

Uniwersytet im. Adama Mickiewicza w Poznaniu

Wydział Filozoficzny



Karolina Napiwodzka

**Działanie komunikacyjne i podejście dyskursywne
w relacji lekarz-pacjent**

Communicative action and discursive approach
in doctor-patient relationship

Rozprawa doktorska
napisana pod kierunkiem
Prof. zw. dr. hab. Ewy Nowak

Promotor pomocniczy:
Prof. dr. hab. Anna-Maria Barciszewska

Poznań, 2022

Spis treści Wstęp.....	4
 Rozdział I	
O praktycznej potrzebie i normatywnych przyczynach rozwoju partycypacyjno- dialogicznych modeli podejmowania decyzji medycznych po II wojnie światowej.....	7
Lekarz jako jednoosobowy podmiot profesjonalno-decyzyjny: model paternalistyczny i tradycyjna etyka lekarska	8
Bezpośrednie przyczyny regulacji praktyk biomedycznych po 1945 roku i narodziny bioetyki jako dziedziny interdyscyplinarnej.....	11
Proces upodmiotowienia pacjenta i uczynienia go współuczestnikiem decyzji leczniczych	16
Modele relacji lekarz-pacjent włączające pacjenta w proces podejmowania decyzji medycznych.....	20
Współczesne studia nad komunikacją i partycypacją pacjenta w medycynie.....	23
 Rozdział II	
Modele torujące drogę tezie o przydatności Habermasowskiej teorii działania komunikacyjnego i dyskursu praktycznego w medyczno-etycznych kontekstach podejmowania decyzji z udziałem pacjenta.....	26
Modele kolegialnego i podzielanego podejmowania decyzji medyczno-etycznych.....	27
Model relacyjny.....	35
Modele relacyjno-opiekuńcze	40
Model relacyjno-kontekstowy	43
Modele deliberacyjne	49
 Rozdział III	
Działanie komunikacyjne, sytuacja komunikacyjna, interakcja komunikacyjna według J.Habermasa.....	73
Działanie komunikacyjne a działanie językowe	74
Uznawanie roszczeń ważnościowych	77
Cechy operacyjne działania komunikacyjnego, sytuacji komunikacyjnej, interakcji komunikacyjnej	81
Działanie komunikacyjne na tle innych typów działania społecznego	85
Działanie komunikacyjne a „komunikowanie się” w sensie potocznym	95
Założenie o racjonalności podmiotów działania komunikacyjnego.....	96

Kompetencja komunikacyjna	99
Racjonalność komunikacyjna a racjonalność kognitywno-instrumentalna.....	103
„Świat życia” jako nieusuwalny punkt odniesienia dla interakcji komunikacyjnej i źródło sensu.....	105
Wartości. Między „światem życia”, interakcją komunikacyjną i dyskursem.....	114
Idealna <i>versus</i> usytuowana i ukontekstowana sytuacja komunikacyjna.....	118
Rozdział IV Dyskurs.....	126
Dyskurs, jego istota i uwarunkowanie przez działanie komunikacyjne.....	127
Dyskurs teoretyczny, dyskurs praktyczny, dyskurs, który sądzi.....	135
Argumentacja jako istota dyskursu praktycznego.....	141
Dyskurs etyczno-praktyczny i dyskurs moralno-praktyczny.....	144
Dyskurs eksplikacyjny („terapeutyczny”).....	147
Ogólna charakterystyka reguł dyskursu.....	152
Reguły etyki dyskursu (przed dyskursywną teorią prawa i polityki).....	154
„Reguły rozumności” w dyskursie praktycznym	159
Reguły tranzykcji pomiędzy dyskursami praktycznym i teoretycznym.....	162
Rozdział V	
O zastosowaniach działania komunikacyjnego i dyskursu w opiece zdrowotnej. Włączenie pacjenta.....	165
2	
Usytuowanie i ukontekstowanie sytuacji komunikacyjnej w publicznej opiece zdrowotnej.....	166
Gdy prawa wystarczają, ale nie wykluczają czegoś więcej	183
Od prawa do informacji przez uproszczoną <i>versus</i> rozwiniętą ‘wolną i kompetentną zgodę’ po zgodę konsensualną obejmującą tę ostatnią. Medyczny dyskurs jako ‘teoretyczny’....	187
Proceduralizm: ograniczenie czy szansa dla działania komunikacyjnego i etyki dyskursu?..	202
Edukowanie rzecz pomyślnej „komunikacyjnej” koordynacji działań (działania werbalne i dramaturgiczne w <i>metodzie pacjenta symulowanego</i>).....	218
Medyczne „hard cases” i zastosowania dyskursu praktycznego (interprofesjonalny model	

ulmski).....	225
Co zachodzi w decyzji klinicznej?	232
Zakończenie	240
Bibliografia	246

Wstęp

Przedłożona rozprawa doktorska przedstawia efekty realizacji następującego głównego celu badawczego: przeanalizowania w sposób teoretyczny, jakie są szanse na dalszy rozwój relacji dialogiczno-partnerskiej pomiędzy lekarzem i pacjentem w kierunku dyskursywnym. Chodzi o taką strukturę relacji, aby jak najpełniej upodmiotowić pacjenta (z uwagi na prawa pacjenta, oparte na nowoczesnej zasadzie indywidualnej autonomii i samostanowienia); by zaprojektować warunki sprzyjające jego możliwie szerokiej partycypacji w procesie podejmowania decyzji medycznych (klinicznych), jednocześnie określając realistycznie ramy instytucjonalne i ograniczenia obiektywne, bądź wynikające ze stanu zdrowia i woli pacjenta.

W realizacji tego celu wykorzystana została następująca metoda: systematyczna konstrukcja założeń Habermasowskiej teorii działania komunikacyjnego i teorii dyskursów (teoretycznego, praktycznego, a w ramach tego ostatniego – jego wariant aplikacyjny) wykorzystująca oryginalne dzieła J. Habermasa (i jedynie pomocniczo literaturę dodatkową). Oprócz tego założenie o transformacji dotychczasowych modeli relacji między lekarzem i pacjentem, nie tyle zupełnie tradycyjnych, ile współcześnie występujących i opisywanych w literaturze naukowej, zostało odniesione do potencjału rozwojowego tych właśnie modeli, zarysowanych w rozdziale II (tymczasem rozdział I ma charakter propedeutyczny i ukazuje, z jakich powodów w drugiej połowie XX w. następowało generalnie w Europie i na świecie – włączanie zarówno pacjenta, jak i jego instytucjonalizujących się praw dających artykulację jego autonomicznemu, refleksyjnemu samostanowieniu – w tym prawa do informacji, zgody świadomej). Zatem w całej rozprawie kluczowe będą rozdziały III (prezentujący założenia teorii działania komunikacyjnego), IV (prezentujący założenia etyki dyskursu – a zasadniczo kilku dyskursów) i V, w którym ukazana zostanie rozwinięta zasada autonomii pacjenta w jego kluczowych – komunikacyjno-dyskursywnych prawach, a następnie pokazane będą funkcjonujące już w Europie programy edukujące adeptów medycyny (przyszłych pracowników publicznej opieki medycznej) do współpracy z pacjentem metodami dyskursywnymi. Na zakończenie w gruntownie zarysowanych. instytucjonalno-prawnych i proceduralnych (aczkolwiek względnie ogólnych) ramach podejmowania decyzji klinicznych wskazane zostaną syntetycznie elementy działania komunikacyjnego i dyskursu praktycznego, jako albo już wpisane w podejmowanie decyzji klinicznych, albo przystające do ich struktury i możliwe do dalszej implementacji. Jeśli zaś nie do implementacji, to w roli narzędzi krytycznych bądź pokazujących, jak może wyglądać transformacja aktualnych, często nadal w

niewielkim stopniu angażujących autonomię pacjenta praktykach podejmowania decyzji klinicznych. Spośród innych metod Doktorantka korzystała z analizy tekstów źródłowych,

Nie było celem tej rozprawy apologetyczne i dogmatyczne przedstawienie teorii Habermasa, a raczej systematyczna i możliwie zwięzła prezentacja a) interakcji komunikacyjnej jako z jednej strony intersubiektywnej relacji stale i w różnych formułach (m.in. dramaturgicznej) pozwalającej ludzkim podmiotom koordynować rozmaite praktyki (co naturalnie zachodzi także w kontekstach klinicznych), a z drugiej strony – jako obopólnego rozumienia i uznania znaczeń i sensów tego, co ludzie nawzajem przekazują sobie w aktach mowy (co również wydaje się – a przynajmniej powinno wydawać – nieobce w komunikacji klinicznej z udziałem pacjenta, zwłaszcza zaś w relacji między nim a lekarzem); b) prezentacja, na czym polegają, spełnienia jakich elementarnych reguł wymagają, i jak bardzo są przydatne dyskursy (teoretyczny, praktyczny w rozmaitych odmianach, ekplikacyjny, aplikacyjny, itd.). Prezentacja ta celowo niemal zupełnie pomija adaptację dyskursu dla kontekstów prawnych, która zdominowała studia nad dyskursem w formacie, jaki na podstawie pionierskich założeń rozwijał przez ponad pół wieku J. Habermas. Unikanie kontekstów prawnych (z niewielkimi, zasadnymi wyjątkami) pozwoliło zanalizować najbardziej praktyczne (praktykowne) założenia dyskursów w roli procedur przydatnych w podejmowaniu decyzji i poszukiwaniu rozstrzygnięć na gruncie medycyny, które również wymagają argumentacyjnego uzasadniania i konsensualnej akceptacji decyzji lub rozwiązań jako „ważnych”, a do dyskursu zgłaszanych z „roszczeniem do ważności” (zarówno w sensie epistemologicznym na gruncie teoretycznych dyskursów, jak i do słuszności i prawomocności na gruncie dyskursów praktycznych).

Oprócz tego centralnego zadania badawczego w rozdziale II przedstawiono ewolucję zakresu, a także form partycypacji pacjenta w kontekstach medyczno-klinicznych (i kliniczno-etycznych) angażujących go w rozmaite interakcje komunikacyjne, aż po modele deliberacyjne i ich ocenę przez J. Habermasa. Z kolei w rozdziale V gruntownie (na gruncie międzynarodowej jak i krajowej literatury przedmiotu oraz stosownych przepisów prawnych i kodeksów etyki lekarskiej) zaproponowana została węższa i szersza formuła „zgody świadomej”. W szerszej formule zgoda świadoma jest zreflektowana i objaśniona dyskursywnie i stanowi integralny element sumy aktów akceptacji na poziomie dyskursu klinicznego z udziałem wszystkich uczestników (uprawnionych lub upoważnionych do takiego udziału). Jednakże świadoma zgoda pacjenta może występować – i de facto rzeczywiście występuje – jako akt samoistny, lecz owa samoistość, odosobnienie, komunikacyjno-dyskursywna izolacja mogą go sprowadzić do słabo zreflektowanego, niemal machinalnego i pełnego rezygnacji gestu

aprobaty (lub odmowy). Analiza pokazała, że instytucja „zgody świadomej” jest interpretowana w sposób niejednoznaczny na gruncie rodzimego prawa. Zarazem w kontekście prawa pacjenta do informacji jest czymś niezbywalnym, mającym wielki potencjał, którego realizacja (a także uświadomienie – co było jednym z celów tej pracy) zasługuje na dyskursywne wsparcie.

Oprócz zgody pacjenta jako elementu zgody konsensualnej rozważono, w jaki sposób rozstrzygnięcia kliniczne (z udziałem lub bez udziału pacjenta) zamiast wytwarzać i należycie uzasadniać nowe, powszechnie akceptowalne normy (do czego w gruncie rzeczy powołany jest dyskurs praktyczny zwłaszcza w adaptacjach do kontekstu legislacji i orzecznictwa) – stosuje istniejące już ogólne normy prawne, procedury, protokoły, także normy etyczne właśnie tam, gdzie podejmowane są decyzje dotyczące stanu zdrowia i optymalnego planu leczniczego dla konkretnego pacjenta (konkretnego przypadku). Dyskurs może bowiem służyć wspólnemu (z udziałem pacjenta) doborowi, zbudowaniu i zastosowaniu wobec niego takiego scenariusza leczniczego, że będzie on optymalnej jakości, będzie uwzględniał priorytety czysto biomedyczne (do kategorii biomedycznych eksperci medyczni coraz częściej sprowadzają ‘zdrowie’) wraz z priorytetami, jakie zgłosi sam pacjent, a będą one powiązane nie tylko z jego aktualnym dobrostanem, dobrem czy interesem zdrowotnym, lecz także z jego planami życiowymi i koncepcją dobrego życia, o ile takowej jest świadom i weźmie ją pod uwagę podejmując uzgodnienia wraz z lekarzem. Wspomniany już zamysł transformacyjny ma jeszcze specyficzne znaczenie krytyczne i takie, które pozwala myśleć o wzrastającej partycypacji pacjenta jako antidotum na postępującą technicyzację, digitalizację, kapitalizację, scjentyzację (przy spadku zainteresowania osobistymi, ludzkimi i społecznymi aspektami zdrowia) standardów i praktyk medycznych (w tym decyzyjnych) w publicznej opiece zdrowotnej.

Rozprawa doktorska obejmuje pięć rozdziałów, niniejszy Wstęp (krótki, bowiem rolę właściwego wprowadzenia pełni rozdział I), Zakończenie i Bibliografię. Powstawała pod kierunkiem pani prof. dr hab. Ewy Nowak (promotor, Uniwersytet im. A. Mickiewicza w Poznaniu) (promotor) i pani prof. dr hab. Anny Marii Barciszewskiej (promotor pomocniczy, Uniwersytet Medyczny im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu). Wieloletnia współpraca z całym Zakładem Etyki Wydziału Filozoficznego UAM w Poznaniu i uczestniczenie w intensywnym seminarium (Doktoranckiej Grupie Badawczej pracującej nad *Glosariuszem teorii dyskursu*) były dla autorki dodatkowo stymulujące.

Korzystając z okazji, dziękuję promotorkom, a także pani prof. dr hab. Karolinie Cern (UAM), panu prof. dr hab. Piotrowi W. Juchaczowi (UAM), wszystkim uczestnikom „Cerminarium”, wreszcie moim bliskim za wieloletnie wspieranie mnie w badaniach i ich kontekście ze „świata życia”.

ROZDZIAŁ I

O praktycznej potrzebie i normatywnych przyczynach rozwoju partycypacyjno-dialogicznych modeli podejmowania decyzji medycznych po II wojnie światowej

- a) Lekarz jako jednoosobowy podmiot profesjonalno-decyzyjny: model paternalistyczny i tradycyjna etyka lekarska**
- b) Bezpośrednie przyczyny regulacji praktyk biomedycznych po 1945 roku i narodziny bioetyki jako dziedziny interdyscyplinarnej**
- c) Proces upodmiotowienia pacjenta i uczynienia go współuczestnikiem decyzji leczniczych**
- d) Modele relacji lekarz-pacjent włączające pacjenta w proces podejmowania decyzji medycznych**
- e) Współczesne studia nad komunikacją i partycypacją pacjenta w medycynie**

a) Lekarz jako jednoosobowy podmiot profesjonalno-decyzyjny: model paternalistyczny i tradycyjna etyka lekarska

Refleksja natury moralnej towarzyszyła człowiekowi od samego początku, od kiedy zaczął podejmować próby zapobiegania chorobom i ich leczenia. Aby wnikliwie prześledzić te procesy potrzebna byłaby dogłębna analiza historyczna, która nie jest zamierzeniem niniejszej prac¹. W rozdziale zwrócę uwagę na te momenty normatywnego namysłu nad medycyną, które w istotny sposób wpłynęły na charakter relacji lekarza z pacjentem oraz przyczyniły się ostatecznie do transformacji decyzji medycznych z modelu jednoosobowego, autorytatywnego, paternalistycznego w modele włączające pacjenta. Skoncentruję się na okresie po drugiej wojnie światowej, przywołując tradycję etyki hippokratejskiej jako ilustrację przemian, które dokonały się przez stulecia w tym obszarze ludzkiej praktyki. Poprzez transformację decyzji medycznych we wspomnianym kierunku (ku coraz większemu udziałowi rozmowy, dialogu, komunikacji, dyskursu z udziałem pacjenta) rozumieć będę proces, w toku którego następuje włączenie różnych głosów, także spoza profesji medycznej, do praktyki oraz dyskursu medycznego.

Chcąc pokazać proces włączania głosów spoza medycyny do obszaru podejmowania decyzji medycznych, nie sposób nie powrócić do tradycyjnej etyki lekarskiej, której źródła tkwią w świecie antycznym. Przysięga lekarska autorstwa greckiego lekarza Hipokratesa (ok. 460 p.n.e. - 370 p.n.e.)² do dziś jest inspiracją dla poszukiwań znaczenia dobra w medycynie³ oraz związanego z nim swoistego etosu zawodowego. Wówczas dobro było jednak sytuowane wyłącznie w obszarze relacji lekarz-pacjent, ponieważ to lekarz był jedynym podmiotem profesjonalno-decyzyjnym.

Tradycja hippokratejska wyznaczyła kierunek patrzenia na medycynę jako na formę posłannictwa lub też – służenia pacjentowi w jego cierpieniu i chorobie. Prawidłowy kontakt lekarza z pacjentem powinna, wedle tej postawy, zapewnić wola uzyskania pomocy i zaufanie z jednej strony,

¹ Zob. A. R. Jonsen, *A Short History of Medical Ethics*. Oxford University Press, New York 2000.

² Polski przekład przysięgi Hipokratesa zob. A. Tulczyński (red. naukowa), *Deontologia lekarska. Wybrane materiały do seminariów*. Warszawska Akademia Medyczna, Warszawa 1981, s. 6–7; por. M. Wesoły, *Hippokrates. Wybór pism*. Tł. M. Wesoły, t. I. Prószyński i S-ka, Warszawa 2008; Zob. też „Początki etyki kodeksowej: Przysięga Hipokratesa (460-370 p.n.e.)”, w: Hippocrates, *Opera omnia*, Lipsk 1892, vol. II, tł. G. Piańkówna i K. Kreyslerowa, uzupełn. i skonsultowany przez prof. A. Świderkównę; K. Osińska, *Dorobek etyczny medycyny*, w: *Refleksje nad etyką lekarską*. Wydawnictwo Archidiecezji Warszawskiej, Warszawa 1992.

³ Zob. W. Galewicz, *Dobro i sprawiedliwość w opiece zdrowotnej*. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2018, s. 17–29.

oraz wiedza, autorytet i wola niesienia pomocy, z drugiej⁴. Ponadto, przez stulecia częstym zjawiskiem było praktykowanie przez lekarza opieki nad kilkoma pokoleniami w tej samej rodzinie i w konsekwencji, znajomość występujące w niej chorób dziedzicznych, typowych przypadłości, itd., co czyniło praktykę medyczną bardziej systemową i kompleksową, niż obecnie⁵. Sama osobowość lekarza miała się również odznaczać szczególnym zestawem cech, który dziś można rozpatrywać w kategoriach katalogu cnót, mających na celu zapobieganie nadużyciom związanym z zawodami medycznymi. Są to między innymi: wierność składanym obietnicom i wobec pokładanego w lekarzu zaufania, cnota dobroczynności, dążenie do niwelowania własnego interesu, współczucie i troska, intelektualna uczciwość, sprawiedliwość czy roztropność⁶.

Postawa, wedle której to lekarz decyduje o tym, co jest najlepszym rozwiązaniem dla pacjenta posiadając pełnię władzy i autorytetu w procesie leczenia, nazywana jest paternalizmem⁷. W historii etyki lekarskiej paternalizm dominował jako odpowiednia i słuszna moralnie forma relacji z pacjentem, lecz został zakwestionowany w XIX-XX w., wraz z rozwojem świadomości autonomii pacjenta i włączeniem go jako aktywnego współuczestnika w proces terapii. Sytuacja, w której pacjent jest stroną całkowicie bierną i zależną od wiedzy eksperckiej profesjonalisty – lekarza, zazwyczaj nie służy osiągnięciu najlepszych rezultatów leczenia⁸, nie należy jednak zapominać o tym, że podejście paternalistyczne jest czasem jedynym dostępnym i wręcz wskazanym rozwiązaniem. Podlega ono również typologiom i stopniowaniu, a pozostałe modele relacji lekarz-pacjent są przedmiotem wielu debat w zespołach interdyscyplinarnych i w samym środowisku lekarskim.

⁴ P. Zaborowski, „Etyczny wymiar komunikacji z pacjentem“, w: J. Różyńska, W. Chańska (red. naukowa), *Bioetyka*. Wolters Kluwer Business, Warszawa 2013, s. 148.

