby wolnej, która w trudnej, a czasem wręcz tragicznej sytuacji choroby szuka swego ethosu — miejsca swego zadomowienia. W sytuacji granicznej, jaką jest zachowanie na raka, fundamentalnie ważne jest dla człowieka przeżywanie wartości. Wartości są nam dane poprzez uczucia. Kiedy dochodzi do zaburzenia w przestrzeni uporządkowanych dotąd wartości — następują też poważne zaburzenia emocjonalne. Reakcje stają się zaburzone, gwałtowne. Nawet u najspokojniejszych ludzi pojawiają się „eksplozje uczuć”. Utrudnia to zachowanie konwenansów, ale jest ekspresją przeżywania wartości. Często zdarza się, że pacjent doznaje swoistego olśnienia — w obliczu zagrożenia cierpieniem, odrzuceniem, śmiercią nagle jasno uświadamia sobie sens swojego istnienia, cel swojego życia. Są to przeżycia bardzo głębokie i intymne. Zaufanie do lekarza, wiara w jego człowieczeństwo staje się w tym kontekście sprawą zasadniczą, także z terapeutycznego punktu widzenia.

**Wiara i zaufanie.** Można się zastanawiać nad tym jak duży jest wewnętrzny konflikt człowieka między zaufaniem do drugiej osoby i całkowitym brakiem wiary w nią. Ten odwieczny dylemat Pascal wyraził zdaniem: „Poznanie człowieka rodzi rozpacz”<sup>7</sup>. Często ci, któ-

rzy nie wierzyli w człowieka — a tak było na przykład w przypadku Jansenistów, wśród których Pascal dorastał — preferowali i zalecali pokładanie ufności w Bogu. Jest to częste stanowisko w filozofii chrześcijańskiej i stanowi spuściznę przede wszystkim po świętym Augustynie i jego manichejskim podejściu do tego zagadnienia. Poznawanie ludzi może przerażać, może być źródłem rozpacz. A zatem oparcia należy szukać w wierze, w Bogu i w jego ojcowskiej miłości. Czy jednak wiara jest jednoznacznym, ogólnym pojęciem — czy taka sama jest wiara każdego człowieka? Jak poznać własną wiarę czy też niewiarę? I tu okazuje się, że wiara nie jest jakimś ostatecznym rozwiązaniem, raz na zawsze utrwalonym punktem odniesienia. To przez konfrontację z wiarą drugiego człowieka poznajemy własną wiarę i — paradoksalnie — z niewiarą jest tak samo! Każdy człowiek, choćby był najgłębiej wierzący, doświadcza lęku, niepokoju, rozpacz. Są dni, kiedy ufamy w boską opatrność bez zastrzeżeń, kiedy ludziom ufamy bardziej i łatwiej wybaczymy. Bywają jednak również dni próby, kiedy przychodzi doświadczać lęku i cierpienia, bo pojawia się zła diagnoza, a wraz z nią otwiera się perspektywa niezaznanej dotychczas samotności. Wtedy problem wiary w Boga i możliwość zaufania lekarzowi określają, czy człowiek będzie siebie uważał za wybrańca godnego łaski, czy uwierzy, że lekarz zrobi dla niego wszystko, co tylko będzie możliwe, czy też poczuje się okrucieństwem *massa damnata* — Boga będzie postrzegał jako zbyt odległego, a lekarza jako obojętnego lub jedynie udającego zainteresowanie.

Pogrążenie się w rozpacz, którą nazywa się dziś chętnie terminem medycznym — depresji, jest wyborem niewiary i nieufności. Jeśli duchowny, lekarz czy przyjaciel powie: „jesteś sobie sam winien”, to samotność staje się nie do zniesienia, a odkrycia dotyczące własnej sytuacji mogą nabrać cech obłądu.

Moment uświadomienia sobie, przyjęcia do wiadomości, uwewnętrznienia informacji: „Jestem chory na raka” bardzo człowieka zmienia. Jest przeżyciem o porażającej sile — olśnieniem.