⁵ D. J. Rothman, *Strangers at the Bedside. History of How Law and Bioethics Transformed Medical Decision Making*. Basic Books, Harper Collins Publishers, USA 1991.

⁶ Zob. G. Hołub, *Osoba w labiryncie decyzji moralnych: bioetyka w perspektywie personalistycznej*. Wydawnictwo św. Stanisława BM, Kraków 2014, s. 110. Zob. też: etyka lekarska Edmunda Pellegrino oraz M. Olejniczak, *Bioetyka cnót*. Wydawnictwo Naukowe Katedra, Gdańsk, 2017. „Fakt istnienia odpowiedniej wiedzy medycznej oraz to, że istnieją ludzie posiadający umiejętność wykorzystania jej w skuteczny sposób, nie decydują jeszcze o sukcesie terapii. Lekarz znajduje się bowiem zawsze w pozycji nadrzędnej względem pacjenta – może wykorzystać słabość i nieporadność osoby chorej do własnych celów, dążąc do osiągnięcia zysku, władzy, prestiżu czy przyjemności. Stąd jako nieodłączna jawi się konieczność, aby lekarz przyjmował postawę człowieka, co do którego może mieć pewność, że będzie chciał działać przede wszystkim dla dobra pacjenta. Gotowość i pewna „łatwość” przyjęcia takiej postawy muszą być jednak świadomie wypracowane, aby mogły stać się cechami charakteru”, G. Hołub, *Osoba w labiryncie...*, s. 111.

⁷ Jako pierwszy na asymetryczność relacji lekarz-pacjent i wynikający z niej paternalizm zwrócił uwagę T. Parsons w *The Social System*. Psychology Press – Routledge, New York 1951.

⁸ Paternalizm może występować w różnych wersjach: skrajnej lub nie, zob. E. J. Emanuel, L. L. Emanuel, „Four Models of the Physician-Patient Relationship”, *Journal of the American Medical Association* 1992, vol. 267(16), s. 22–29.

Choć etyczny wymiar medycyny nie jest treściowo niezmienny⁹, a etyka zawodowa zmieniała się na przestrzeni wieków, obowiązujące od czasów Hipokratesa wskazówki normatywne przenikają do codzienności zawodowej przedstawicieli profesji medycznych, chociażby poprzez dokumenty regulujące pracę zawodową i wyznaczające etos profesji, takie jak *Kodeks Etyki Lekarskiej*¹⁰. Przytaczam poniżej te z zapisów *Kodeksu*, które będą odgrywały kluczową rolę w dalszej części mojej pracy, choć cały *Kodeks* stanowi do dziś jedno z istotniejszych źródeł normatywnych pracy zawodowej lekarza.

Art. 12.

1. Lekarz powinien życzliwie i kulturalnie traktować pacjentów, szanując ich godność osobistą, prawo do intymności i prywatności.
2. Relacje między pacjentem, a lekarzem powinny opierać się na ich wzajemnym zaufaniu; dlatego pacjent powinien mieć prawo do wyboru lekarza.

Art. 13.

1. Obowiązkiem lekarza jest respektowanie prawa pacjenta do świadomego udziału w podejmowaniu decyzji dotyczących jego zdrowia.
2. Informacja udzielona pacjentowi powinna być sformułowana w sposób dla niego zrozumiały.
3. Lekarz powinien poinformować pacjenta o stopniu ewentualnego ryzyka zabiegów diagnostycznych i leczniczych i spodziewanych korzyściach związanych z wykonywaniem tych zabiegów, a także o możliwościach zastosowania innego postępowania medycznego.

Przemiany, które nastąpiły w medycynie XIX i XX w., wpłynęły znacząco na relację lekarz - pacjent i kwestię odpowiedzialności za tę interakcję oraz proces leczenia. Jak zwraca uwagę Kazimierz Szewczyk,

⁹ J. Różyńska, P. Łuków, „Narodziny i natura bioetyki”, w: J. Różyńska, W. Chańska (red. naukowa), *Bioetyka*, s. 15; por. K. Szewczyk, „Profesjonalna etyka lekarska: Uzasadnienie jej odrębności oraz miejsca w edukacji etycznej studentów medycyny i lekarzy”, *Diametros* 2021, vol. 18(69), s. 33–70.

¹⁰ Pełna treść dokumentu dostępna jest poprzez stronę Naczelnej Izby Lekarskiej. URL: https://www.nil.org.pl/__data/assets/pdf_file/0003/4764/Kodeks-Etyki-Lekarskiej.pdf. [Dostęp: 2.06.2022].

„Przez tysiąclecia uprawiana działalność lekarska sprowadzała się do jednostkowej odpowiedzialności lekarza wobec pacjenta. Ogromna rozbudowa medycyny i jej instytucjonalizacja sprawiły, że lekarz stał się odpowiedzialny nie tylko wobec swojego pacjenta, ale i wobec swojego pracodawcy i całego społeczeństwa, które ponosi ogromne koszty szkół, instytucji, administracji i kontroli, produkcji prozdrowotnej itd. Umowny stosunek lekarz-pacjent oparty na dwustronnym zaufaniu, zmienił się na regulowany przepisami kontrakt Służba Zdrowia – Społeczeństwo, w którym kryzys zaufania dominuje obecnie na całym świecie, a zasad odpowiedzialności zbiorowej nie udaje się opracować”¹¹.

Rozwój nauk ścisłych przyczynił się również do wydłużenia i skomplikowania procesu diagnostycznego. Między lekarzem a pacjentem stanęła skomplikowana technologia i aparatura, a umiejętność stawiania hipotez co do stanu zdrowia pacjenta zastąpiły szczegółowe badania diagnostyczne i specjalistyczne ośrodki medyczne. Niezależnie od oceny wartości dostępnych technologii, aktualnym pozostaje pytanie o udział pacjenta w procesie leczenia: jak dalece powinien on być zaangażowany w podejmowanie decyzji medycznych i w jakim stopniu można obarczyć go odpowiedzialnością za swój stan zdrowia i współpracę z lekarzem.

Zanim przejdę do odpowiedzi na powyższe pytania, w kolejnym podrozdziale zarysuję narodziny i rozwój bioetyki, w której dyskursywne podejście do procesu leczenia zajęło istotne miejsce.

b) Bezpośrednie przyczyny regulacji praktyk biomedycznych po 1945 roku i narodziny bioetyki jako dziedziny interdyscyplinarnej

Po drugiej wojnie światowej precedensy związane z poszczególnymi obszarami rozwoju technologii i biomedycyny sprawiły, że refleksja humanistyczna nad medycyną zmieniła radykalnie swój charakter, formę oraz sposób prowadzenia sporów i debat, co doprowadziło do powstania dziedziny interdyscyplinarnej w latach 60., 70. nazwanej bioetyką¹². Medycyna, a co za tym idzie

¹¹ K. Szewczyk, *Etyka i deontologia lekarska*. Polska Akademia Umiejętności, Kraków 1994, s. 8.

¹² J. Różyńska, P. Łuków, „Narodziny i natura bioetyki”, s. 15; zob. H. Kuhse, P. Singer, “What is Bioethics? A Historical Introduction”, w: H. Kuhse, P. Singer (Eds.), *A Companion to Bioethics*. Blackwell Publishers, USA 1998.

etyka medyczna, musiały zmierzyć się wówczas z nowymi wyzwaniami. Technicyzacja procesu terapeutycznego, zakwestionowanie postulatów ratowania życia ludzkiego za wszelką cenę, rozwój intensywnej terapii (wynalezienie respiratora podtrzymującego funkcje życiowe), anestezjologii i wielu innych gałęzi medycyny doprowadziły do zadawania istotnych pytań o sens życia, cele medycyny, godność i jakość ludzkiej egzystencji¹³. Pojawiło się wiele nowych dylematów moralnych, a w ich rozwiązywanie zaczęli włączać się przedstawiciele różnych profesji oraz laicy niezwiązani zawodowo z medycyną¹⁴. Większość przełomowych wydarzeń takich jak: złamanie kodu DNA (a później pełne zsekwencjonowanie ludzkiego genomu), narodziny dziecka metodą zapłodnienia in vitro, dializowanie, wypracowanie „harwardzkich kryteriów śmierci”, wynalezienie pigułki antykoncepcyjnej, legalizacja aborcji, sklonowanie owcy Dolly, odkrycie właściwości komórek macierzystych, testy genetyczne, itd. stała się przedmiotem społecznych i politycznych debat¹⁵. Realna i nagła potrzeba namysłu moralnego nad medycyną stała się przyczyną powstania specjalnie powoływanych zespołów interdyscyplinarnych, centrów, komisji i konferencji, w ramach których poszukiwano odpowiedzi na najbardziej ważne pytania. Bioetyka pojawiła się wraz z bardzo konkretnym zapotrzebowaniem ustalenia granic i zasad moralnych dla nowych odkryć w obszarze biomedycyny¹⁶. Ponadto, zapotrzebowanie to zbiegło się z upadkiem ściśle chrześcijańskiej, uniwersalnej wizji świata i związanego z tym klimatu społecznego – oczekiwania uzgodnienia nowych norm, aktualnych w realiach postmetafizycznych i postradycyjnych¹⁷.

Poza odkryciami naukowymi i ich konsekwencjami w postaci zastosowań w praktyce medycznej, istotną rolę w procesie dyskursywizacji biomedycyny odegrały wydarzenia drugiej wojny światowej – eksperymenty eugeniczne. Jednym z przełomowych wydarzeń dla powstania i rozwoju bioetyki było ogłoszenie wyroku Trybunału Sprawiedliwości w Norymberdze 19 sierpnia 1947 roku. Potępiono wówczas jednoznacznie nazistowskich lekarzy, którzy prowadzili w imię „nauki” szereg nieludzkich eksperymentów na więźniach hitlerowskich obozów koncentracyjnych. Zredagowany wówczas *Kodeks Norymberski* dał początek regulacjom dotyczącym prowadzenia eksperymentów i

¹³ B. Chyrowicz, *Bioetyka: anatomia sporu*. Wydawnictwo Znak, Kraków 2015, s. 18.

¹⁴ D. J. Rothman, *Strangers at the Bedside. History of How Law and Bioethics Transformed Medical Decision Making*.

¹⁵ B. Chyrowicz, *Bioetyka...*, s. 18

¹⁶ Tamże, s. 39.

¹⁷ H. T. Engelhart, *The Foundations of Bioethics*, s. 9–22, za: B. Chyrowicz, *Bioetyka...*, s. 48.

badan medycznych z udziałem ludzi, wymagając między innymi od pacjenta udzielenia dobrowolnej zgody na udział w takich badaniach, a od naukowców kierowania się wyłącznie dobrem człowieka¹⁸.

Udzielenie różnych głosów w dyskusji nad problematycznymi przypadkami w medycynie wiązało się z przeniesieniem odpowiedzialności za podjęte decyzji z jednego podmiotu decyzyjnego na kilka osób, będących członkami zespołu lub komisji¹⁹. Dobry przykład stanowi tu początek dializowania przewlekle chorych pacjentów w marcu 1960 r. w Stanach Zjednoczonych. Odkrycie i zastosowanie tej nowej formy leczenia zrodziło wiele problemów natury moralnej. Terapia ta była na początku bardzo kosztowna i przekraczała możliwości finansowe dużej liczby pacjentów. Centra dializowania były zmuszone rozpocząć selekcję chorych, a grono filozofów i teologów rozpoczęło dyskusję nad sprawiedliwymi zasadami wyboru pacjentów, którym udostępniona zostanie terapia. Doktor Belding Scribner utworzył siedmioosobową komisję, w skład której wchodził: prawnik, duchowny, gospodyni domowa, bankier, działacz związkowy i dwóch lekarzy. Członkowie komisji mieli wybrać cztery osoby do dializy, biorąc pod uwagę: wiek i płeć, stan rodzinny i liczbę osób na utrzymaniu, dochody, wartość majątku, wykształcenie oraz inne czynniki. Propozycja Scribnera nie wytrzymała fali krytyki. Alternatywą były między innymi: losowy dobór pacjentów oraz leczenie zgodne z kolejnością zgłoszeń, które również nie były rozwiązaniami pozbawionymi poważnych kontrowersji.

Sama bioetyka do dzisiaj nie ma po dziś dzień jasno wypracowanych szkół, metod i stanowisk²⁰. Metody jej uprawiania zmieniały się na przestrzeni lat i próbowano w jej obrębie różnych rozwiązań (kazuistyka- etyka stosowana²¹). Żadna jednak nie jest w pełni odpowiadającym swej problematyce zestawem jasnych wskazówek normatywnych, lecz raczej dyskursem, w którym ścierają się nieustannie różne poglądy i stanowiska²². Specyfika bioetyki jako dyskursu współgra z obszarem etyki medycznej czy etyki środowiskowej²³. Pierwsze użycie tego terminu datuje się na rok 1927, kiedy to niemiecki teolog protestancki Fritz Jahr posłużył się nim w swoim artykule w kontekście relacji

¹⁸ B. Chyrowicz, *Bioetyka...*, s. 19; zob. też W. Galewicz, *Antologia bioetyki*, t. III: "Badania z udziałem ludzi". Universitas, Kraków 2011.

¹⁹ P. Ramsey, *Pacjent jest osobą...*, s. 278–282, za: B. Chyrowicz, *Bioetyka...*, s. 24.

²⁰ H. T. Engelhardt, *Foundation of Bioethics*. Oxford University Press, New York – Oxford 1986; B. Chyrowicz, *Bioetyka: anatomia sporu*, rozdz. 1. "Historia bioetycznej refleksji".

²¹ B. Chyrowicz, "Metody bioetyki", w: J. Różyńska, W. Chańska, *Bioetyka...*, s. 32–46.

²² B. Chyrowicz, *Bioetyka...*, s. 53.

²³ Tamże, s. 50.

człowieka wobec zwierząt i roślin²⁴. Stworzony przez niego kierunek badań nie znalazł wówczas kontynuatorów i termin „bioetyka” pojawił się ponownie w anglojęzycznym dyskursie naukowym i publicznym w 1970 roku²⁵.

Współcześnie bioetyka jest interdyscyplinarną dziedziną wiedzy oraz praktyką społeczną²⁶, zajmującą się etycznymi aspektami nauk medycznych i biologicznych w kontekście ich społeczno-kulturowych, ekonomicznych i prawnych uwarunkowań²⁷. Ze względu na przedmiot badań, w jej obrębie wyróżnia się dwie subdyscypliny: etyką medyczną²⁸ (etykę kliniczną), która zajmuje się znaczącymi etycznie aspektami relacji między przedstawicielami zawodów medycznych a pacjentami i problemami moralnymi współczesnej praktyki klinicznej, oraz etykę badań naukowych²⁹, która zajmuje się badaniem zasad prowadzenia badań naukowych w biomedycynie, w szczególności badań na człowieku i zwierzętach, a także problemami moralnymi związanymi z postępem nauk biomedycznych³⁰. Bioetyka jako dyscyplina akademicka ma charakter teoretyczny, poszukując filozoficznych podstaw dla rozwiązań normatywnych w biomedycynie, badając jakość argumentów i podstaw aksjologicznych dla rozwiązywania problemów moralnych. Co istotne, cechuje ją światopoglądowy, teoretyczny i metodologiczny pluralizm³¹. W tym miejscu na pierwszy plan wysuwa się (bynajmniej nie specyficzny dla bioetyki, lecz tak samo aktualny dla etyki ogólnej) problem uzasadnień i poszukiwania

²⁴ F. Jahr, „Bio-Ethik in ihren Beziehungen zueinander, Ethik. Sexual- und Gesellschaftsethik“, *Organ des Ethikbundes* 1928, vol. 4(6/7), s. 100–102.

²⁵ J. Różyńska, P. Łuków, „Narodziny i natura bioetyki”, w: J. Różyńska, W. Chańska, *Bioetyka*. Wolters Kluwer, Warszawa 2013, s. 28. O dwóch lub więcej wizjach samej „bioetyki” na początku jej powstawania zob. V. R. Potter, *Bioethics: Bringe to the Future*. Englewood Cliffs 1971; V. R. Potter, „Bioethics, science of survival”, *Biology and Medicine* 1970, vol. 14, 127–153. W 1971 r. Andre Hellegers i in. z Georgetown University powołali do istnienia pierwszy na świecie instytut naukowy, w którego nazwie pojawiła się „bioetyka” – The Joseph and Rose Kennedy Institute for the Study of Human Reproduction and Bioethics. „... rozumienie bioetyki wypracowane w Georgetown stało się ujęciem standardowym. W przeciwieństwie do bioetyki Potterowskiej, która koncentrowała się na kwestiach ekologicznych, populacyjnych, społecznych i globalnych, badawcze współpracujący z instytutem (m.in. LeRoy Walters, Tom J. Beauchamp, James F. Childress, Edmund D. Pellegrino, Robert Veatch) koncentrowali się przede wszystkim na etycznych problemach wynikających z dynamicznego rozwoju medycyny i bezpośrednio związanych z nią nauk biologicznych, wpływie nowych technologii na relacje kliniczne oraz na kwestiach związanych z prowadzeniem badań medycznych z udziałem ludzi. Prężna działalność badawcza i publikacyjna członków instytutu, a także założonego w 1969 r. przez Daniela Callahana (The Hastings Center) szybko doprowadziły do rozpropagowania terminu „bioetyka” i uznania bioetyki za pełnoprawną dziedzinę naukową zarówno w Stanach Zjednoczonych, jak i w innych częściach świata”, w: J. Różyńska, W. Chańska, *Bioetyka...*, s. 29.

²⁶ W tym wyraża się dwoistość bioetyki. Jako praktyka społeczna wciąż się ona profesjonalizuje i instytucjonalizuje, co ma przełożenie na powstawanie np. Szpitalnych komisji etycznych, komisji ds. Etyki badań naukowych, komitetów bioetycznych, zespołów doradczych etc.

²⁷ J. Różyńska, P. Łuków, „Narodziny i natura bioetyki ...”, s. 30.

²⁸ Zob. R. M. Veatch, *Medical Ethics*. Jones and Bartlett, Boston 1989.

²⁹ Zob. W. Galewicz (red. naukowa), *Etyczne i prawne granice badań naukowych*. Wydawnictwo Universitas, Kraków 2009.

³⁰ J. Różyńska, P. Łuków, „Narodziny i natura bioetyki ...”, s. 30.

³¹ Na temat dystynkcji bioetyka świecka – bioetyka religijna: Zob. H. T. Engelhart, *The Foundations of Bioethics*, s. 11.

obiektywności w ramach tychże uzasadnień³². Polska badaczka B. Chyrowicz przyjmuje, że treść sądów moralnych w bioetyce zależy od przyjętych uprzednio założeń antropologicznych, które nie są specyficzne dla danej religii czy światopoglądu, lecz w jakimś stopniu od nich niezależne³³. Proces uzasadniania twierdzeń moralnych, konstruowania norm i poszukiwania racji do działania jest na gruncie bioetyki tym bardziej naglący, że poruszane w jej ramach spory mocno angażują emocjonalnie uczestników, ponadto, jak zwraca uwagę Chyrowicz³⁴, każdy człowiek ma swoje poglądy moralne i czuje się uprawniony do zabrania głosu w dyskusji (jako uczestnik świata życia). W obrębie problemów dotyczących biomedycyny, ważną rolę spełnia też minimum wiedzy eksperckiej, która powinna być udziałem każdego, kto chce formułować roszczenia do ważności³⁵.

Pytaniem otwartym, mimo wieloletniej dyskusji, pozostaje możliwość zastosowania teorii etycznej w medycynie (lub w ogóle w obrębie nauk ścisłych – w rozumieniu ang. *science*)³⁶. Badacze zajmujący się bioetyką wybierają zwykle pomiędzy paradygmatem aplikacyjnym (szukania rozwiązań poszczególnych dylematów poprzez odwołanie się do uprzednio przyjętych teorii etycznych, takich jak konsekwencjalizm czy deontologia), kazuistycznym (indukcyjnym) czy poprzez ważenie zasad etycznych, na przykład poprzez zastosowanie modelu refleksyjnej równowagi pochodzącej z filozofii Johna Rawlsa³⁷. Dużą popularnością w medycynie cieszy się do dziś *etyka czterech zasad* zwana

³² „W tym właśnie tkwi główny problem dla poważnej refleksji etycznej: jak uzasadnić jakikolwiek zestaw twierdzeń dotyczących tego, co jest słuszne i dobre. Czy moralne kamienie węgielne praktyki medycznej, takie jak dobrowolna i świadoma zgoda oraz poufność, są jedynie arbitralnymi dyspozycjami kulturowymi? Jeśli poszczególne tradycje kulturowe lub religie nie mogą ustanowić swojego autorytetu w ogólnej społeczności świeckiej na podstawie ustalonych precedensów, łaski Bożej udzielonej prorokom lub prywatnego zadowolenia własnego sumienia, to jak będzie można ustanowić autorytet dla jakiegokolwiek konkretnego zestawu twierdzeń moralnych? W istocie, twierdzenia moralne głoszone w ramach określonej tradycji moralnej mogą wydawać się dziwne i egzotyczne dla tych, którzy próbują je oceniać wyłącznie na podstawie racjonalnych przesłanek,” H. T. Engelhart, *The Foundations of Bioethics*, s. 26; także np. P. Ramsey, *Pacjent jest osobą*.

³³ B. Chyrowicz, *Bioetyka...*, s.111. np. Koncepcja bycia człowiekiem, bycia osobą (pytanie “od jakiego stadia rozwoju możemy mówić o człowieku” - jest pytaniem antropologicznym a nie np. moralnym)

³⁴ Tamże, s. 5–7.

³⁵ „Jednak bez ograniczeń wynikających z rzeczywistości empirycznej etycy, w tym bioetycy, będą mieli znaczną swobodę w tworzeniu swoich koncepcji życia moralnego. W istocie problem polega na tym, jak nadać intersubiektywny autorytet moralny intrasubiektywnym przekonaniom lub dyspozycjom sumienia. Mówienie o prawdzie jako o prawdzie prywatnej jest w najlepszym razie bałamutnym użyciem. Wysłunięcie poważnego racjonalnego twierdzenia wymaga potwierdzenia intersubiektywnej siły tego twierdzenia i stwierdzenia, że dowody wskazują, iż intelektualne koszty niezgadzania się z nim oraz intelektualne korzyści zgadzania się z nim w rzeczywistości sprzyjają temu twierdzeniu.” H. T. Englehart, *The Foundations of Bioethics*, s. 28.

³⁶ J. Brännmark, „The Independence of Medical Ethics“, *Medicine, Health Care and Philosophy* 2019, vol. 1(22), s. 5–15; zob. też B. Chyrowicz, *Metody bioetyki*, w: J. Różyńska, W. Chańska, *Bioetyka...* ; J. Hartman, „Bioetyka a teorie etyczne“, w: J. Różyńska, W. Chańska, *Bioetyka...*, s. 47–56.

³⁷ Zob. Y. M. Barilan, M. Brusa, “Triangular reflective equilibrium: a conscience-based method for bioethical deliberation”, *Bioethics*, vol. 25, 6, 2011, s. 304-319; P. Nichols, “Wide reflective equilibrium as a method of justification in bioethics”, *Theoretical Medicine and Bioethics*, M. de Vries, E. van Leeuwen, “Reflective equilibrium and empirical data: third person moral experiences in empirical medical ethics”, *Bioethics* 2010, vol. 24(9), s. 490–498; A. Szutta, “Metoda refleksyjnej

pryncypializmem, autorstwa T. L. Beauchampa i J. F. Childressa³⁸. Według tej teorii, podejmowaniem wszelkich działań w medycynie powinny kierować następujące zasady: poszanowania autonomii pacjenta, niekrzywdzenia, dobroczynienia oraz sprawiedliwości, które są zasadami *prima facie*, a zatem mogą wchodzić ze sobą w konflikt i konkurować pod względem ważności w konkretnej sytuacji klinicznej³⁹.

Dyskursywny charakter bioetyki jako praktyki społecznej zakłada chociaż minimalne kompetencje dyskursywne uczestników biorących udział w społecznej debacie. Jest to jedna z trudności również w polskiej sferze publicznej, która odznacza się wciąż niską kulturą dyskursu i niemożnością znalezienia wspólnej płaszczyzny terminologicznej w kontrowersyjnych debatach natury bioetycznej.

c) Proces upodmiotowienia pacjenta i uczynienia go współuczestnikiem decyzji leczniczych

Instytucja świadomej zgody (źródło)

Świadoma zgoda (ang. *informed consent*) jako idea, proceduralny wymóg w etyce medycznej i etyce badań naukowych, wreszcie jako instytucja prawna pojawiła się po raz pierwszy w następstwie eksperymentów (i pseudoeksperymentów) wykonywanych pod przymusem na ludzkich uczestnikach⁴⁰, zwłaszcza po masowych nadużyciach w okresie drugiej wojny światowej⁴¹. Wspomniany w poprzednim podrozdziale, opracowany w 1946 r., *Kodeks Norymberski* regulował kwestie zgody na

równowagi. Część III: Problem niezgody moralnej, relatywizm i niedookreśloność metody”, *Diametros* 2013, vol. 37, s. 146–168.

³⁸ T. L. Beauchamp, J. F. Childress, *Zasady etyki medycznej*, tł. W. Jacóczyński. KIQ, Warszawa 1996.

³⁹ Konflikt zasady autonomii i dobroczynienia znajduje swoje miejsce w jednym z nierozwiązywalnych sporów moralnych jakim jest aborcja; zob. H. T. Engelhart, *The Foundations of Bioethics*, s. 66.

⁴⁰ O świadomej zgodzie na udział w badaniach naukowych zob. J. Różyńska, M. Czarkowski (red. naukowa), *Świadoma zgoda na udział w eksperymencie medycznym. Poradnik badacza*. Naczelna Izba Lekarska, Warszawa 2008. Potem był “Raport Belmontski”: The National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research, “The Belmont Report: Ethical Principles and Guidelines for the Protection of Human Subjects Research”, Department of Health, Education, and Welfare, Washington D.C. 1979, polskojęzyczna wersja: Narodowa Komisja Ochrony Osób Uczestniczących w Badaniach Biomedycznych i Behawioralnych (USA), *Raport belmoncki: Etyczne zasady i wytyczne dotyczące badań z udziałem ludzi*, w: W. Galewicz, *Antologia bioetyki*, t. III: “Badania z udziałem ludzi...”, s. 69–82.

⁴¹ R. Faden, T. L. Beauchamp, *A History and Theory of Informed Consent*. Oxford University Press, New York 1986.

udział w badaniach⁴². Stopniowo wymóg świadomej zgody zaczął obowiązywać w codziennej praktyce medycznej, począwszy od trudnych dylematów w opiece wysokospecjalistycznej po rutynowe badania i podstawową opiekę zdrowotną⁴³.

Świadoma zgoda stanowi obecnie zwieńczenie pracy nad autonomią i podmiotowością pacjenta⁴⁴, mającym swoje namacalne odbicie w prawie medycznym. Jednak, jak zwraca uwagę H. Brody,

„Teoria i praktyka udzielania świadomej zgody rozeszły się w wielu istotnych punktach. Jest to szczególnie wyraźne w ramach podstawowej opieki zdrowotnej, która na ogół nie znajduje miejsca w literaturze z dziedziny etyki medycznej, chociaż to właśnie tu zachodzi większość kontaktów między lekarzami a pacjentami”⁴⁵.

Ten sam autor podkreśla, że tylko urzeczywistnienie i wprowadzenie w życie w ramach realnej praktyki medycznej czyni świadomą zgodę pojęciem etycznie znaczącym⁴⁶. Istotnie, między innymi w polskim prawie⁴⁷, świadoma zgoda pacjenta, jego faktycznego opiekuna, przedstawiciela ustawowego lub zezwolenie sądu opiekuńczego jest główną podstawą działania lekarza⁴⁸. Przedmiotem zgody jest naruszenie integralności życia jako wartości w ograniczonym zakresie. Pacjent zawsze udziela zgody na interwencję medyczną w celu osiągnięcia konkretnego efektu terapeutycznego, za wyjątkiem szczególnych sytuacji przewidzianych przez prawo, na przykład działania w stanie wyższej konieczności, np. zagrożenia życia (*emergency*). Doktryna prawa podkreśla konieczność zgody przy

⁴² Encyclopedia of Bioethics. Nuremberg Code, 1946 w: R. M. Veatch, „Świadoma zgoda nie wystarczy”, w: W. Galewicz (red. naukowa), *Antologia bioetyki*, s. 114.

⁴³ Zob. W. Galewicz (red. naukowa), *Antologia bioetyki*, t. V: *Prawda, poufność, autonomia – problemy informacji w etyce medycznej*, rozdz. „Świadoma zgoda: teksty”, s. 99–193.

⁴⁴ J. R. Rest, D. Narvaez (Eds.), *Moral Development in the Professions: Psychology and Applied Ethics*. Lawrence Erlbaum Associates Publishers, New Jersey 1994; W. Galewicz (red. naukowa), *Moralność i profesjonalizm: spór o pozycje etyk zawodowych*, Universitas, Kraków 2010; A. Malitowska, *Etyka usług profesjonalnych*. Oficyna Wydawnicza Epigram, Bydgoszcz 2014.

⁴⁵ H. Brody, „Świadoma zgoda w ramach podstawowej opieki zdrowotnej”, w: W. Galewicz (red. naukowa), *Antologia bioetyki...*, s. 99.

⁴⁶ Tamże, s. 100.

⁴⁷ M. Nesterowicz, *Prawo medyczne. Komentarze i glosy do orzeczeń sądowych*. Wolters Kluwer, Warszawa 2011, s. 131.

⁴⁸ Ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentysty, art. 32-34; Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku praw pacjenta, art. 15, 16, 17, 18 i 19; Kodeks Etyki Lekarskiej, art. 15: „Postępowanie diagnostyczne, lecznicze i zapobiegawcze wymaga zgody pacjenta”; Europejska Konwencja Bioetyczna, URL: https://www.coe.int/t/dg3/healthbioethic/texts_and_documents/ETS164Polish.pdf [Dostęp: 1.06.2022] (zob. rozdział V niniejszej rozprawy doktorskiej).

okazji licznych wyroków sądowych. Możliwość decydowania przez pacjenta o sobie: podjęciu, kontynuowaniu czy odmowie leczenia jest jednym z jego podstawowych praw⁴⁹.

Uświadomiona zgoda jest elementem prawa medycznego w wielu kontekstach⁵⁰, przedmiotem debat i dyskusji oraz inspiracją do omawiania kategorii autonomii pacjenta, także w znaczeniu moralnym. Poza pełną procedurą uzyskiwania świadomej zgody, istnieją formy zgody uproszczonej czy zgody zastępczej⁵¹, dostosowanej do sytuacji i okoliczności. Jest także zależna od stopnia ryzyka, z którym wiąże się dana interwencja medyczna.

Ze świadomą zgodą wiąże się sylwetka „racjonalnego” czy też „dobrze poinformowanego” pacjenta. Taki konstrukt zakłada się w tych modelach relacji lekarz-pacjent, które wymagają pewnej formy współuczestnictwa w terapii, zatem: w modelu informacyjnym, konwersacyjnym, deliberacyjnym, wspólnego podejmowania decyzji czy w modelu przejrzystości rozumowania⁵². Zwłaszcza mając na uwadze ten ostatni, można zadać pytanie o to, kiedy pacjent jest dobrze czy też wystarczająco poinformowany, aby udzielić świadomej zgody na daną interwencję. Być może wtedy, gdy spełnione są dwa warunki: „(1) lekarz wyjaśnił mu, jakie są racje, dla których wybrał proponowany sposób leczenia i alternatywne rozwiązania, (2) może zadawać pytania, które nasuwają mu się po usłyszeniu racji lekarza, i uzyskuje na nie satysfakcjonujące odpowiedzi.”⁵³ Jak pisze Brody, „zgodnie z modelem przejrzystości rozumowania, aby proces informowania pacjenta był satysfakcjonujący, nie jest ważne stosowanie się do standardów innych lekarzy albo trzymanie się list zagrożeń, o których hipotetyczny racjonalny pacjent powinien wiedzieć. Najistotniejsze jest to, aby podstawowy proces rozumowania lekarza stał się dla pacjenta przejrzysty. Jeśli lekarz zaleca określoną interwencję diagnostyczną lub leczniczą, to jego rozumowanie może stać się przejrzyste dla pacjenta wówczas, gdy przedstawi mu się szczegółowo te właśnie zagrożenia i korzyści”⁵⁴.

⁴⁹ Zob. wytyczne Naczelnej Rady Lekarskiej Wielkiej Brytanii, W. Galewicz (red. naukowa), *Antologia...*, s. 181.

⁵⁰ M. Świdorska, *Zgoda pacjenta na zabieg medyczny*. Dom Organizatora TNOiK, Toruń 2007; M. Safjan, *Prawo i medycyna*. Oficyna Naukowa, Warszawa 1998; M. Nesterowicz, *Prawo medyczne*, dz. cyt.

⁵¹ Zob. B. F. Brown, „Zgoda zastępcza na badania z udziałem osób w podeszłym wieku pozbawionych zdolności decyzji”, w: W. Galewicz (red. naukowa), *Antologia bioetyki*, t. III: *Badania z udziałem ludzi*, s. 281–294.

⁵² H. Brody, „Świadoma zgoda...”, s. 109.

⁵³ Tamże, s. 106.

⁵⁴ Tamże.

Jak zwraca uwagę R. M. Veatch⁵⁵, w klasycznym tekście z zakresu etyki zawodowej lekarzy, świadoma zgoda jest absolutnym minimum w relacjach pacjenta z personelem medycznym, a nawet można poddać w wątpliwość czy dostatecznym. Veatch pisze:

„Lekarze nie są w stanie uzyskać ważnej zgody na leczenie, ponieważ nie potrafią odgadnąć, która z możliwości leży w najlepszym interesie pacjenta. Wybory te byłyby celniejsze, gdyby pacjenci podlegali opiece takich lekarzy, którzy dzielą ich najważniejsze wartości”⁵⁶.

Veatch argumentuje, że pojęcie zgody jest pojęciem prowizorycznym i niewystarczającym w praktyce medycznej. Zgoda wiąże się bowiem bardziej z akceptacją i przyzwoleniem niż z rzeczywistym świadomym wyborem pacjenta. Niesłusznym jest wymaganie od pacjentów, aby jedynie zgadzali się na zaproponowaną przez lekarza drogę postępowania. Zdaniem Veatcha „przedstawiciele służby zdrowia, poza koniecznością porównywania różnych dostępnych dóbr medycznych, muszą również zdawać sobie sprawę z tego, że racjonalni pacjenci wcale nie chcą dążyć wyłącznie do tego celu, a przynajmniej nie wtedy, gdy musi się to odbyć kosztem dóbr z innych sfer życia lub gdy pogorszy ogólnie pojmowany dobrostan”⁵⁷. Słuszne i właściwe wybory w medycynie zależą od wyważenia różnych dóbr, także tych pozamedycznych⁵⁸. Nie chodzi tu o akceptowanie wyłącznie liberalnego założenia, w myśl którego tylko jednostka potrafi zdefiniować to, co najlepiej służy jej interesom, lecz bardziej o postawę pokory profesjonalistów w konkretnej specjalistycznej dziedzinie – nie są oni w stanie stać się ekspertami w kwestii wszystkich wyborów życiowych swoich klientów i koncepcji dobrego życia, które starają się realizować⁵⁹.

⁵⁵ R. M. Veatch, „Świadoma zgoda nie wystarczy” w: W. Galewicz (red. naukowa), *Antologia bioetyki...*, s. 111–130 (oryg. R. M. Veatch, „Abandoning Informed Consent”, *The Hastings Center Report* 1995, vol. 25(2), s. 5–12); szerzej na ten temat w rozdz. V niniejszej pracy.

⁵⁶ Tamże, s. 111.

⁵⁷ Tamże, s. 121.

⁵⁸ „Właściwy wybór zależy od wyważenia różnych dóbr medycznych, a także dóbr medycznych i niemedycznych (...) byłoby wręcz objawem pychy, gdyby lekarze sądzili, że potrafią spośród setek subtelnie różniących się od siebie kalkulacji wybrać tę jedną właściwą drogę, która najbardziej przyczyni się do maksymalizacji dobra pacjenta”, R. M. Veatch, „Świadoma zgoda...”, s. 122.

⁵⁹ Tamże, s. 124.

d) Modele relacji lekarz-pacjent włączające pacjenta w proces podejmowania decyzji medycznych

Zjawisko asymetrii związane z profesjonalną pozycją zawodową lekarza oraz laicką pozycją pacjenta, zaczęło być z czasem równoważone przez modele relacji lekarz-pacjent, w których zakłada się zwiększenie współudziału pacjenta, jego prawnego przedstawiciela lub krewnych w podejmowaniu kroków terapeutycznych. Poniżej zarysowuję w skrócie przejście od modelu paternalistycznego do modeli „włączających” pacjentów, uwzględniając jedynie niezbędne w pracy typologie (z uwagi na konieczność wyboru spośród wielu opisanych w literaturze przedmiotu)⁶⁰.

W kontraście do wspomnianego wcześniej modelu paternalistycznego, w którym to lekarz ustala dobro pacjenta i jest ostatecznym autorytetem leczniczym oraz moralnym⁶¹, w literaturze pojawiło się na przestrzeni lat wiele modeli relacji lekarz-pacjent, będących wyrazem potrzeby uwzględnienia głosu pacjenta w przestrzeni gabinetu lekarskiego oraz konieczności poszanowania jego autonomii i podmiotowości. Niejaką popularność zyskał na tym gruncie kontraktualizm, który na pierwszym miejscu stawia (spisaną lub nie) umowę między stronami relacji terapeutycznej. Pacjent zawierając umowę oczekuje zaspokojenia swoich potrzeb, lekarz zaś osiąga korzyści przypadkowo związane z korzyściami pacjenta⁶². Wypełnienie warunków umowy prowadzi obie strony do osiągnięcia pożądaných przez siebie dóbr. W ramach modelu kontraktualnego zakłada się równość kompetencji moralnej pacjenta i lekarza, a współpracę umożliwia zbieżność celów, która nie wymaga zaangażowania emocjonalnego stron⁶³. Inną propozycją są modele kolegialne, w których fakt osiągnięcia zamierzonych indywidualnych dóbr zostaje wzbogacony o dobro wspólne, wykraczające

⁶⁰ Jako jeden z pierwszych na asymetryczność relacji profesjonalnej zwraca uwagę T. Parsons, *The Social System*, dz. cyt.; T. S. Sasz, M. H. Hollender, „The Basic Models of the Doctor-Patient Relationship”, *Archives of Internal Medicine* 1956, vol. 97, s. 585–592. Autorzy wymieniają trzy podstawowe modele w opiece zdrowotnej, w zależności od przypadku: 1) aktywność – bierność; 2) kierowanie – współpraca; 3) współuczestnictwo; P. Łuków, *Granice zgody: autonomia zasad i dobro pacjenta*. Wydawnictwo Naukowe Scholar, Warszawa 2005; L. Oprea, „An Analytic Approach Review of the Doctor-Patient Relationship (part II)”, *Romanian Journal of Bioethics* 2009, vol 7(3), s. 142–153. Pojawia się tu model zorientowany na pacjenta (*patient-centred care model; PCC*) oraz model zorientowany na relację (*relationship-centred care model; RCC*).

⁶¹ Na temat paternalizmu, zob. też. H. T. Engelhart *The Foundations of Bioethics*, s. 279. Metafora pacjenta jako podróżnego w obcym kraju – chce być „prowadzony” przez przewodnika. Engelhart wyróżnia trzy rodzaje paternalizmu, mówi, że kwestią moralną do rostrzygnięcia jest to która jego forma jest dopuszczalna lub wskazana w praktyce medycznej, a która nie. Oprócz popularnej, tradycyjnie pejoratywnej wykładni paternalizmu P. Łuków proponuje aksjologicznie neutralną jego definicję, zob. tegoż, *Granice zgody...*, s. 104.

⁶² P. Łuków, *Granice zgody*, s. 100.

⁶³ R. M. Veatch, „Models for Ethical Medicine in a Revolutionary Age. What Physician-Patient Roles Foster the Most Ethical Relationship?”, *The Hastings Center Report* 1972, vol. 2(2), s. 5–7; por. P. Łuków, *Granice zgody*, s. 99–100.

poza interesy stron. To czyni relację lekarz-pacjent relacją między osobami, a w ramach opisu tego modelu stosuje się metaforykę przymierza i przyjaźni. Trudnością jest jednak „przecenianie możliwości pacjentów w dotarciu do lekarskiego pojmowania choroby”⁶⁴. W modelu inżynierskim natomiast, lekarza postrzega się jako specjalistę odpowiedzialnego za realizację celów wyznaczonych przez pacjenta. Przypomina on konsumencki styl relacji lekarz-pacjent, spotykany obecnie w usługach prywatnego sektora opieki zdrowotnej. Pacjent staje się w nim klientem, który do placówki medycznej przychodzi po określoną usługę, za którą płaci, a co za tym idzie, wymaga efektów, przyjmując często postawę roszczeniową. Dużym problemem rodzącym dylematy natury prawnej, społecznej i moralnej w związku z powyższym, są między innymi usługi z zakresu medycyny estetycznej.