Czy w akcie swoistego „olśnienia onkologicznego” człowiek może się wzbogacić duchowo? Spróbujmy rozważyć rozmaite konsekwencje i wersje tego przeżycia. Zdarza się, że pacjent dokonuje odkrycia na temat świata: odnajduje jego prawdziwe oblicze. Czasami olśnienie to prowadzi do pogłębionej refleksji dotyczącej śmierci, śmiertelności czy nieśmiertelności człowieka, wreszcie — do katastroficznego odczuwania zbliżającej się śmierci. Ale zdarza się także, że wyzwolone zostaje poczucie własnej wyjątkowości, charyzmy, posłannictwa. Tak jest niewątpliwie u tych osób, które naznaczone chorobą zaczynają czynnie działać jako wolontariusze. Można powiedzieć, że je-

śli chory doznaje olśnienia związanego z bardzo bolesnym przeżyciem lęku przed rakiem, to w sferze wartości prowadzi to już to do odkrycia prawdy o bycie i niebycie bądź to odkrycia prawdy o samym sobie. Często zresztą, intensywnie poszukując prawdy zewnętrznej, człowiek odkrywa prawdę o sobie i odwrotnie.

Tym gwałtownym przeżyciom i przemianom towarzyszą niekiedy narodziny heroizmu chorego człowieka. Marację Antoni Kępiński, kiedy zakłada, że w każdym z nas tkwi pewna „proporcja heroiczna”, czyli chęć sprawdzenia siebie w warunkach ekstremalnych. Nie jest istotne, jak się człowiek mierzy z taką sytuacją. Znaczenie ma sama tendencja zmierzenia się z chorobą, zaistnienie poprzez samo podjęcie się danego zadania. Może nie dla każdego rzucenie palenia tytoniu jest heroizmem. Lekarze czasem mówią: „Po co pacjenta męczyć, to już niczego nie zmieni”. Nieprawda! Już samo zmierzenie się z nałogiem może mieć istotne znaczenie dla odnalezienia swojej „proporcji heroicznej”.

W sytuacji ekstremalnego zagrożenia dochodzi do zaburzenia przeżywania czasu. Pełne zaś przeżywanie czasu jest wedle Husserla, który zajmował się tą kwestią wyjątkowo wnikliwie, „podstawowym warunkiem możliwości intencjonalnej świadomości przedmiotu”<sup>8</sup>. Kiedy czas skupia się w jednym punkcie, człowiek ma ogromne problemy z nawiązaniem kontaktu z innymi, z rzeczywistością w ogóle. To zaburza strukturę nadziei. Człowiek żyje, jakby nic go już nie czekało. Otwarcie się na własny heroizm, to zwrócenie się w stronę nadziei: „Będzie mnie to dużo kosztowało, ale zmierzę się z tym”.

Między chorym i lekarzem nawiązuje się dialog. To oznacza nie tylko wymianę informacji, ale również wdrożenie skutecznej terapii. Kontakt z konkretnym drugim człowiekiem to przełamanie groźnych stereotypów, wieloznaczności świata. Lekarz i pacjent otwierają się na siebie i tak powstaje relacja, której zasadą jest wspólne zmierzanie do określonego celu. Czy jednak w przypadku ciężkiej, nieuleczalnej choroby lekarz może przyrzec pacjentowi, że go uleczy? Przez długie lata onkolodzy oszukiwali swoich pacjentów. Unikali słowa, które oznacza wyrok. Mówili prawdę najbliższym a „oszczędzali jej” pacjentowi. W ten sposób relację onkologa z pacjentem wypełniały pogodniejsze od prawdy półprawdy i obietnice bez pokrycia. Chory mógł mieć większe poczucie wolności, ale była to wolność zmyślona.

W ciągu ostatnich 10 lat zarówno w zawodowych kodeksach lekarskich, jak i stanowionych prawach pacjentów wysoką pozycję uzyskała inna wartość — prawda. W międzyludzkiej kontakcie poprzez słowo konstytuują się wspólny świat dwóch osób. Ono przeciwdziała

bezlądowi i anarchii, nadaje znaczenie. Aby jednak tak właśnie było, potrzebne jest przestrzeganie normy moralnej: „Nie kłam”. To trudne. Pacjent boi się prawdy. Wydaje się, że wręcz czeka na litościwe kłamstwo. To czyni prawdę trudną zarówno dla pacjenta, jak i dla lekarza. Warto zatem dodać do czysto etycznych rozważań na temat prawdy jako zasady rozważania dotyczącej roli **Twarzy** w jej przekazywaniu. Odwołując się do twarzy w swojej filozofii moralnej Emmanuel Levinas powiedział: „Twarz nie przychodzi do mnie jako odpowiedź na pytanie, które postawiłem światu, bowiem to ona uczy mnie pytać. Twarzy nie można pojąć, nie można nią zawładnąć, mieć jej do dyspozycji. Twarz nie znaczy niczego oprócz siebie. Twarz nie jest odpowiedzią na moje pytanie, raczej ona stawia mi pytanie”<sup>9</sup>.