Warto zauważyć, że możliwość wartościowania poszczególnych modeli relacji lekarz-pacjent nie jest prosta i oczywista. Zależą one w znacznym stopniu od sytuacji klinicznej, rodzaju interwencji medycznej, zasobu kompetencji lekarza i pacjenta oraz wielu innych czynników. Niemniej jednak istnieją lepsze lub gorsze, mniej lub bardziej korzystne dla obu stron schematy komunikacji. Od lat 90. XX w. popularność w etyce medycznej zyskuje model wspólnego podejmowania decyzji (ang. *shared decision making*). W typologii Sasz i Hollender⁶⁵, jego pierwowzorem był model obustronnego uczestnictwa, w kontraście do schematów: aktywność – bierność oraz kierowanie – współpraca. Klasyczny już tekst Cathy Charles i współpracowników⁶⁶, mówi wprost o korzyściach płynących z przyjęcia modelu wspólnego podejmowania decyzji. Charles i in. rozważają jednak przypadek chorób zagrażających życiu, które stanowią konkretną grupę przypadków klinicznych. Sama możliwość współdecydowania wydaje się korzystna zarówno dla samej relacji lekarz-pacjent, jak i efektów terapeutycznych. Jak piszą Whitney i in.,

„Współdecydowanie polega na wymianie poglądów między pacjentem a lekarzem oraz na współpracy przy samym akcie wyboru. Jest to najpełniej realizowane wówczas, gdy rzeczywiście jest w czym wybierać, a lekarz włącza pacjenta w proces decyzyjny. Czasem lekarz podejmuje decyzję jednostronnie, uzyskując zgodę pacjenta, ale nie oferując mu wyboru; wówczas nie jest to wspólna decyzja. Lekarze często jedynie przekazują informacje, ale nie dzielą się władzą decyzyjną. Niejednokrotnie lepiej

⁶⁴ P. Łuków, *Granice zgody*, s. 102.

⁶⁵ T. S. Sasz, M. H. Hollender, „The Basic Models of the Doctor-Patient Relationship”, dz. cyt., s. 585–592.

⁶⁶ C. Charles, A. Gafni, T. Whelan, „Co to znaczy, że pacjent i lekarz wspólnie podejmują decyzję? (Czyli do tanga trzeba dwojga)”, w: W. Galewicz (red. naukowa), *Antologia bioetyki*, t. V, s. 131–156.

byłoby, gdyby lekarz włączył pacjenta w proces podejmowania decyzji, a gdy wybór zależy od osobistego wyboru wartości (...) lub indywidualnych preferencji (...), pacjent powinien dysponować pełną i nieskrępowaną władzą podjęcia decyzji. Chociaż chorzy mają szeroko pojęte prawo do własnych wyborów, nie twierdzimy, że spoczywa na nich obowiązek ich dokonywania; wielu pacjentów z różnych powodów woli przenieść władzę decyzyjną a swoich lekarzy”; „Lekarze powinni wzmacniać, nie ograniczać moc decyzyjną pacjentów”⁶⁷.

Możliwość zastosowania wspólnego podejmowania decyzji zależy od odpowiedzi na pytanie, czy w danym przypadku istnieje więcej niż jedna ścieżka postępowania racjonalnego z medycznego punktu widzenia⁶⁸. Dlatego pierwsza intuicja związana z tym modelem wskazuje na przykład na terapie onkologiczne, gdzie pacjent, przynajmniej na początku leczenia, powinien wybrać spośród przedstawionych mu opcji leczenia, biorąc pod uwagę swoją sytuację zawodową, domową i ogólną koncepcję i wizję dobrego życia⁶⁹. Odpowiednio poinformowany pacjent może też nie chcieć podjąć decyzji dotyczących swojego leczenia z różnych względów i ma prawo również do tego⁷⁰.

Model wspólnego podejmowania decyzji utrwala się w praktyce medycznej jako najlepszy model dokonywania wyboru w ramach procesu leczenia. Autorzy artykułu zwracają uwagę na to, że w połowie XX w. zaczęła się zmieniać natura opieki lekarskiej – z koncentracji na stanach ostrych, przeszła w stany przewlekłe, gdzie wiele schorzeń wymaga długotrwałej współpracy pacjenta z lekarzem. Możliwy do zastosowania model różnicuje się bardzo w zależności od specjalności lekarskiej, rodzaju choroby i dolegliwości oraz wielu innych okoliczności.

Co istotne, postulat wspólnego podejmowania decyzji nie jest równoznaczny z wymianą informacji pomiędzy stronami. Autorzy dowodzą, że aby proces wspólnego podejmowania decyzji był rzeczywiście wspólny, musi dojść nie tylko do wymiany informacji specjalistycznych, lecz także informacji na temat preferencji obu stron⁷¹. Autorzy twierdzą, że niezależnie od tego, ile informacji zostało wymienionych między stronami, nie można mówić o tym, że decyzja została podjęta wspólnie

⁶⁷ S. N. Whitney, A. L. McGuire, L. B. McCullough, „Wspólne podejmowanie decyzji, świadoma zgoda, zgoda uproszczona – typologia”, w: W. Galewicz (red. naukowa), *Antologia bioetyki*, t. V, s. 163.

⁶⁸ Tamże, s. 164.

⁶⁹ Zob. C. Charles et al., „Co to znaczy...”, s. 154.

⁷⁰ Tamże, s. 137.

⁷¹ Tamże, s. 139.

dopóty, dopóki pacjent i lekarz nie mają tych samych preferencji⁷². Fakt ten zwraca uwagę na to założenie o modelu świadomego podejmowania decyzji jako strategii aktywizującej, służącej upodmiotowieniu pacjenta i zwiększeniu jego autonomii w dokonywania wyborów⁷³.

Należy podkreślić, że pacjent przychodząc na konsultację ze specjalistą w punkcie wyjścia znajduje się na nieprzyjaznym, obcym dla siebie terytorium. Spotyka się bowiem ze społecznością profesjonalistów, utrwaloną przez tradycję zawodu grupą ludzi, którzy mogą wspierać nawzajem swoje przekonania z racji zawodowej przynależności. Ponadto, pojawia się bariera zupełnie obcego, specjalistycznego języka, na który należy przetłumaczyć osobiste dolegliwości, ból, cierpienie i niepokój. Dystansu tego nie skraca zaawansowana technologicznie aparatura. Pacjent jako „obcy” w systemie opieki zdrowotnej nie wie do końca czego się spodziewać i jak kontrolować okoliczności, w których się pojawia. Nie z własnego wyboru zresztą, lecz wiedziony koniecznością, potrzebą i dyskomfortem przychodzi po pomoc do profesjonalistów medycznych. Jako „obcy” musi zaadaptować się do panujących w placówce medycznej i u danego lekarza reguł, wzorców kulturowych i oczekiwań. W związku z tym pacjent zawsze ponosi ryzyko bycia „postacią marginalną”, aktorem mniej ważnym, traktowanym gorzej: jako zależnym, słabszym i będącym w gorszym położeniu względem profesjonalisty⁷⁴. Dystans może zostać zmniejszony w sytuacji, kiedy pacjent jest osobą chorą przewlekłe i spotyka częściej przedstawicieli służby zdrowia. Wtedy jest to teren bardziej „zaznajomiony” i lepiej poznany. Pacjent zostaje wówczas włączony do świata opieki zdrowotnej⁷⁵.

e) Współczesne studia nad komunikacją i partycypacją pacjenta w medycynie

Wraz z procesem upodmiotowienia pacjenta i włączenia go w obszar podejmowania decyzji medycznych, szczególną rolę zaczęły odgrywać kompetencje komunikacyjne zarówno profesjonalistów, jak i laików w opiece zdrowotnej. Ok. połowy XX w. zaczęto dostrzegać terapeutyczny potencjał rozmowy i komunikacji w medycynie (obejmuje ona komunikację werbalną i niewerbalną).

⁷² Tamże, s. 136–137.

⁷³ Tamże, s. 137.

⁷⁴ H. T. Englehart, *The Foundations of Bioethics...*, s. 256–257.

⁷⁵ Englehart podaje przykład diabetyków lub osób z nadciśnieniem. Wykorzystuje ponadto metaforykę „włączenia” czy też konwersji na nową religię, tamże, s. 257. Dodatkowo pojawia się tutaj szereg rytuałów związanych ze znalezieniem się w sytuacji choroby, bycia chorym np. w przypadku cukrzycy: mierzenie cukru, pilnowanie diety czy podawanie insuliny.

Komunikacja stała się oddzielnym obszarem badawczym, zwłaszcza dla dyscyplin, takich jak psychologia czy socjologia medycyny. Badania te wpisują się w obszar szeroko pojętej humanistyki medycznej, która poza czynnikami diagnostycznymi i danymi (w ramach obowiązującego paradygmatu medycyny opartej na dowodach, ang. *evidence-based medicine*) podkreśla fakt, że medycyna jako dziedzina wiedzy i praktyka mówi o człowieku i jest dla człowieka, a zatem w kontakcie z pacjentem należy wziąć pod uwagę wszelkie czynniki społeczne, psychologiczne i etyczne.

Praca nad sferą czynników psychologicznych w medycynie ma na celu między innymi zapobieganie nadużyciom związanym z myślą o możliwej dominacji nad pacjentem jako jednostce słabszej i zależnej w terapii. Drugą z przyczyn jest przebadana już zwiększona skuteczność terapii przy większym poziomie empatii lekarzy⁷⁶. Z uwagi na wyniki badań oraz interdyscyplinarny charakter badań nad medycyną, powstały pojęcia takie jak „empatia kliniczna” czy „sojusz terapeutyczny lekarza z pacjentem”⁷⁷. Niezależnie od wiąży aktualnej dyskusji nad celami medycyny⁷⁸, niezmiennym zadaniem lekarza jest rozeznanie najlepszej ścieżki leczenia, podczas gdy ma on do dyspozycji obiektywne dane diagnostyczne oraz subiektywne relacje pacjenta. Pozostaje to zadaniem na tyle trudnym, że powstało bardzo dużo literatury o charakterze poradników⁷⁹, mających dostarczyć szczegółowych wskazówek dotyczących postępowania z pacjentem w różnych kontekstach klinicznych.

Co warto podkreślić, studia nad komunikacją nie są jednak – jako badania – żadnym punktem odniesienia dla lekarskiej codzienności ani też ze względu na operowanie kategoriami adresata, nadawcy i przekazu (komunikatu) nie zrywają ani z jednostronnym i uproszczonym pojęciem komunikacji, ani w żaden sposób nie korygują asymetrii przypisanej do relacji między specjalistą (profesjonalistą) a odbiorcą (klientem). Stąd zamysł krytycznego ujęcia takiej ‘komunikacji’, wyczerpującego przedstawienia szeregu nowych, znacznie bardziej rozwiniętych ujęć – w tym partycypacyjnych, deliberacyjnych, dyskursywnych w kolejnym rozdziale niniejszej rozprawy doktorskiej. Dalej zaś prezentacja założeń działania komunikacyjnego i dyskursów (według Habermasa) w taki sposób, by pokazać ich bliski praktyce, nierzadko w nią już wpisany i dlatego deskryptywny, a z

⁷⁶ Badania (rakel) wykazały m.in. wyższy poziom odpowiedzi immunologicznej organizmu, poziom stresu (kortyzol).

⁷⁷ W. Eichelberger, I. A. Stanisławska, *Być lekarzem, być pacjentem: rozmowy o psychologii relacji*. Wydawnictwo Czarna Owca, Warszawa 2013, s. 16.

⁷⁸ Daniel Callahan i medycyna spełniająca życzenia, zob. tegoż, „Zabicie a przyzwolenie na śmierć”, w: W. Galewicz (red. naukowa), *Antologia bioetyki*, t. II, s. 173; tegoż, „Kiedy samostanowienie wpada w amok”, tamże, s. 383.

⁷⁹ Zob. L. Marcinowicz, S. Chłabicz (red. naukowa), *Jak skutecznie rozmawiać z pacjentem i jego rodziną? Praktyka lekarza rodzinnego*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2014; M. Makara-Studzińska, *Komunikacja z pacjentem*. Wydawnictwo Czelej, Lublin 2012; J. Barański, E. Waszyński, A. Steciwko, *Komunikowanie się lekarza z pacjentem*. Wydawnictwo Astrum, Wrocław 2000, s. 39–49, s. 55–59, s. 155–162; M. Hebanowski, J. Kliszcz, B. Trzeciak, *Poradnik komunikowania się lekarza z pacjentem*. PZWL, Warszawa 1994, s. 11–22 i s. 46–51.

drugiej strony – regulatywny i aplikacyjny charakter (mimo wszystko umocowany naukowo, gdyż takie są wymogi dla opracowań takich jak niniejsze). Prezentacja ta pozostaje w nierozdzielnej więzi z ludzkim, upodmiotowionym, wyposażonym w szereg niezwykłych praw uczestnikiem kontekstów medycznych, gdzie formalnie (instytucjonalnie) występuje jako ‘pacjent’⁸⁰ spotykając lekarza lub innych opiekunów medycznych. Mimo, że realna jakość komunikacyjno-dyskursywna takiego spotkania odbiega od ideału (zwłaszcza na rodzimym gruncie), badacze – także zainteresowani transformacją – chętnie postrzegają go jako sprawczy, nie tylko współobecny w kontekście klinicznym podmiot, i tak też go opisują (lub może bardziej postulują):

“We współczesnym systemie opieki zdrowotnej pacjent jest aktywnym uczestnikiem relacji z profesjonalistami medycznymi, a nie tylko biernym odbiorcą usług zdrowotnych. Coraz częściej odgrywa też rolę ‘ewaluatora’, czyli podmiotu oceniającego jakość świadczonych usług, pacjentom trudno jest ocenić kompetencje medyczne lekarza, oceniają więc jego umiejętności interpersonalne. Zwracają mianowicie uwagę na to, czy lekarz uważnie słucha, czy udziela zrozumiałych informacji, wyjaśnia przyczyny choroby, czy wreszcie pozwala pacjentowi na wypowiedzenie się i zadawanie pytań. Dla pacjentów ważne są też takie szczegóły relacji, jak przywitanie się na początku wizyty lub zachowania niewerbalne lekarza, np. nawiązywanie kontaktu wzrokowego, uśmiechanie się, a także jego sposób mówienia czy wystrój gabinetu⁸¹”.

⁸⁰ Podejście holistyczne zob. A. Ostrzyżek, J. T. Marcinkowski, „Biomedyczny versus holistyczny model zdrowia a teoria i praktyka medyczna”, *Problemy Higieny i Epidemiologii* 2012, nr 93, s. 682–686.

⁸¹ L. Marcinowicz, *Jak skutecznie rozmawiać z pacjentem...*, Przedmowa, s. 1.

Rozdział II

Modele torujące drogę tezie o przydatności Habermasowskiej teorii działania komunikacyjnego i dyskursu praktycznego w medyczno-etycznych kontekstach podejmowania decyzji z udziałem pacjenta

- a) Modele kolegialnego i podzielanego podejmowania decyzji medyczno-etycznych**
- b) Model relacyjny**
- c) Modele relacyjno-opiekuńcze**
- d) Model relacyjno-kontekstowy**
- e) Modele deliberacyjne**

a) Modele kolegialnego i podzielanego podejmowania decyzji medyczno-etycznych

Włączanie pacjenta w podejmowanie decyzji medyczno-etycznych po epoce dominacji decyzji jednoosobowych bądź kolegialnych, regulowanych przez instytucjonalizm, proceduralizm i pryncypializm stanowi odpowiedź na rozmaite potrzeby współczesnego człowieka w roli pacjenta (w tym jego uprawnienia i wolności), a także społeczeństwa zainteresowanego zdrowiem i udziałem w opiece zdrowotnej zarówno jako beneficjent, jak i aktywny uczestnik decyzji medyczno-klinicznych, za którymi idą jak najwyższej jakości świadczenia zdrowotne.^c

Strategie zbiorowego (kolegialnego, kolektywnego) podejmowania decyzji są przedmiotem zainteresowań badaczy zarówno w obszarze namysłu teoretycznego, jak i praktyki i badań nad jej efektywnością¹. Obejmują one co najmniej dwupodmiotowe gremium decyzyjne. Badacze podkreślają między innymi taki jej walor, jak większe prawdopodobieństwo wyboru trafnej lub słusznej opcji działania (lub rozwiązania problemu) dzięki większej liczbie i zróżnicowaniu kompetencji uczestników, bądź proponentów danej strategii postępowania². Oprócz strategii przedmiotem procesu decyzyjnego jest także uzasadnienie strategii, w tym umocowanie normatywne i proceduralne. Ponadto, modele kolegialne szerzej reprezentują kontekst społeczny i środowiskowy³. Zbiorowe podejmowanie decyzji to nie tylko kwestia modelu czy opisu narracyjnego określonej praktyki, lecz także konstruowania modeli matematycznych i symulacji cyfrowych. Niektóre z nich pomagają oszacować, w jaki sposób motywowane są decyzje racjonalnego i zbiorowego podmiotu, czy uwzględniają wszystkie wchodzące w grę interesy i dobra, czy uwzględniają sprawiedliwy rozkład obciążeń i kosztów. Inne zaś badają efektywność strategii i decyzji budowanych

¹ R. P. Mann, "Collective Decision Making by Rational Individuals", *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America* 2018, vol. 115(44), s. 10387–10396.

² Zob. A. Perna, B. Granovskiy, S. Garnier i in. „Individual Rules for Trail Pattern Formation in Argentine Ants (*Linepithema humile*)”, *PLOS Computational Biology* 2012, vol. 8(7), #e1002592; R. P. Mann i in. "The Dynamics of Audience Applause", *Journal of the Royal Society Interface* 2013, vol. 10(85), #102013046620130466D; J. T. Sumpter, S. C. Pratt, "Quorum Responses and Consensus Decision Making", *Philosophical Transactions of the Royal Society B: Biological Sciences* 2009, vol. 364, s. 743–747.

³ D. J. Hoare i in., "Context-Dependent Group Size Choice in Fish", *Animal Behaviour* 2004, vol. 67, s. 155–164; A. L. J. Burns i in., "Consistency of Leadership in Shoals of Mosquitofish (*Gambusia holbrooki*) in Novel and in Familiar Environments", *PLoS One* 2012, vol. 7, #e36567; J. Jerit i in. "Comparing Contemporaneous Laboratory and Field Experiments on Media Effects", *Public Opinion Quarterly* 2013, vol. 77, s. 256–282; W. Jolles Jolle i in., "Repeatable Group Differences in the Collective Behaviour of Stickleback Shoals Across Ecological Contexts", *Proceedings of the Royal Society* 2018.

wspólnie pod kątem konsekwencji. Warto pamiętać, że trudne wybory w sytuacji niepewności lub w nowej sytuacji, gdy wiedza i dowody są niedostateczne, gdy dalszy rozwój wypadków trudno przewidzieć i rozważyć trzeba wiele różnych jego scenariuszy, gdy nieznane są jeszcze skutki bezpośrednie ani uboczne danej strategii działania, decyzje są obarczone różnym stopniem ryzyka. Niekiedy decyzje wykraczają poza binarny schemat słuszny versus niesłuszny, korzystny lub dobroczynny bądź przeciwnie, i mogą być jedynie „mniej” lub „bardziej” słuszne, bardziej lub mniej ryzykowne, a pożądane są te, które minimalizują ryzyko (choć nie mogą zniwelować go całkowicie). Wówczas szacunki i symulacje wymagają wręcz wsparcia technologii cyfrowych, zaś ostateczny wybór scenariusza działania dokonywany jest przez ludzi na mocy ich zbiorowej rozwagi i wyboru. Do reguł i procedur podejmowania decyzji w ten sposób dodać należy takie, które każą uwzględnić różnorakie „odstępstwa od racjonalności”, od typowego i standardowego przebiegu działań wchodzących w grę, wiele zmiennych⁴ związanych z kontekstem i sytuacją, które nie są stabilne.

W dziedzinie medycyny (praktycznej) i opieki zdrowotnej na każdym z poziomów ich organizacji, to jest 1) *mikro*-relacji pomiędzy personelem z pacjentem, 2) *mezo*-relacji na poziomie instytucji, 3) *makro*-relacji, czyli na poziomie systemowym, zachodzi konieczność podejmowania zbiorowych decyzji o jeszcze wyższym stopniu złożoności niż wskazano w poprzednim akapicie. Na poziomie relacji i komunikacji między pacjentami oraz osobami reprezentującymi personel medyczno-kliniczny mamy do czynienia z podejmowaniem decyzji indywidualnie, a także z różnymi formami wspólnego lub zbiorowego decydowania. Te ostatnie z reguły pojawiają się na którymś z etapów diagnostyki lub procesu leczniczego zwłaszcza w bardziej złożonych i dynamicznych przypadkach (np. znacznego pogorszenia stanu chorego, konieczności i pilności decyzji, która będzie radykalnie zmieniała sytuację chorego – także rodzinną i społeczną, np. z uwagi na ograniczoną samodzielność chorego, wymóg stałej opieki nad nim, itp.).

Modele kolegialne są niekiedy przeciwstawiane kontrahenckim. Model kontrahencki „najczęściej bywa krytykowany za to, iż każda ze stron traktuje drugą stronę jedynie jako źródło oczekiwanych korzyści, a nie jak jednostkę, której sama obecność i wchodzenie w daną relację może być lub jest wartościowe – niezależnie od korzyści, jakie kontrahenci tego rodzaju umowy mogą czerpać z tej relacji”⁵. Model kolegialny natomiast jest

⁴ Zob. R. P. Mann, „Collective Decision Making...”, dz. cyt., s. 10387.

⁵ P. Łuków, *Granice zgody: autonomia zasad i dobro pacjenta*. Wydawnictwo Naukowe Scholar, Warszawa 2005, s. 100.

„oparty na metaforze współpracy darzących się wzajemnym zaufaniem jednostek, które dążą do rozwiązania wspólnego problemu, tj. zwalczenia choroby. Równie kompetentni moralnie uczestnicy relacji lekarz-pacjent określają wspólny cel działań, co pozwala im wierzyć, że partner dołoży starań, by zrealizować wspólne zamierzenie. Wspólny cel sprawia, że relacja lekarza i pacjenta staje się wartościowa dla stron nie tylko dzięki temu, że pozwala im osiągnąć ich indywidualne dobra, lecz także dobro im wspólne, które wykracza poza ich interesy, a relację pacjent-lekarz kształtuje jako relację między osobami. Autorzy modeli kolegialnych chętnie stosują metaforę przymierza i przyjaźni. Zasadniczą trudnością tego modelu wydaje się przecenianie możliwości pacjentów w dotarciu do lekarskiego pojmowania choroby, przez co stosuje się tu część zarzutów adresowanych do modelu kontraktualnego”⁶.

Na świecie podejmowane są systematycznie próby usystematyzowania i ustandaryzowania wskazówek wspólnego i zbiorowego podejmowania decyzji w kontekstach medyczno-klinicznych. W ramach projektu międzynarodowego wspólnego podejmowania decyzji (wspólnego podejmowania decyzji na poziomie międzynarodowym, ang. *International Shared Decision Making, ISDM*) dyskutowano metody współpracy i cele w ramach wypracowania Międzynarodowych Standardów Pomocy Pacjentom w Podejmowaniu Decyzji (ang. *International Patient Decision Aids Standards (IPDAS) collaboration*)⁷. Głównym pytaniem badawczym było, „czy możemy mieć rację we wspólnym procesie decyzyjnym” („Have we got this Shared Decision Making thing right?”). Analizowano trzy obszary dotyczące (1) standardów świadomej zgody, (2) oceny technologii, (3) opieki skoncentrowanej na pacjencie (ang. *patient-centered care*)⁸.

W wielu krajach systemowo i proceduralnie promuje się szersze i bardziej inkluzywne społecznie modele i praktyki współpracy w zakresie opieki nad pacjentem, która obejmuje zespoły profesjonalistów medycznych: lekarzy, pielęgniarzy, fizjoterapeutów, farmaceutów. Wówczas przedstawiciele różnych zawodów medycznych muszą w jakimś stopniu porozumieć się co do najlepszej strategii diagnostyki i leczenia. Stąd ważne i pożyteczne staje

⁶ Tamże, s. 101–102.

⁷ M. Holmes-Rovner “International Collaboration in Shared Decision-making: The International Shared Decision Making (ISDM) Conference History and Prospects”, *Patient Education and Counseling* 2008, vol. 73(3), s. 402–406.

⁸ A. Edwards, G. Elwyn, *Evidence-based Patient Choice: Inevitable or Impossible?* Oxford University Press, Oxford UK 2001.

się profesjonalne kształcenie personelu, między innymi, w zakresie kompetencji komunikacyjnych⁹.

W wyniku strukturalnych przemian w opiece zdrowotnej na świecie i stojących przed nią wyzwań (opisanych w poprzednim rozdziale) z czasem powstało zapotrzebowanie na tworzenie instytucjonalnych i eksperckich gremiów zbiorowo podejmujących decyzje medyczno-etyczne, takich, jak komisje bioetyczne i etyczne (*bioethical boards*) oraz konsultanci etyczni. Jest to jedna z oznak instytucjonalizacji zbiorowego podejmowania decyzji w sposób interdyscyplinarny, to jest z udziałem ekspertów i praktyków reprezentujących różne specjalizacje lekarsko-medyczne, a ponadto, etykę biomedyczną i prawo biomedyczne jako takie. Komisje etyczne mają zróżnicowany zakres kompetencji i oddziaływania – począwszy od międzynarodowych (ponadnarodowych) o najszerszym zasięgu, poprzez krajowe, dotyczące funkcjonowania systemów opieki zdrowotnej, po lokalne – działające przy placówkach oraz podmiotach prowadzących działalność badawczo-rozwojową z zakresu nauk biomedycznych¹⁰. Jest to jednak oddziaływanie, które można definiować jako podejmowanie decyzji, tworzenie rozstrzygnięć i wydawanie orzeczeń, ocen i opinii, które łączą w sobie ekspertyzę medyczno-kliniczną z interpretacją pryncypiów i norm zawartych w kodyfikacjach etyki lekarskiej i prawa biomedycznego, wykładnię procedur klinicznych danej placówki leczniczej, wykładnię prawa medycznego czy farmaceutycznego. Komisje uzasadniają swoje orzecznictwo tymi kryteriami, a w miarę możliwości – na tyle, na ile dysponują faktami – uwzględniają konkretne znamiona sytuacji i stanu chorego oraz innych włączonych w nią osób. Jak zwraca uwagę K. Szewczyk,

„Zadaniem szpitalnych komisji etycznych jest wywieranie pozytywnego wpływu na etyczną stronę praktyki klinicznej realizowanej w danej instytucji.

Działalność tych ciał ma charakter konsultacyjny, ale także edukacyjny i

⁹ Zob. S. M. Grover, „Shaping Effective Communication Skills and Therapeutic Relationships at Work: The Foundation of Collaboration”, *American Association of Occupational Health Nurses Journal* 2005, vol. 53(4), s. 177–182; por. D. B. Brushwood, „From Confrontation to Collaboration: Collegial Accountability and the Expanding Role of Pharmacists in the Management of Chronic Pain”, *The Journal of Law, Medicine & Ethics* 2001, vol. 29(1), s. 69–93; T. W. Hage, Ø. Rø, A. Moen, „Do You See What I Mean? Staff Collaboration in Eating Disorder Units During Mealtimes”, *BMC Nursing* 2017, vol. 20(16), s. 40; R. Waller-Wise, „Fostering Collegial Collaboration between Labor Nurses and Doulas”, *Nursing for Women's Health* 2018, vol. 22(3), s. 212–218; R. Khaund, „Collaboration and Collegiality: The Fuel for Growth in Sports Medicine”, *The Rhode Island Medical Society* 2016, vol. 4/99(10), s. 18.

¹⁰ K. Szewczyk, „Komisje etyczne i konsultanci etyczni”, w: J. Różyńska, W. Chańska (red. naukowa), *Bioetyka*. Lex Wolters Kluwer, Warszawa 2013, s. 545–546.

Oddziela się obecnie funkcje związane z etyką kliniczną i etyką badań naukowych, między innymi z uwagi na konieczność oddzielenia praktykowania medycyny i prowadzenia badań naukowych jako przedsięwzięć o odmiennych założeniach i zadaniach. Zob. K. Szewczyk, „Komisje etyczne...”, s. 546–547.

regulacyjny. Obejmuje wydawanie opinii etycznych w indywidualnych przypadkach, jak również prowadzenie lub organizowanie szkoleń z zakresu etyki klinicznej (...) Natomiast podstawowym zadaniem komisji etyki badań naukowych (w Polsce – komisji bioetycznych) jest niezależna ocena etycznej dopuszczalności prowadzenia badań naukowych z udziałem ludzi oraz kontrola ich przebiegu. Nadrzędnym celem tych ciał jest ochrona interesów uczestników badań”¹¹.

Powstawanie i funkcjonowanie gremiów (ciał kolegialnych), takich przykładowo, jak komisje etyczne, wiąże się także z procesami demokratyzacji procesu wydawania należycie uzasadnionych orzeczeń, decyzji, rozstrzygnięć spraw spornych, itd. na tle szerszych społecznych przemian. W obszarze etyki klinicznej w sposób szczególnie ścierają się ze sobą: wewnętrzna moralność profesjonalna grup zawodowych oraz moralność zewnętrzna społeczeństwa, reprezentowana głównie przez pacjentów oraz ich bliskich¹². Problem ten rodzi wiele trudności natury metodologicznej i organizacyjnej, a także etycznej i proceduralnej (zapewnienie niezależności orzekającym w nich członkom i całym komisjom, gwarancja bezstronności orzeczeń i decyzji, jeśli w skład komisji wchodziłoby pracownicy tej samej placówki lub tego samego oddziału, na którym opieka zdrowotna obejmuje rozważany, odnośny przypadek, ewaluacja lub autoewaluacja prawidłowego przebiegu i uzasadnień dla orzeczeń wydawanych przez komisję, itd.). W literaturze przedmiotu trwa także debata nad ewentualnym włączeniem (angażowaniem) pacjentów lub przedstawicieli ruchów i organizacji pacjenckich w skład komisji etycznych¹³.

Tendencja do powstawania instytucjonalnych komisji etycznych i bioetycznych złożonych z ekspertów w ramach tzw. kolegalizmu profesjonalnego nie jest pozbawiona kontrowersji. Mają one co prawda zapewnić profesji medycznej etyczną integralność i pozytywną opinię społeczną, pomóc w konkretyzacji i precyzowaniu abstrakcyjnych pryncypiów i procedur, wreszcie ułatwić podejmowanie decyzji medyczno-etycznych w skomplikowanych, nowych lub kontrowersyjnych (np. dylematy związane z decyzjami w kwestiach „życia i śmierci”) kontekstach i warunkach¹⁴. Jednak nie jest zjawiskiem

¹¹ Tamże, s. 546.

¹² Tamże, s. 548.

¹³ Zob. V. Fournier, E. Rari, R. Førde, G. Neitzke, R. Pegoraro, A. J. Newson, „Clinical Ethics Consultation in Europe: A Comparative and Ethical Review of the Role of Patients“, *Clinical Ethics* 2009, vol. 4(3), s. 131–138.

¹⁴ Zob. K. Helkama, „Change in Moral Judgment in Medical School: The Role of Hierarchy,” w: E. Nowak, D. E. Schrader, B. Zizek (red. naukowa), *Educating Competencies for Democracy*. Peter Lang Editions, Frankfurt am Main – Bern – New York 2013, s. 97–102; G. Newton-Howes, N. Pickering, G. Young, „Authentic

korzystnym radykalne przesunięcie albo całkowite delegowanie zarówno samego procesu decyzyjnego, jak i odpowiedzialności decyzyjnej osób bezpośrednio opiekujących się pacjentem (zwłaszcza gdy jego stan zdrowia jest dynamiczny, a nawet nieprzewidywalny) na tego rodzaju gremia. Klinicyści powinni bowiem zachować i rozwijać cnoty i kompetencje pozwalające im podejmować decyzje *in situ* w odpowiedzi na bieżące, niejednokrotnie pilne i niecierpiące zwłoki wyzwania praktyczne, a także mieć na uwadze społeczne oczekiwania pod adresem ich profesjonalizmu, jak i decyzyjności, nieodchownej w wykonywaniu profesjonalnej praktyki na co dzień. Z drugiej strony zwrot kodeksualno-proceduralny, a następnie zwrot ku kolegialności w podejmowaniu decyzji natury medyczno-kliniczno-etycznej miał również zapobiec eskalacji decyzji tradycyjnie spoczywających na barkach indywidualnych lekarzy i pielęgniarzy (lekarek i pielęgniarek). O tych obciążeniach pisał już Z. Kramsztyk:

“Obowiązki zawodowe tem mocniej umysł pochłaniają, tem bardziej człowieka niepokoić muszą, im większa wobec innych ludzi odpowiedzialność ze spełnianiem zawodu jest związana. Pod tym względem zawód lekarza jest ze wszystkich najcięższym; jedynie dowódca wojsk w czasie wojny cięższą odpowiedzialność dźwiga na sobie. Niepokój przed ciężką, niepewną operacją, który często sen odbiera, wieczna niepewność, połowiczny najczęściej, a w każdym razie rzadko idealny wynik leczenia, nieprzewidziane powikłania, wymówki i wyrzuty pacjentów i najbardziej przygnębiające, choć niezasłużone wyrzuty czynione sobie, jakieś uczucie winy i wyrządzonej krzywdy: to zwykłe tło życia lekarza, to są jego codzienne myśli...”¹⁵.

Lekarze i pielęgniarze mogą jednak uczestniczyć w większości procedur kolegialnych, a także w komisjach bioetycznych, gdzie właśnie ich codzienna obecność przy pacjencie lub autentyczne i bogate doświadczenie pozwalają uzyskać najbardziej adekwatny, precyzyjny i aktualny obraz jego stanu, potrzeb i rokowań zdrowotnych.

Decision-making Capacity in Hard Medical Cases”, *Clinical Ethics* 2019, vol. 14(4), s. 1–5; J.-P. Quenot, F. Ecarnot i in., “What Are the Ethical Aspects Surrounding the Collegial Decisional Process in Limiting and Withdrawing Treatment in Intensive Care?”, *Annals of Translational Medicine* 2017, vol. 5 (Suppl. 4), s. 43.

¹⁵ Z. Kramsztyk, “Czy medycyna jest nauką, czy sztuką?” *Gazeta Lekarska* 1895, nr 42/43, s. 1101 (pisownia oryginalna).

Funkcje konsultacyjna i regulacyjna komisji etycznych wymaga uzyskania pełnego porozumienia i konsensusu pomiędzy ich członkami¹⁶. Konsensus jest niezbędny, gdy decyzję lub orzeczenie trzeba wydać jednomyślnie i nie można sobie pozwolić na pozostanie na etapie różnicy zdań czy „rozumnej niezgody”, która zasadniczo oznacza brak rozstrzygnięcia i pozostawia otwartymi różne, a może nawet rozbieżne alternatywy i strategie działania. W sposób zindywidualizowany decyzje biomedyczne podejmować mogą różne, zwłaszcza indywidualne podmioty osobowe. Ewidentnie komisja etyczna jest w tym modelu traktowana jako jeden podmiot i stąd oczekuje się jednomyślności i zgodności z jej strony. Jej dyskursywny potencjał zdaje się tkwić w tym, że komisja powinna prowadzić obrady i argumentacje, dopóki jej członkowie nie przekonają się nawzajem do przyjęcia jednego rozwiązania lub orzeczenia, nie uzasadnią go na najwyższym normatywnym poziomie. To zaś może wymagać szeregu posiedzeń i wydłużać proces decyzyjny. Nie chodzi tu jednak o to, by każdy miał ‘swoją’ rację i mógł się wykazać jej udziałem w ostatecznym rozstrzygnięciu czy jego uzasadnieniu. Chodzi o to, by wydać jak najlepszą decyzję z uwagi na dobro i interes pacjenta, wokół którego komisja obraduje. R. P. Bullock-Palmer i współautorzy¹⁷ uważają, że kolegalność w tym sensie wiąże się z rodzajem presji wywieranej na jej członków. Jest to antycypacja tego, co będzie się działo w dyskursie praktycznym eliminującym racje i argumenty nieakceptowalne dla wszystkich uczestników, albowiem niewykazujące dostatecznie wysokiej jakości normatywnej i niemożliwe do uniwersalizacji w grupie uczestników dyskursu. Jednak komisje bioetyczne o tyle, o ile rozważają też kontekst zastosowania swoich orzeczeń, muszą brać pod uwagę nie tylko to co słuszne z punktu widzenia etyki i prawa, ale i to – a nawet przede wszystkim to – co stwierdzone i przedłożone im jako stan faktyczny w rozumieniu medycznym, i jako praktyka medyczna w obliczu tego stanu, której scenariusze są tutaj rozważane i oceniane.

Mimo tych uspołeczniających walorów procesu decyzyjnego, komisje etyczne nadal są wybranymi i tylko reprezentującymi środowisko medyczno-kliniczne (a niekiedy też badawcze) gremiami przedstawicielskimi, złożonymi z nielicznych ekspertów. Z reguły dokonują one interpretacji, translacji, konkretyzacji abstrakcyjnych kodyfikacji, pryncypiów i norm, a także zawiłych, złożonych procedur, których nie jest w stanie na bieżąco i w obliczu pilnej potrzeby zastosować pojedynczy lekarz lub pielęgniarz (pielęgniarka), lub decyzje i

¹⁶ Na temat konsensusu jako metody pracy szpitalnych komisji etycznych zob. K. Szewczyk, „Komisje etyczne...”, s. 555.

¹⁷ Zob. R. P. Bullock-Palmer, A. M. Freeman, A. Kontak, L. J. Shaw i in., „Collegial Pressure and Patient-Centered Shared Decision-Making: A Case-Based Ethics Discussion“, *Journal of Nuclear Cardiology* 2015, vol. 22(5), s. 920–922.

orzeczenia dotyczą kontrowersyjnych przypadków, a także przypadków nowych, nietypowych i ryzykownych, wreszcie przypadków ze sfer granicznych ('życia i śmierci'), co do których pojedyncze podmioty decyzyjne nie są gotowe podjąć odpowiedzialności za decyzję, co do których opinia publiczna bywa krytyczna, a presja społeczna – silna. Wówczas decyzje oraz odpowiedzialność przerastają pojedynczego pracownika opieki zdrowotnej lub narażają go na ryzyko zawodowe, wykraczające poza jego wiedzę i doświadczenie stricte medyczne. Zarówno abstrakcyjne kodyfikacje i procedury, jak i gremia konkretyzujące te abstrakcyjne kodyfikacje na potrzeby codzienności w opiece zdrowotnej doczekały się krytyki w literaturze i w praktyce¹⁸ m.in. z tego powodu, że każda decyzja wymaga zindywidualizowanego, a nie zestandaryzowanego i uogólnionego podejścia do każdego poszczególnego pacjenta. Kolegialność decyzji w skali *makro* nie jest w stanie dać adekwatnej i zwłaszcza konstruktywnej¹⁹ odpowiedzi takiemu pacjentowi ani zajmującemu się nim lekarzowi czy pielęgniarence. Jest tu niezbędna skala *mikro* etyki, a jeśli *mezo* etyki, to z udziałem pacjenta i jego bezpośrednich opiekunów, pozostających w relacji z nim, który to udział rozszerzono o niezbędnych ekspertów. Rzecz w tym, że decyzje wspólne lub kolegialne nie powinny być podejmowane 'za' pacjenta ani 'bez pacjenta', gdyż grozi to silnym paternalizmem lub autorytaryzmem, i nie sprzyja pogłębianiu się tendencji do włączania pacjenta w podejmowanie decyzji medyczno- i kliniczno-etycznych. O ile podejmowanie decyzji czysto klinicznych i medycznych można sobie wyobrazić jako takie, gdzie pacjent oddaje się w ręce eksperta lub zdaje się na jego wiedzę i doświadczenia, czy też na nich polega (jakże bowiem inaczej miałby udać się po pomoc opieki zdrowotnej), o tyle decyzje medyczno-etyczne lub kliniczno-etyczne trudno sobie wyobrazić bez pacjenta, jego świadomej i dobrowolnej zgody, pośredniego udziału jego bliskich jako potencjalnie opiekunów poza kontekstem klinicznym, itd. To właśnie aspekty etyczne sprawiają, że mówimy o jego udziale i włączeniu, zamiast mówić o wykluczeniu, milczeniu, niewiedzy, a co za tym idzie, możliwości nadużyć, manipulacji i dominacji poprzez autorytarne lub paternalistyczne formy decyzyjności medyczno-etycznej.