Realny Inny w moim świecie to Twarz, a nie tylko słowo. Słowa można się wstydić, bać, unikać. W tych wszystkich odczuciach Inny jest potrzebny jako Twarz. Jeśliby w tym miejscu pojawiły się pytania o definicję Levinasowskiej **Twarzy**, to sięgnę do wnikliwych rozważań Bluma: „Twarz wykracza poza wszelkie **co**. Twarz to **twarz**”<sup>10</sup>.

I dodam jeszcze: przypomnij sobie co to **Twarz**. Ona jest obecna w kłamstwie i w prawdzie. W prawdzie jednak staje się dodatkową wartością, formą ofiarowania siebie drugiemu. „Twarz — pisze Levinas — to żywa obecność, to ekspresja. Twarz mówi. Odsłonięcie twarzy to już dyskurs”<sup>11</sup>. Odsłonięcie Twarzy nie jest łatwe. Jednak wybitni lekarze potrafią tej sztuki dokonać i poprowadzić pacjenta przez to doświadczenie. Określając relację lekarza z pacjentem, Antoni Kępiński napisał: „W stosunkach tych nie potrzeba słów, czyta się z twarzy”<sup>12</sup>.

Można by tu rozważać i opisywać skrupulatnie różnorodne poznawcze zawiłości kontaktu lekarza z pacjentem. Jedno jest rzeczywiście istotne: sama struktura rozmowy. Odbywa się ona na planie trójkąta: lekarz i pacjent rozmawiają o trzecim wierzchołku: o pacjencie. Dlatego właśnie pacjentowi, który rozmawia o samym sobie, należy zapewnić poczucie intymności i bezpieczeństwa. Obecność lekarza empatycznego, potrafiącego „wczuć się w sytuację” gwarantuje poczucie intymnego bycia rozumianym. Aby zbudować poczucie bezpieczeństwa, potrzeba jednak więcej — konieczna jest wierność lekarza. Każda następna rozmowa, spotkanie stanowią świadectwo tej wierności i pozwalają, by pacjent mógł zawierzyć lekarzowi. Proces tego zawierzenia wymaga czasu, który jest okresem świadectw. Buduje się porozumienie i wspólnota myślenia dialogowego.

Wierność jest tym, co onkolog może ofiarować swojemu pacjentowi. Nie znaczy to, że pacjentem nie mają się zajmować inni specjaliści. Ten wierny, tradycyjnie rzecz ujmując, lekarz prowadzący pozostanie jedynym

nawet jeśli tylko pozostanie w tle, zapyta o zdrowie, zainteresuje się wynikami. Często ważniejsza będzie sama możliwość dialogu niż rzeczywista rozmowa. Wierny lekarz jest „depozytariuszem nadziei pacjenta”, jego ucieczką od samotności.

Bycie wiernym lekarzem wiąże się z osiągnięciem pewnej mądrości we współbyciu z pacjentami. Ta mądrość opiera się na dwóch doświadczeniach: że prawda chroni i że godność człowieka jest niezniszczalna. Onkolog nie może swojemu pacjentowi obiecać, że go wyleczy, że w ogóle będzie go mógł dalej leczyć. Ale zawsze może powiedzieć: „Będę Ci wierny” i doświadczać siebie w tej prawdzie.

## Barbara Czerna

Adres do korespondencji:  
filozof Barbara Czerna  
e-mail: czerna@vp.pl

## Przypisy

1. Marcel G. Homo Viator. Warszawa 1959, s. 35.
2. *Ibidem*, s. 57.
3. Kępiński A. Rytm życia. Warszawa 1972, s. 91.
4. Scheler M. Die transzendentalen und die psychologische Methode. Leipzig 1900. Cytuję za: Michalski K. Uczucia i fenomenologia. Teksty 1974; 2: s. 110.
5. Kępiński A. *op. cit.*, s. 73.
6. Tischner J. Myślenie według wartości. Kraków 2005, s. 398, 399.
7. Pascal B. Myśli. Warszawa 1974, s. 146.
8. Husserl E. Dzieła zebrane. T. X, Haag 1966. Cytuję za: Tischner J. Husserl–Ingarden — spór o istnienie świata. Studia Filozoficzne. Wydanie specjalne. Warszawa 1972, s. 128.
9. Levinas E. Totalite et infini. Paryż 1968, s. 56.
10. Blum R.P. La communication. Montreal 1973, s. 79.
11. Levinas E. *op. cit.*, s. 38.
12. Kępiński A. *op. cit.*, s. 11.