¹⁸ O "zamachu na niezależność lekarza co do decydowania o rodzaju i rozległości opieki nad pacjentem, racjonowaniu zasobów medycznych, biurokracji zwłaszcza tam, gdzie potrzebna jest niezwłoczna pomoc", P. R. Lee, C. Emmott, „Health-Care System”, w: W. T. Reich (red. naukowa), *Encyclopedia of Bioethics*. Collier MacMillan Publishers, London 1978, s. 613.

¹⁹ M. Pieniążek, „Zagadnienie kodyfikacji etyki lekarskiej wobec doświadczeń etyki prawniczej i etyki biznesu”, *Państwo i Społeczeństwo* 2008, vol. 8(3), s. 127–154.

b) Model relacyjny

Podjmowanie decyzji w relacji z pacjentem

Klasyczny model relacyjny „ja – ty” (inne „ja”), szeroko dyskutowany w literaturze model podzielanego bądź wspólnego podejmowania decyzji (*shared decision-making*, skrót: SDM) zajmuje ważne miejsce wśród modeli wspierających aktywizację pacjenta w procesie terapeutycznym. Model ten może być także rozpatrywany z perspektywy komunikacyjno-dyskursywnej jako model pokrewny i tym samym przydatny jest do wdrożenia proponowanych w niniejszej pracy rozwiązań. Poniżej zostanie zaprezentowana charakterystyka modelu oraz jego zastosowania w medycynie ogólnej²⁰.

Wspólne podejmowanie decyzji jest definiowane jako podejście, w którym klinicyści i pacjenci, stając przed koniecznością podjęcia decyzji, dzielą się najlepszymi dostępnymi dowodami i racjami (*share the best available evidence*), pacjenci zaś są wspierani przez klinicystów poprzez rozważanie możliwych, wchodzących w grę opcji leczenia, by wybrać najbardziej odpowiednią. Celem jest świadome wyłonienie i klaryfikacja preferencji w uwzględnieniu preferencji pacjenta w kontekście konkretnego problemu medycznego i dalszego postępowania (drogi) terapeutycznego²¹, także jeśli problem ma naturę medyczno-etyczną. Podejście to czerpie w pierwszej kolejności z zasady autonomii pacjenta, którą lekarz ma obowiązek respektować w sposób mniej lub bardziej aktywizujący decyzyjność pacjenta tak w świetle etyki lekarskiej, jak i w świetle prawa medycznego²². Jednak większy nacisk na samookreślenie pacjenta (jednostki) nie sprawia, że ma on czuć się „zostawiony samemu sobie” jako podmiot decyzyjny. Przeciwnie, ma doświadczać bycia włączonym w bezpieczny i wspierający kontekst intersubiektywny, którym jest otoczenie kliniczne jako swoisty typ otoczenia społecznego. Być może słowo „otoczenie” jest zbyt anachroniczne, sugeruje bowiem, że ktoś – podmiot właśnie – jest otoczony, ale więc niejako ograniczony, wyłączony, wyalienowany przez owo otoczenia niby przez jakiś *mur*. Otoczenie, o jakim mowa, jest

²⁰ Przedstawioną w tym podrozdziale argumentację (z późniejszymi zmianami) wstępnie zarysowano w K. Napiwodzka, „The Shared Decision-making Model and Practical Discourse to Foster the Appreciation of Patients’ Value preferences in Polish Healthcare”, w: J. Schildmann, Ch. Buch, J. Zerth (red. naukowa), *Defining the Value of Medical Interventions: Normative and Empirical Challenges*. Kohlhammer, Stuttgart 2021, s. 135–165.

²¹ G. Elwyn, D. Frosch, R. Thomson, N. Joseph-Williams i in., „Shared Decision Making: A Model for Clinical Practice”, *Journal of General Internal Medicine* 2012, vol. 27(10), s. 1361.

²² H. T. Engelhart, *The Foundations of Bioethics*. Oxford University Press, New York 1986.

otoczeniem interaktywnym i otwartym dla podmiotu. Jest on jego integralnym, a zarazem współdziałającym z nim ‘agentem’, którego sprawczość nie słabnie, a przeciwnie, może wzrastać.

Niektórzy pacjenci, przyzwyczajeni do kultury jednostronnie, autorytarnie lub ekspercko-instytucjonalnie świadczonej opieki zdrowotnej, którym oferuje się znaczącą rolę lub współudział w podejmowaniu decyzji klinicznych i zwłaszcza kliniczno-etycznych w ich własnym interesie zdrowotnym mogą czuć się zaskoczeni lub zaniepokojeni ofertą i obawiać się, czy podążają nowemu wyzwaniu pod względem

a) uświadomienia i zrozumienia sytuacji, w jakiej sami się znajdują oraz zabiegów oraz czynności, jakim będą dalej poddawani lub nie, zależnie od własnej decyzji;

b) udziału w roli podmiotu epistemologicznego i uczącego się na bieżąco, czyli uczestniczącego w takiej sytuacji, lub procesie aktywnie w sensie poznawczym,

c) udziału w roli podmiotu moralnego, czyli samodzielnego – ale nie osamotnionego – źródła ocen, opinii, osądów, decyzji, racji i argumentów typu moralnego (acz niekoniecznie związanego z etyką lekarską²³), wreszcie:

d) bycia jednym z kluczowych uczestników uzgodnień i pełnoprawnym źródłem akceptacji (zgody bądź niezgody) w sensie praktyczno-etycznym w procesie podejmowania decyzji wspólnie z lekarzem, pielęgniarem, etc.

To słuszne obawy: pacjent ‘sam z siebie’ jako nieeksperskie „ja” stojące naprzeciw jakiegos eksperckiego „ty” nie potrafi samodzielnie ocenić i zadecydować, który wariant działań klinicznych będzie dla niego najbardziej dobroczynny. Może się też obawiać, że na niego przerzucona zostanie całkowita odpowiedzialność za podjęcie decyzji, a nie jest on przecież ekspertem w dziedzinie medycyny i jej specjalizacji. Niektórzy pacjenci początkowo – a może też z braku doświadczenia, z przyzwyczajenia, itd. – mogą unikać uczestniczenia w jakiegokolwiek formie wspólnego podejmowania decyzji medyczno-klinicznych.

W ramach podejścia, które jedynie oczekuje partycypacji pacjenta i relacyjności, albo jedynie takowe postuluje, nie oferując należytego wsparcia, dążenie do autonomizacji pacjenta jako podmiotu odosobnionego i całkowicie samodzielnego pod względem decyzyjnym może być daremne. Niezbędne jest więc zbudowanie prawdziwie inkluzyjnej

²³ Pacjent lub jego rodzina mogą mieć wartości, interesy, preferencje szczególne i zgoła sprzeczne z tymi, które obowiązują lekarza; znane są przypadki, gdy pacjent lub rodzina pacjenta niezdolnego do samodzielnej decyzji zabiegali o podanie pacjentowi tradycyjnych lub rytualnych środków leczniczych, podczas, gdy lekarz ma obowiązek stosowania środków dostępnych w medycynie profesjonalnej; A. I. Applbaum, J. C. Tilburt, M. T. Collins, D. Wendler, „A Family's Request for Complementary Medicine After Patient Brain Death,” *Journal of the American Medical Association* 2008, vol. 299(18), s. 2188–2193.

relacji i kontekstu, które zniwelują podziały i napięcia między uczestnikami, a zwłaszcza otoczą i wesprą właśnie pacjenta.

Dlatego też, w duchu klasycznego modelu „shared decision making” Elwyn i in. używają pojęcia „relacyjnej autonomii” i twierdzą, że „nie jesteśmy całkowicie wolnymi, samorządnymi podmiotami, ale nasze decyzje zawsze będą dotyczyły relacji międzyludzkich i wzajemnych zależności”²⁴. Autorzy ci zakładają komunikacyjną intersubiektywność jako zawsze niezbędną, wrażliwą i szanującą wolność i prawa innych podmiotów, które mają fundamentalne znaczenie dla praktyki medycznej jako praktyki społecznej wśród autonomicznych i racjonalnych podmiotów – i mają kluczowe znaczenie dla wzmocnienia sprawczości pacjentów (*empowerment*) w zakresie udziału w decyzjach dotyczących ich zdrowia. Wspólne podejmowanie decyzji wzmacnia udział sprawczo (*agentic*) (nie zaś tylko biernie) występującego w kontekście medyczno-klinicznym pacjenta poprzez dostarczanie wysokiej jakości informacji i wspieranie procesu rozumienia, korekty, ważenia, akceptacji rozmaitych argumentów, wreszcie procesu uzgadniania rozstrzygnięć i decyzji wraz z osobami reprezentującymi opiekę zdrowotną – przykładowo poprzez deliberację²⁵. W ostatnich dziesięcioleciach potrzebę takiej partycypacji ze strony pacjentów akcentuje wiele koncepcji w obrębie samej etyki medycznej i klinicznej, jak też koncepcje filozoficzne fundujące i uzasadniające taki partycypacyjny zwrot²⁶, stanowiące zaplecze teoretyczne dla etyki, również praktycznej i stosowanej.

Postulat partycypacji pacjenta pojawił się jako przeciwwaga dla modelu paternalistycznego, w którym lekarz podejmuje decyzje dotyczące całego przebiegu leczenia

²⁴ G. Elwyn i in., „Shared Decision Making...”, dz. cyt., s. 1361.

²⁵ „W tym przypadku termin ‘deliberacja’ używany jest do ‘opisania procesu rozważania informacji o zaletach i wadach danej opcji, oceny ich następstw oraz rozważenia szeregu możliwych konsekwencji, zarówno praktycznych, jak i emocjonalnych. (...) Deliberacja zaczyna się, gdy tylko rozwinię się świadomość różnych możliwości. Proces jest powtarzalny i powracający, a jego intensywność wzrasta po opisanu i zrozumieniu poszczególnych opcji”, G. Elwyn i in., „Shared Decision Making...”, s. 1365.

²⁶ D. L. Frosch, R. M. Kaplan, „Shared Decision Making in Clinical Medicine: Past Research and Future Directions”, *American Journal of Preventive Medicine* 1999, vol. 17(4), s. 285.

Ostatnie publikacje na ten temat: Zob. J.-M. Bae, „Shared Decision Making: Relevant Concepts and Facilitating Strategies”, *Epidemiology and Health* 2017, vol. 39, #e2017048; B. Barrett, J. Ricco, M. Wallace, D. Kiefer, D. Rakel, „Communicating Statin Evidence to Support Shared Decision-making”, *BMC Family Practice* 2016, vol. 17(41); K. Knight, „Who Is the Patient? Tensions between Advance Care Planning and Shared Decision-making”, *Journal of Evaluation in Clinical Practice* 2019, vol. 25(6), s. 1217–1225; A. Michalsen, A. C. Long, G. F. DeKeyser, D. B. White, H. Jensen i in., „Interprofessional Shared Decision-making in the ICU: A Systematic Review and Recommendations from an Expert Panel”, *Critical Care Medicine* 2019, vol. 47(9), s. 1258–1266; M. C. Politi, K. Wolin, F. Légaré, „Implementing Clinical Practice Guidelines about Health Promotion and Disease Prevention through Shared Decision Making”, *Journal of General Internal Medicine* 2013, vol. 28(6), s. 838–844; J. Sommovilla, K. E. Kopecky, T. Campbell, „Discussing Prognosis and Shared Decision-making”, *Surgical Clinics of North America* 2019, vol. 99(5), s. 849–858; P. D. Tamma, M. A. Miller, S. E. Cosgrove, „Rethinking How Antibiotics Are Prescribed”, *Journal of the American Medical Association* 2018, vol. 321(2), s. 139–140.

jednoosobowo, samodzielnie, z wykluczeniem innych podmiotów, sprawując tym samym wyłączną opiekę – ale także władzę nad pacjentem, opartą na decyzyjności podyktowanej wiedzą i doświadczeniem, a także dominacją woli i w pewnym sensie również samowoli. Dotyczyło to zwłaszcza epoki, w której jeden lekarz zajmował się pacjentem pod każdym względem, holistycznie, przez całe życie, jako zwłaszcza tzw. lekarz domowy; gdy nie istniała jeszcze silna specjalizacja zawodu lekarza, ani też coraz wyraźniejszy rozdział roli tego, kto leczy i wspomaga od roli tego, kto prowadzi badania (także czysto naukowe, niezwiązane z procesem leczniczym).

Wzmocnienie tzw. agencyjności pacjenta poprzez aktywny współudział i zaangażowanie nie jest możliwe ‘samo przez się’: medium jego realizacji są właśnie modele dialogicznego i wspólnego podzielenia procesów decyzyjnych oraz komunikacyjno-dyskursywnego współdecydowania. Gdy pacjenci w ten sposób aktywnie wpływają na proces własnego leczenia, są też lepiej przygotowani i silniej wewnętrznie przekonani do tego, by przestrzegać wskazówek i rozumieć dynamikę własnego zdrowia bądź choroby, ryzyko, profilaktykę, etc. w sposób długofalowy. Z medycznego punktu widzenia pozwala to także na bardziej regularne i efektywne gromadzenie informacji o pacjencie uzyskanych m.in. dzięki świadomej samoobserwacji, a tym samym, ustalenie optymalnych i skutecznych planów leczenia. Skłania to lekarza do wzięcia pod rozwagę zarówno informacji i stanowiska ze strony pacjenta, jak i szerzej, bardziej elastycznej i zindywidualizowanej do potrzeb palety metod leczenia, a tym samym, może podnosić jakość podejmowanych decyzji, mierzoną kliniczną skutecznością interwencji.

Włączenie pacjenta do procesu decyzyjnego ma znaczenie także w kontekście transformacji ustrojowej typu demokratycznego²⁷, obejmującej *zdrowie publiczne i jego instytucje*, w których istotny jest udział i sprawczość upodmiotowionego pacjenta, i to ponad hierarchiami czy asymetrami pomiędzy „laikami” a „specjalistami/ekspertami”. Hierarchia i asymetria utrudnia, a nawet całkowicie uniemożliwia włączenie pacjenta i realizację postulatu upodmiotowienia i partycypacji w jakimkolwiek zakresie. Jednak upodmiotowienie, partycypacja i wzmocnienie sprawczości pacjenta nie powinny być sprowadzane do wąskiej instytucji aktów udzielania przez pacjenta świadomej i dobrowolnej zgody na dane świadczenie zdrowotne. Jak zauważają Frosch i Kaplan,

²⁷ J. Antoun, F. Phillips, T. Johnson, “Post-Soviet Transition: Improving Health Services Delivery and Management”, *Mount Sinai Journal of Medicine* 2011, vol. 78, s. 436–448.

„Podczas gdy w ramach wytycznych natury etycznej wymaga się świadomej zgody, zwłaszcza gdy zalecenie obejmuje potencjalnie szkodliwą interwencję, wspólne podejmowanie decyzji idzie o kilka kroków dalej. Oprócz przedstawienia pacjentowi faktów na temat zabiegu, wspólne podejmowanie decyzji jest procesem, w którym lekarz i pacjent biorą pod uwagę dostępne informacje o danym problemie medycznym, w tym opcje leczenia i ich konsekwencje, a następnie rozważają, w jaki sposób odpowiadają one preferencjom pacjenta co do stanu zdrowia i spodziewanych rezultatów. Po rozważeniu możliwości, za obopólnym porozumieniem (*mutual agreement*) stron, zainteresowani podejmują decyzję dotyczącą leczenia”²⁸.

Podejście oparte na wspólnym podejmowaniu decyzji jawi się jako korzystne z kilku powodów: wymaga aktywnego udziału i zaangażowania zarówno lekarza, jak i pacjenta, co jest również istotne w ramach paradygmatu komunikacyjno-dyskursywnego. Kiedy pacjenci aktywnie uczestniczą w procesie leczenia, są lepiej przygotowani do przestrzegania wskazówek i lepiej rozumieją swój stan i perspektywy zdrowotne. Z medycznego punktu widzenia pozwala to na uzyskanie bardziej wartościowych informacji, a tym samym, na ustalenie optymalnych i skutecznych planów leczenia (zmuszając lekarza do rozważenia wszystkich alternatywnych metod leczenia, a tym samym podnosi jakość podejmowanych decyzji). Ponadto, podejście oparte na wspólnym podejmowaniu decyzji wzmacnia autonomię pacjentów, uświadamiając im decyzje dotyczące leczenia i prognozowane rezultaty oraz pomaga rozwinąć współodpowiedzialność za leczenie.

Odpowiedzialność należy do podstawowych wartości, respektowanych w opiece zdrowotnej. Można jednak zapytać, czy – a jeśli tak, to dlaczego – odpowiedzialność za wybór leczenia i jego wyników powinna zostać *podzielona* między lekarza a pacjenta. Podjęcie współdzielonej odpowiedzialności (*shared responsibility*) nieuchronnie towarzyszy modelowi wspólnego podejmowania decyzji oraz jemu pokrewnym poprzez aktywne zaangażowanie i udział w podejmowaniu decyzji, zawieranie porozumień i ustaleń za pomocą umiejętności komunikacyjnych oraz w ramach intersubiektywnej komunikacji między świadczeniodawcami a pacjentami. Wszystkie te czynności można również uznać za formy samostanowienia i zarządzania własnym zdrowiem, wspierane przez najlepszą fachową wiedzę lekarzy oraz dowody naukowe (w ramach obowiązującego paradygmatu medycyny

²⁸ D. L. Frosch, R. M. Kaplan, “Shared Decision Making in Clinical Medicine: Past Research and Future Directions”, *American Journal of Preventive Medicine* 1999, vol. 17(4), s. 285.

opartej na dowodach w sensie empirii i racjonalnych wniosków, uzyskanych dzięki badaniom naukowym, obserwacji i profesjonalnym doświadczeniu, tzw. *Evidence-Based Medicine*). Zasada współodpowiedzialności w kontekście podejmowania decyzji medycznych może być również związana ze zjawiskiem medycznej niepewności (*medical uncertainty*).

Odpowiedzialność w procesie leczenia może objawiać się na różne sposoby. W niektórych przypadkach może ograniczać się do przestrzegania zaleceń lekarza (przestrzeganie specjalnej diety, aktywność fizyczna, regularne przyjmowanie przepisanych leków). W innych dotyczyć będzie odpowiedzialności za sam wybór leczenia. Chociaż ocena dostępnych opcji terapii powinna opierać się zawsze na ocenie stanu zdrowia pacjenta (badaniu, diagnozie), pacjent wnosi ważny wkład w dyskusję, ponieważ jest najważniejszym „ekspertem” w kwestiach dotyczących własnego zdrowia, a żadna z decyzji nie zostanie podjęta bez jego, choćby minimalnego udziału (zgody). Świadczeniodawcy nie mogą uzyskać dostępu do informacji o pacjencie bez rozmowy (interakcji) z nim. Leczenie zyskuje na efektywności kiedy znają i właściwie rozumieją (i wyjaśniają z pacjentem, jeśli to konieczne) preferencje dotyczące przekonań na temat dobrego samopoczucia, zdrowia i ryzyka, poglądy odnośnie zdrowego i niezdrowego trybu życia, osobistą tolerancję na ból i dyskomfort, plany na przyszłość i długoterminowe oczekiwania zdrowotne oraz perspektywy związane z procesem terapeutycznym i jego dynamiką, profilaktyką, planami (np. ciąży), obciążenie zawodowe, konteksty kulturowe i religijne²⁹. Istotnym zagadnieniem staje się obecnie to, jak uczyć pacjentów i uwrażliwiać na tego rodzaju współodpowiedzialność. Jest to również jeden z problemów etycznych we wszystkich modelach zorientowanych na relacje.

c) Modele relacyjno-opiekuńcze

Inną propozycją dla opieki zdrowotnej, ufundowaną na współczesnej fenomenologii i hermeneutyce intersubiektywnego dialogu (a także socjalizacji i inkluzji jednostki), jest model etyki relacyjnej. Ch. L. Pollard³⁰ przedstawia jej założenia w kontekście złożoności relacji pacjentów z personelem pielęgniarskim³¹. U podstaw znajdują się dwa założenia: (1)

²⁹ D. L. Frosch, R. M. Kaplan, “Shared Decision Making...”, dz. cyt., s. 287.

³⁰ Ch. L. Pollard, “What Is the Right Thing To Do: Use of a Relational Ethic Framework to Guide Clinical Decision-making”, *International Journal of Caring Sciences*, vol. 8(2)2015, s. 362–368.

³¹ „Opieki pielęgniarskiej nie można już dłużej interpretować jako opieki *nad* pacjentem. Pielęgniarki muszą opiekować się pacjentem [razem z *nim*, – K.N.]. W tej relacji obowiązują normy słuszności

że możliwa jest nieopozycyjna (*non-oppositional*) relacja w interakcjach z pacjentem i (2) że jaźń, podmiotowość (*the self*) nie jest traktowana indywidualistycznie, lecz raczej jako ucieleśniona, współzależna i połączona (związana) z innymi (*embodied, interdependent, connected*). Autorka zauważa, że chociaż pielęgniarki wykorzystują wiele rozwiniętych teorii opartych na „pryncypiach” (takich jak utylitaryzm z jego „utility principle” czy deontologia) do podejmowania decyzji, teorie te zakładają podmiotowość moralną jako rodzaj bezcielesnego bytu, co nie pomaga w skutecznym poruszaniu się po wyzwaniach etycznych w złożonych warunkach współczesnej opieki zdrowotnej. W literaturze przedmiotu podkreśla się moralny stres (niepokój) decyzyjny związany z wykonywaniem zawodów medycznych. Jego skutki mogą obejmować objawy natury fizycznej i psychicznej, a także przyczyniać się do zmniejszenia satysfakcji z pracy i niewłaściwego wykonywania swoich obowiązków zawodowych. Deschenes i Kunyk badają problem moralnego stresu decyzyjnego pielęgniarek w kontekście założeń etyki relacyjnej³². Badane jest także obciążenie emocjonalne pielęgniarek z uwagi na pozostawanie w bezpośrednich relacjach z pacjentem i współodczuwanie z nim jego dolegliwości i cierpień, gdy tymczasem lekarze podejmują decyzje bez długotrwałej ekspozycji na cierpienia pacjenta.

Puntem wyjścia proponowanego podejścia jest rozumienie i docenienie znaczenia różnic, jakie wyłaniają się w rzeczywistym dialogu pomiędzy różnymi przecież ludźmi, usytuowanymi w różnych kontekstach – nie tylko epistemologicznych, ale także aksjologicznych i normatywnych. Na te różnice nakłada się sama, zawsze płynna i dynamiczna interakcja między uczestnikami. Szacunek dla różnic i umiejętność radzenia sobie z nimi są szczególnie ważne w opiece pielęgniarskiej nad pacjentami chorymi psychiatrycznie (także np. z postępującą demencją), gdzie utrwalone wzorce paternalistyczne i taktyki porozumiewania się i osiągnięcia porozumienia winny zostać skorygowane, ustępując przy tym postawom opartym na szacunku, rezygnacji z przemocy i świadomości współzależności podmiotów względem siebie. Takie sytuacje nadal umożliwiają dialog i porozumienie, choć natura tych ostatnich wymyka się regułom racjonalności, a także komunikacyjności immanentnie nastawionej na innego i wzywającej go do wpisanej w tę

i odpowiedzialności moralnej. Imperatyw etyczny staje się imperatywem konkretnego Innego”, Ch. L. Pollard, „What is the Right...”, s. 367.

³² S. Deschenes, D. Kunyk, „Situating moral distress within relational ethics”, *Nursing Ethics* 2020, vol. 27(3), s. 767–777; zob. też C. Gómez-Vírveda, Y. de Maeseneer, C. Gastmans, „Relational Autonomy in End-of-life Care Ethics: A Contextualized Approach to Real-life Complexities”, *BMC Medical Ethics* 2020, vol. 30/21(1), s. 50; B. Jennings, „Relational Ethics for Public Health: Interpreting Solidarity and Care”, *Health Care Analysis* 2019, vol. 27(1), s. 4–12.

racjonalność reakcji. Porozumienie odbywa się tu na poziomie nie tylko językowo-komunikacyjnym, lecz także intuicyjnym – a nawet po prostu w towarzyszeniu i asystowaniu w określonych czynnościach i stanach, ostatecznie także nieobcych człowiekowi.

Etyka relacyjna zakłada, że określone formy interakcji w opiece zdrowotnej bardziej sprzyjają leczeniu i zachowaniu zdrowia niż inne. Są to na przykład relacje, w których profesjonaliści medyczni widzą w pacjentach konkretnego „innego”, a nie uogólnionego innego³³ formalnie i instytucjonalnie należącego do klasy czy kategorii „pacjent taki a taki”. U podstaw etyki relacyjnej leżą: wzajemny szacunek, związany z odpowiedzialnością za siebie oraz drugiego, wielowymiarowa (*multidimensional*) ucieleśniona wiedza³⁴, zaangażowanie, poczucie sprawczości, kontekst środowiskowy i świadomość kruchości i skończoności życia³⁵. Odpowiedzialność wymagana jest przez samą interakcję z drugą osobą i wywołuje działanie natury moralnej³⁶. Zrozumienie naszych relacji z innymi oraz etycznie słuszných działań, które należy podjąć, wymaga znajomości tradycji, uniwersalnych zasad, racjonalności, naszej subiektywności i wzajemnych zależności³⁷. Sprawczość i odpowiedzialność za siebie i innych wynika z konkretnych sytuacji, które z konieczności obejmują relacje między dwoma lub więcej podmiotami i wpływają na dwie lub więcej osób. Dlatego ucieleśniona podmiotowość jest zawsze współzależna i połączona z innymi. Idea ucieleśnionego (usytuowanego), etycznego procesu decyzyjnego (ang. *Embodied Ethical Decision-Making*, EEDM) znajduje także swoje zastosowanie w kontekstach międzykulturowych, między innymi w przypadku konfliktów w opiece zdrowotnej³⁸.

³³ Zob. Relational Ethics Research Project: V. Bergum, J. Dossetor, *Relational Ethics. The Full Meaning of Respect*. University Publishing Group, Hagerstown, MD 2005.

³⁴ „Zakorzenione w ucieleśnionej wiedzy jest to, czego do tej pory się nauczyliśmy. Wiedza ucieleśniona to nie tylko szereg racjonalnych wyborów, dokonywanych w oparciu o uniwersalne reguły stosowane systematycznie w każdej sytuacji. Legitymizuje ona także potrzebę dokonywania konkretnych sądów sytuacyjnych opartych na percepcji (...). Na przykład możemy zdecydować się wykorzystać naszą wiedzę o etycznej zasadzie sprawiedliwości i nasze doświadczenia ze współczuciem, aby pomóc kierować etycznymi działaniami”, Ch. L. Pollard, „What Is the Right Thing To Do...”, s. 365.

³⁵ Tamże, s. 367.

³⁶ Zob. V. Bergum, J. Dossetor, *Relational Ethics: The Full Meaning of Respect*, dz. cyt.

³⁷ W. Austin i in., „Relational Ethics in Forensic Psychiatric Settings”, *Journal of Psychosocial Nursing* 2001, vol. 39(9), s. 12–17; S. Gadow, „Relational Narrative: The Postmodern Turn in Nursing Ethics”, *Scholarly Inquiry for Nursing Practice: An International Journal* 1999, vol. 13(1), s. 57–70; R. Rodney, M. Burgess, C. Phillips, G. McPherson, H. Brown, „Our Theoretical Landscape: A Brief History on Health Care Ethics”, w: J. Storch, P. Rodney, R. Starzomski (red. naukowa), *Toward a Moral Horizon: Nursing Ethics for Leadership and Practice* (s. 59–79). Pearson Education Canada, Toronto 2012.

³⁸ Zob. M. Roberts, „Embodied Ethical Decision-Making: A Clinical Case Study of Respect for Culturally Based Meaning Making in Mental Healthcare”, *American Journal of Dance Therapy* 2021, s. 1-28.

d) Model relacyjno-kontekstowy

W zarysowanej tradycji najciekawszy wydaje się *model relacyjno-kontekstowy* (*relational framework ethics*), który nawiązuje do teorii intersubiektywności w wydaniu J. H. Meada czy wspomnianego już wyżej A. Honnetha („ja usytuowane w my”, nm. *das ich im wir*). Model ten wspiera się na relacji rozumianej jako „my”, zamiast na podmiotowości i agencjalności odosobnionej i syngularnej, gdzie „ja” traktowane jest jako w pełni samoistne – ale też samowystarczalne, autarkiczne – względem innych w sensie poznania, osobistego ethosu, swobody i niezależności w podejmowaniu decyzji, itd. Tymczasem jaki izolowany podmiot nie jest bytem realistycznym ani w kontekście wielokrotnej socjalizacji (choćby pierwotnej i wtórnej, a przecież powtórna socjalizację przechodzi osoba, która po raz pierwszy w życiu trafia do środowiska klinicznego, by pozostać w nim na dłużej i przejść trudną drogę, trwale zmieniającą jej sposób życia, jej przynależność społeczną, jej autoidentyfikację, itd.), ani w kontekście filozofii dialogu (np. M. Bubera), do której nawiązują proponenci modelu relacyjno-kontekstowego. Zrywają oni z tradycyjnym rozumieniem „granic” w relacjach profesjonalnych (zawodowych) i traktują owe granice w kategoriach metaforycznych³⁹. Austin i in. skupiają się na relacji terapeutycznej, obejmującej głównie odbiorcę świadczeń (usług) medycznych (klienta i pacjenta zarazem) z terapeutą. Podkreślają, że różni się ona od innych ze względu na specyficzną asymetrię – pacjent jest osobą bezbronną, potrzebującą pomocy i wsparcia, podczas gdy profesjonalista (terapeuta) może tej pomocy udzielić, co budzi szereg napięć z uwagi na pokusę „dominacji” i forsowania „przywileju”, związanego choćby z dysproporcją (czy po prostu asymetrią) epistemologiczną pomiędzy profesjonalistą (ekspertem) a laikiem.

Asymetria jest obecna we wszystkich innych relacjach w opiece zdrowotnej, dlatego warto proponować inne podejścia, by uniknąć ‘dominacji’ nad pacjentem kojarzącej się z autorytaryzmem lub paternalizmem i prowadzić efektywne leczenie oparte na poczuciu bezpieczeństwa wynikającym choćby z aktywnego kontaktu i komunikacyjnego porozumienia z pacjentem, który ma przynajmniej poczucie współkontroli nad tym, co się z nim dzieje⁴⁰ – występuje więc także w roli *homo agens*, nie zaś tylko w roli *homo patiens*.

³⁹ W. Austin, V. Bergum, S. Nuttgens, C. Peternelj-Taylor, “A Re-visioning of Boundaries in Professional Helping Relationship: Exploring Other Metaphors”, *Ethics & Behavior* 2006, vol. 16(2), s. 77–94.

⁴⁰ „Chociaż metafora granic przekracza pewne ograniczenia, nie pomaga nam jednak ani zgłębić *etyki zaangażowania*, ani nie ujawnia, w jaki sposób brak kontaktu z pacjentem może być nieetyczny. Rzadko kiedy niedostateczne zaangażowanie jest uważane za naruszenie granic, nawet jeśli brak zaangażowania pacjenta (klienta) i zaspokojenia jego potrzeb lub leczenia jest wyraźnie niepokojący (...). Ponadto granice jako metafora w niewielkim stopniu pomagają nam zająć się innymi pasywnymi nadużyciami władzy, takimi jak: brak

Istotne jest, aby profesjonaliści w relacjach z pacjentami (czyli również nie tylko ‘klientami’ czy ‘petentami’ opieki zdrowotnej oferującej ‘usługi’ i ‘świadczenia’) nie musieli zdawać się jedynie na zewnętrzne i odgórne ‘wytyczne’, procedury, nakazy i zakazy, lecz dysponowali zakresem swobody decyzyjno-praktycznej w ramach zarówno kodyfikacji, jak i swoich profesjonalnych „cnót”, w tym rozważań i decyzyjności – ale właśnie w komunikacyjnym porozumieniu z pacjentem, jego rodziną, społecznymi opiekunami i towarzyszami, itd.

Austin i in. zestawiają szereg metafor, takich jak „budowanie mostu” pomiędzy uczestnikami relacji, rozpoznawanie *obcego* terytorium, które polega na stopniowym „uczeniu się” pacjenta, nawiązywanie z nim kontaktu i rozumiejące wsłuchanie się w jego potrzeby, itd. Rodząca się za sprawą takich zabiegów relacja terapeutyczna bywa nazywana „powierniczą”, a jej podstawę stanowi „ukryte zaufanie”. Pacjent musi ufać, że terapeuta będąc osobą o szczególnej wiedzy i umiejętnościach będzie starał się pomóc mu, a przede wszystkim – nie zrobi mu krzywdy⁴¹. Jest tu obecny element etyki troski i opiekuńczości.

Metafora terytorium terapeutycznego uświadamia, że istnieją relacje, środki i narzędzia pomocne w przepracowaniu niepokojów związanych m.in. z ryzykiem i odpowiedzialnością za praktykę terapeutyczną i uwrażliwić na subtelne sygnały, że pojawia się problem natury medyczno-etycznej, a nawet *stricte* moralnej czy socjo-moralnej. Nie jest możliwe ich wychwycenie, szczegółowe rozważenie i rozwiązanie, jeśli uczestnicy koncentrują się ściśle na przestrzeganiu i dostosowaniu do zasad, zwłaszcza, że zasady bywają ogólne, abstrakcyjne i nie regulują akurat danego, może niestandardowego, skomplikowanego, rzadkiego lub nietypowego przypadku. Reguły abstrakcyjne i „czarno-białe tracą część swojej przydatności, gdy musimy przekroczyć etyczne szare strefy” czy zwyczajnie zdecydować na terenie ryzykownym, a słabo lub niejasno uregulowanym. Jak przytacza W. Austin,

„Van Manen (2002), omawiając koncepcję troski, wskazał, że troska, tłumaczona jako *zorg* w języku niderlandzkim i *sorgen* w języku niemieckim, obejmuje w swoim znaczeniu *zmartwienie, zaniepokojenie*. Zasugerował on, że troska-jako-zmartwienie ujawnia aspekty ‘złożonej moralno-emocjonalnej relacji odpowiedzialności’ (...). Wyobrażenie terytorium terapeutycznego

informacji niezbędnych do świadomego wyboru leczenia, wstrzymywanie opieki w celu utrzymania kontroli oraz używanie zaawansowanego technicznie języka lub odwoływanie się do zasad kontroli podczas wywiadu z pacjentem lub jego rodziną (...). Czy jest inna metafora, która potrafi tego dokonać?”, W. Austin i in., „A Revisioning of Boundaries...”, dz. cyt., s. 85.

⁴¹ Tamże, s. 87–88.

może pozwolić nam na zgłębienie kategorii troski w oparciu o praktykę w sposób, którego nie potrafi metafora granicy. Powinno to zwiększyć naszą wrażliwość na sygnały, które, choć subtelnie, oznajmiają, że pojawia się problem etyczny. Powinno to promować chęć rozwiązania wszelkich niepokojów związanych z tym, co dzieje się z konkretnym klientem (pacjentem). Może też otwierać możliwości dialogu z kolegami, który może załagodzić potencjalnie szkodliwe sytuacje. W przeciwnym razie takie okazje mogą zostać utracone, zwłaszcza jeśli ktoś koncentruje się ściśle na przestrzeganiu zasad. Czarno-białe reguły tracą część swojej przydatności, gdy musimy przekroczyć etyczne szare strefy”⁴².

V. Bergum, odwołując się do filozofii S. Gadów⁴³, skupia się na zjawisku relacyjności i opisuje je w obszarach profesjonalnych: nauczyciel/uczeń, pielęgniarz lub pielęgniarka/pacjent lub pacjentka, podmiotowe „ja” (*self*)/świat w sensie społecznym, a więc inne „ja” lub „ty”⁴⁴, w liczbie mnogiej. Obierając za punkt wyjścia pojęcie „ucieleśnienia” (*embodiment*) skądinąd już ucieleśnionego „ja” w kontekście narzędzi i aparatury jako „przedłużenia ciał” dla podkreślenia, że żyjemy we wspólnie podzielanym świecie, dzielimy doświadczenia, a także nieustannie wymieniamy ze sobą świadomość i wiedzę, Bergum podkreśla ponadto, że doświadczenie zawsze jest usytuowane w świecie, który jest światem struktur, kultur, oczekiwań i historii⁴⁵. Indywidualizm jest nie tylko jego częścią, ale przede wszystkim współuczestnikiem i po części jego wytworem.

Na poszczególne doświadczenia indywiduum wpływają więc interakcje zachodzące między nim a światem. Jest to nienowa koncepcja, zakorzeniona w istocie w heglowskiej fenomenologicznie realizującej się intersubiektywności, tutaj jednak wykracza ona poza genezę „podmiotowej samowiedzy” w sensie stricte heglowskim, już zresztą także społecznym. Tutaj idzie bowiem o sprawczość podmiotów, na którą nakładają się – wzmacniająco lub osłabiająco – rozmaite statusy, role, instytucje, wreszcie poszczególne sytuacje, wreszcie *usytuowania, współusytuowania, współzależności*. Przykładowo, gdy tracimy zdolność „dotknięcia” drugiego człowieka z (choćby z uwagi na dystans jako regułę

⁴² M. van Manen, “‘Care-as-Worry’, or ‘Don’t worry Be Happy’”, *Qualitative Health Research: An International Interdisciplinary Journal* 2002, vol. 12, s. 264–280, za: W. Austin i in., “A Re-visioning of Boundaries...”, s. 87–88.

⁴³ S. Gadów, “Existential Ecology: The Human/Natural World”, *Social Science and Medicine* 1992, vol. 35(4), s. 597–602.

⁴⁴ V. Bergum, “Relational Pedagogy. Embodiment, Improvisation...”, s. 121–128.

⁴⁵ Tamże, s. 126.

społeczną), narażamy go na jakąś formę „odczłowieczenia” i odcieleśnienia; również sami możemy znaleźć się w podobnej, a nawet długotrwałej sytuacji. O roli dotyku i bezpośredniego międzyludzkiego kontaktu wzrokowego, ale także oczywiście werbalnego i emocjonalnego, napisano już wiele w filozofii i psychologii. Takie rudymentalne formy intersubiektywności opisał Axel Honneth w książce *Das ich im Wir*.

Bergum opisała wykorzystanie tej wiedzy w relacjach profesjonalnych z udziałem podopiecznych, na przykład w długotrwałej praktyce pielęgniarstwa opieki nad pacjentami, także tymi chorującymi chronicznie. Bergum pyta, jak we współczesnym świecie medycznym nie wpaść w „technologiczne pułapki” oddzielające wiedzę od doświadczenia i osobę od jej poszczególnych „części” czy aspektów (np. stan, schorzenie traktowane w oderwaniu od integralnie, osobowo i sprawczo rozumianego pacjenta). Zachodzi tu bowiem niebezpieczeństwo utraty wrażliwości i tłumienia emocji, a w konsekwencji – stania się „mniej ludzkim” w doświadczeniu klinicznym⁴⁶.

Rozważając problem władzy i tego jak jest ona wyrażana i doświadczana w przestrzeni relacji, Bergum zwróciła uwagę na to, że nierównowaga występująca w przypadku profesjonalisty i pacjenta może być źródłem niepokojących implikacji (kontroli, dominacji, przymusu). Analogicznie jest w relacjach ucznia i nauczyciela, gdzie ten ostatni ma możliwość, a wręcz obowiązek, wystawienia oceny i weryfikacji osiągnięć podopiecznego. Tę nierównowagę można jednak zastąpić umiejętnością słuchania, przekazania inicjatywy, kreatywnością oraz mądrym budowaniem autorytetu. Idzie tu o zaangażowanie się w dialog, który renegocjuje narrację i społeczną władzę, a relacje władzy wciąż się odradzają i instytucje medyczno-kliniczne temu sprzyjają. Narracja relacyjna realizowana jest poprzez „wyjście poza racjonalną obiektywność” ku intersubiektywności, aby objąć także emocje, wyobraźnię, język, pamięć, ciało, a nawet „inne ja”⁴⁷:

„Fakt, że ludzie są z natury powiązani różnymi relacjami, przemawia za potrzebą odejścia od uniwersalizmu w kierunku zaangażowania, które wymaga osobistej odpowiedzi na Drugiego konkretnego. Zasada nieingerencji z

⁴⁶ Zob. V. Bergum, J. Dossetor, *Relational Ethics...*, dz. cyt. “Gadow ponownie daje nam wskazówkę. Choć twierdzi, że postdualistyczne filozofie pielęgniarstwa uznają ucieleśnienie za warunek egzystencji człowieka, zwraca się ona o to, aby teksty filozoficzne obejmowały ucieleśnienie, ukazując je w języku, który jest racjonalny i jasny, a także otwarty na ‘nieograniczone redeskrypcje’ zjawisk”, S. Gadow, “Philosophy as Falling: Aiming for Grace”, *Nursing Philosophy*, vol. 1(2), 2000, s. 96.

⁴⁷ S. Gadow, “Relational Narrative...”, dz. cyt., s. 62, por. M. Evans, V. Bergum, S. Bamforth, S. MacPhail, „Relational Ethics and Genetic Counseling”, *Nursing Ethics* 2004, vol. 11 (5), s. 462–463.

abstrakcyjną autonomią pociąga za sobą uważne rozeznanie i ocenę jednostki jako wyjątkowej”⁴⁸.

Podejście relacyjne może być przydatne w różnych obszarach biomedycyny i komunikacji z nią związanej, na przykład poradnictwie genetycznym⁴⁹. Upatruje ono etycznego zaangażowania na rzecz siebie i innych w relacjach międzyludzkich. Jako rodzaj etyki działania, podejście to koncentruje się na relacjach i dotyczy wiedzy, którą dzielą się ludzie. W ten sposób, zamiast być procesem nieliniowym, z perspektywy relacyjnej poradnictwo genetyczne jest procesem opartym na wzajemności. Zarówno doradca, jak i jego „klient” uczą się, rozwijają i zmieniają poprzez to doświadczenie. Poznanie drugiego w relacji można osiągnąć tylko poprzez otwartość na słuchanie drugiej osoby. Zbudowanie atmosfery takiej otwartości w komunikacji profesjonalnego doradcy z klientem wymaga poczucia obecności całościowej osoby, nie tylko postrzegania jej zawodowej funkcji⁵⁰. Jak zauważają Evans i in.,

„Zaangażowanie to osobista reakcja na drugą osobę, relacja między jednostkami oparta na dwuznaczności, niepewności, otwartości, zaufaniu i szacunku. Gadów przypomina nam, że zaangażowanie nie może być regulowane przez zasady lub kodeksy (jako zewnętrzny autorytet), ale musi być autoryzowane, rozwijane i stosowane przez osoby pozostające w relacji. Elementy niepewności i wyboru różnych możliwości są powiązane z różnymi poziomami pewności i prawdopodobieństwa w ramach tej bardzo złożonej relacji”⁵¹.

Etyka relacyjna w kontekście prawa do informacji i etyki życia publicznego opiera się głównie na wpieraniu autonomii, jednak mając wciąż na uwadze relację. W kontraście do modelu „samodzielnego świadczeniodawcy opieki zdrowotnej, dobroczynności paternalizmu”, który dominował w większości praktyk medycznych (zdrowia publicznego)

⁴⁸ M. Evans, V. Bergum, S. Bamforth, S. MacPhail, „Relational Ethics...”, s. 460; zob też V. Bergum, „Relational Pedagogy...”, s. 126.

⁴⁹ M. Evans, V. Bergum, S. Bamforth, S. MacPhail, „Relational Ethics...”, dz. cyt.

⁵⁰ Tamże, s. 467.

⁵¹ Tamże, s. 463–465.

przez niemal 2500 lat⁵², na drugim biegunie znajduje się model „samodzielnej autonomii osoby”, w którym jednostki otrzymują pełną władzę decyzyjną. „Model samodzielnej i autonomicznej osoby obejmuje ideę autonomii jako niezależności wraz z jej moralnym prawem do zewnętrznej nieingerencji przez osoby trzecie, ogólnie przyjętą w poradnictwie niedyrektywnym, w neutralnej komunikacji ryzyka i kliencko-konsumenckich modelach opieki zdrowotnej. Autorzy prezentujący podejście relacyjne opowiadają się za wspieraniem autonomii postrzeganym jako środek pośredni, w którym ani osoba, ani społeczność, ani świadczeniodawcy nie są sami, ale każdy z nich współlistnieje w związku w podejmowaniu decyzji w drodze prawdziwego dialogu”⁵³.

e) Modele deliberacyjne

Modele promujące uzasadnienie i obopólną akceptację zróżnicowanych, a także przeciwstawnych interesów, preferencji, roszczeń, praktyk, itd. już to w ramach 1) „refleksyjnej równowagi”, 2) już to „rozważa moralno-kazuistycznej”, 3) już to „rozumnej niezgody”.

O deliberacji jako takiej

Choć, jak zostało powiedziane, paradygmat deliberacji ma korzenie w filozofii politycznej⁵⁴, jego warianty lub zastosowania pojawiają się również w kontekście konieczności ustaleń i porozumień w opiece zdrowotnej, zarówno w społecznej, organizacyjnej i zwłaszcza politycznej *makroskali* (ustawodawstwa, instytucji zdrowia publicznego, funkcjonowania systemu ochrony zdrowia), jak i *mikroskali* (relacji lekarza z

⁵² Zob. C. Laine, F. Davidoff, „Patient-centered Medicine. A Professional Evolution“, *Journal of the American Medical Association* 1996, vol. 10/275(2), s. 152–156; E.D. Pellegrino, „The Metamorphosis of Medical Ethics. A 30-year Retrospective“, *Journal of the American Medical Association* 1993, vol. 3/269(9), s. 1158–1162.

⁵³ T. W. Lambert, C. L. Soskolne, V. Bergum, J. Howell, J. B. Dossetor, „Ethical Perspectives for Public and Environmental Health: Fostering Autonomy and the Right to Know“, *Environmental Health Perspectives* 2003, vol. 111(2), s. 134.

⁵⁴ „W naukach społecznych pojęcie deliberacji w powiązaniu z partycypacją najczęściej pojawia się w refleksji nad życiem społecznym w skali makro (analizy ustroju politycznego, form demokracji, procedur rządzenia) lub mezo (analizy procedur zarządzania na poziomach samorządowych, dialogu instytucjonalnego czy międzygrupowego)”, A. Wagner, „Miejsce deliberacji w procesie podejmowania decyzji o leczeniu. Komunikowanie między lekarzem i pacjentem w perspektywie socjologicznej”, *Zeszyty Prasoznawcze* 2015, t. 58/2(222), s. 214.

pacjentem i jego bliskimi, współpracy poziomej z kolegami i koleżankami z zespołu, etc.)⁵⁵. W odniesieniu do deliberacji w tym wielopoziomowym kontekście można wskazać pewne cechy wspólne dla niej oraz dla dyskursu praktycznego. Można też widzieć w niej fazę, która może stanowić przedsiónek i budować zaplecze dla dyskursu praktycznego, już z gruntu nastawionego na komunikacyjne porozumienie, ale dyskursu opartego na innych, przede wszystkim ściśle zdefiniowanych regułach aniżeli deliberacja – przy czym warto pamiętać, że deliberacja nie zawsze zakłada porozumienie i zgodę jako swój cel nadrzędny.

Warunkiem deliberacji i dyskursu z całą pewnością jest partycypacja uczestników, którzy wypowiadają się sami, ale wysłuchują też innych. Już samo to, podstawowe przecież, założenie nietrudno odnieść do kontekstu medyczno-klinicznego podejmowania decyzji przez lekarza wspólnie z pacjentem i innymi uprawnionymi lub powołanymi podmiotami. Już na tym etapie deliberacja i dyskurs oferują struktury językowo-komunikacyjno-partycypacyjne mogące wydatnie zwiększyć udział pacjenta w podejmowaniu medycznych i okołomedycznych, a także medyczno-etycznych ustaleń, rozstrzygnięć i decyzji. Włączenie pacjenta kontrastuje z wszelkimi odmianami jednoosobowego autorytaryzmu czy paternalizmu, czy nawet wieloosobowych – złożonych jedynie z ekspertów – gremiów decyzyjnych wyłączających udział pacjenta i uwzględniających np. tylko jego bierną, połowicznie świadomą lub wyrażoną przez przedstawicieli bądź opiekunów zgodę (zgody z nieznacznym lub znikomym udziałem dyskursu wcale tu jednak nie podważam, jeśli jest ona podyktowana wyższą koniecznością, w szczególności zdolnością pacjenta do jej wyrażenia i poddania refleksyjnemu uzasadnieniu, opartemu na a) wiedzy, b) podstawach normatywnych).

Zarówno do dyskursu praktycznego, jak i do deliberacji niezbędna jest też jakaś elementarna forma wzajemnego uznania, równouprawnienia na poziomie wypowiedzi choćby pod względem szansy na nią i czasu; w obu wypadkach wypowiedzi jednych muszą wybrzmieć i zostać wysłuchane przez drugich, a także wzbudzić jakąś reakcję, eksplikację, argumentację, itd. Tu i tam pojawiają się partnerzy, jak w innych formach rozmowy, dialogu czy dyskursu, otwarci na wysłuchanie i rozważenie twierdzeń, argumentów i racji (a także pytań) drugiego, gotowi rozumieć ich sens i adekwatnie ocenić ich wagę. Już na tym poziomie rodzi się współdziałanie zainteresowanych, angażujące szereg umiejętności i kompetencji – nawet, jeśli tylko porozumieją się nawzajem, nie osiągając porozumienia w

⁵⁵ Zob. M. Zabdyr-Jamróz, *Wszechstronność. O deliberacji w polityce zdrowotnej z uwzględnieniem emocji, interesów własnych i wiedzy eksperckiej*. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2020.

znaczeniu jednomyślności i zgody, i każdy z nich będzie nadal obstawał ‘przy swoim’, współtworząc gorzej lub lepiej uzasadnioną (w najlepszym razie „rozumną”) niezgodę.

Deliberację można nazwać formą już to indywidualnego rozważania (np. *deliberated judgment* to rozważny, refleksyjny i przemyślany osąd lub inne twierdzenie przez kogoś w dialogicznych warunkach własnego umysłu, na sposób opisany niegdyś przez H. Arendt w *Myśleniu*; rozważa wykracza tu poza intuicyjne i spontaniczne ‘tak’ lub ‘nie’, a przy tym obejmuje rozmaite ‘za’ i ‘przeciw’). Można ją też definiować jako „wspólny, racjonalny namysł”⁵⁶ z innym człowiekiem (innymi ludźmi) nad kwestiami trudnymi, spornymi, kontrowersyjnymi lub problematycznymi, które wymagają podjęcia dalszych decyzji z kimś drugim (zwłaszcza gdy jego/jej osoby dotyczyć ma rozstrzygnięcie) albo po prostu decyzje podjęte wspólnymi siłami będą mieć lepszej jakości uzasadnienia pod warunkiem, że uczestnicy przywołają zasady resp. pryncypia moralne, które z uwagi na swój pryncypializm właśnie są najbardziej doniosłe normatywnie. Jednak istnieje wiele pryncypiów i ponadto, problem z ich konkretyzacją, niezbędną przecież w warunkach demokratycznego pluralizmu preferencji, interesów, itd. Również J. Habermas i G. Lind mówią o uzasadnianiu reguł społecznych lub instytucji na mocy „self-chosen ethical principles”, wybieranych przez podmioty refleksyjne, a zarazem uczestników międzypodmiotowych sytuacji dyskursywnych. Z chwilą podjęcia dyskursu (Habermas) bądź deliberacji (Rawls) pojawia się szansa na wypracowanie konsensusu, przynajmniej w jakimś zakresie.

Celem deliberacji nie musi być jednak osiągnięcie przez uczestników uzgodnienia i konsensu właśnie, jak w przypadku dyskursu praktycznego. Będzie nim raczej przyznanie i akceptacja komuś żywiącemu odmienne potrzeby, interesy i preferencje prawa do wyrażenia, uzasadnienia i zachowania tej odmienności. Najpierw będzie to prawo do wypowiedzenia się i bycia usłyszonym i *wysłuchanym* jako „inny głos” (jak powiada C. Gilligan w *Innym głosie*), umożliwiające dojście do głosu podmiotom rozmaitych sądów i twierdzeń. Mogą one brać początek z pierwotnych intuicji („intuicyjnego poznania pierwszych zasad”⁵⁷), zakłada Rawls. Na tym etapie nie oczekuje się normatywnych uzasadnień. Zgodnie z późniejszym stanowiskiem Rawlsa, wyrażonym w *Liberalizmie politycznym*, intuicje winny przyjąć formę artykułowaną językowo, by można było o nich reflektować i opatrywać je uzasadnieniami normatywnymi, które społeczeństwo ma dalej deliberacyjnie wyważać.

Jeśli za sprawą deliberacji dojdzie do uzgodnień, to takich, które pomieszczą cały wchodzący w grę pluralizm i nie pominą żadnego ze stanowisk pod warunkiem, że dla danego

⁵⁶ A. Wagner, „Miejsce deliberacji...”, dz. cyt., s. 214.

⁵⁷ J. Rawls, *Liberalizm polityczny*, tł. A. Romaniuk. PWN, Warszawa 2012, s. 145.

stanowiska przywołane zostaną tzw. zasady (pryncypia) moralne stanowiące ich właściwe uzasadnienie.

W tym miejscu należy wskazać różnicę między tak pojętym „uzgodnieniem” (konsensusem) a uzgodnieniem i akceptacją wspólnie wypracowanego uzasadnienia dla możliwie ogólnych i abstrakcyjnych norm, których walidacja jest przedmiotem dyskursu praktycznego typu Habermasowskiego. W praktyce i aplikacji przyszłych rozstrzygnięć i norm wszyscy uczestnicy dyskursu odnajdą ‘siebie’ o tyle, o ile wyrazili na nie zgodę i uzgodnili je między sobą.

Niektóre wczesne teorie deliberacji zakładają, że nie posiada ona wyraźnych reguł i rygorystycznych procedur samoregulacyjnych, gdyż rygory takie ograniczałyby jej dostępność i nadmiernie dyscyplinowały zachowania uczestników. Przykładowo to, że każdy może się do niej włączyć i wyrazić swoje zdanie podobnie, jak w przypadku dyskursu praktycznego, nie oznacza poddania się rygorom epistemicznym, językowym, komunikacyjnym, argumentacyjnym, itd., a niekiedy nawet nie wymaga rezygnacji z form przemocy, przymusu, perswazji, presji emocjonalnej, itd., tolerowanych przez zwolenników radykalnej deliberacji. Radykalna deliberacja nie pragnie – albo nie pragną tego jej uczestnicy – zmierzać do porozumienia natury czysto racjonalnej lub normatywnej, *bezosobowej i abstrahującej* od autentycznego zaangażowania uczestników i „żywiołu” interakcji. Zadowala się werbalizacją i klaryfikacją różnic i antagonizmów, wręcz zabiegając o dyssens. Zależnie od zakładanych (lub odrzucanych) koncepcji rozumności, dyssens może mieć „rozumne” uzasadnienie normatywne – jeśli przywołuje ono najbardziej uniwersalne, a mimo to różne, wręcz rozbieżne pryncypia, ważne dla „każdej” ze stron dyssensu, a więc niekoniecznie dla *każdego uczestnika* takie same. Różnica i dyssens nie muszą uznawać prymatu uniwersalności i powszechności, ani chcieć do nich zmierzać w deliberacji. Coraz częściej zainteresowane są respektowaniem samej odrębności czy zgoła syngularności i jej odpowiednią instytucjonalizacją.

„Refleksyjna równowaga” wedle Johna Rawlsa

Zanim przejdę do tytułowego zagadnienia, które określa ramy deliberacji jako społecznej praktyki konstruowania normatywnych podstaw sprawiedliwych instytucji

służących *realizacji ludzko-społecznych celów i dóbr*⁵⁸, warto wspomnieć o tym, że przed zwrotem filozoficzno-politycznym i deliberacyjnym właśnie, John Rawls badał etykę i teorię moralności. Ślady tych badań, a także samego „zwrotu”, widać także w późnych dziełach. Był to m.in. zwrot od obiektywistycznego realizmu aksjologicznego przyjmującego, iż rzeczy są dobre lub złe niezależnie od ludzkich pragnień, wartościowań i zapatrywań na nie, zaś dobro/zło istnieją realnie i są dostępne intuicji, ku politycznemu konstruktywizmowi służącemu „uregulowaniu struktury podstawowej społeczeństwa”⁵⁹ na mocy „zasad politycznej sprawiedliwości”⁶⁰. Po tym „zwrocie” wartości zarezerwował dla ludzko-społecznych celów i dóbr, „kultury podłoża” oraz polityki. Odrębną, niepodlegającą negocjacom i godną szacunku wartość samą przez się mają dla Rawlsa ludzkie osoby. Wartość ta realizuje się w poczuciu własnej wartości, realizacji „planów życiowych” i porządku etyki; tymczasem realizacja prymarnych celów i dóbr osób ma być wspomagana – a częstokroć dopiero zapewniona – w porządku polityczno-instytucjonalnym.

Intuicjonistyczna koncepcja osoby okazała się dla Rawlsa zbyt „szczupła”, osoba bowiem musi być zdolna „poznać pierwsze zasady wyrażające (...) wartości i powodować się

⁵⁸ Tzw. prymarnych, na czele z „definicją dobra danej osoby jako pomyślanej realizacji racjonalnego planu jej życia oraz mniejszych dóbr jako części tego planu” w duchu indywidualistycznej teleologii. Jednak w „sytuacji wyjściowej” dla porządku politycznego osoby wyrażają potrzebę „większej wolności, szerszych możliwości oraz szerszych środków do realizacji swych celów” w porównaniu z zasobami własnego „umysłu i ciała”, J. Rawls, *Teoria sprawiedliwości*, tł. M. Panufnik, J. Pasek, A. Romaniuk. PWN, Warszawa 1994, s. 591, oraz *Liberalizm polityczny*, s. 249; to zaś oznacza, że samorealizacja celów w ramach etyki jest ograniczona, a ograniczenie to implikuje realizację wspomaganą politycznie. „Mając na uwadze te cele, a także dążąc do tego dobra pierwotnego, jakim jest szacunek dla samego siebie (...) osoby te oceniają – w sytuacji pierwotnej – dostępne im teorie sprawiedliwości”, *Teoria sprawiedliwości*, s. 591. Jednym z „listy” naturalnych, a przy tym wrażliwych dóbr prymarnych mogłoby być własne zdrowie, a w związku z nim – prawo do opieki zdrowotnej mające uzasadnienie w „szacunku dla samego siebie”, tj. „poczuciu własnej wartości, mocnym przekonaniu danej osoby, że jej koncepcja dobra, jej plan życia zasługują na realizację”; „bez szacunku dla samego siebie nic nie wydaje się warte zachodu”, *Teoria sprawiedliwości*, s. 600. W *Liberalizmie politycznym* Rawls wyłącza zdrowie poza zakres rozważań. Jedni badacze eksplorują ten wątek implicite, por. P. Elif Ekmeci, B. Arda, „Enhancing John Rawls's Theory of Justice to Cover Health and Social Determinants of Health”, *Acta Bioethica* 2015, vol. 21(2), s. 227–236; C. McCreddie, „Rawlsian Justice and the Financing of the National Health Service”, *Journal of Social Policy* 1976, vol. 5, s. 113–131; N. Daniels, „Health-Care Needs and Distributive Justice”, *Philosophy and Public Affairs* 1981, vol. 10, s. 146–179; inni się temu sprzeciwiają, por. J. C. Moskop, „Rawlsian Justice and a Human Right to Health Care”, *Journal of Medicine and Philosophy* 1983, vol. 8, s. 329–338.

⁵⁹ J. Rawls, *Liberalizm polityczny*, s. 145. „Intuicjonista uważa procedurę za poprawną dlatego, że poprawne jej stosowanie zwykle przynosi poprawny sąd dany niezależnie, podczas gdy polityczny konstruktywista uważa sąd za poprawny dlatego, że wynika on z rozumnej i racjonalnej procedury konstrukcji, jeśli została ona poprawnie sformułowana i poprawnie zastosowana”, tamże, s. 149. Intuicjonista prędzej zaakceptuje „błędny opis niezależnego porządku wartości”, tamże. O konstruktywizmie Kanta powiada: „jego konstruktywizm jest głębszy i sięga do samego istnienia i konstytucji porządku wartości. Jest to część jego transcendentalnego idealizmu. [Natomiast, K.N.] Dany niezależnie porządek wartości intuicjonisty jest częścią transcendentalnego realizmu, który Kant przeciwstawia swojemu transcendentalnemu idealizmowi”, tamże, s. 152.

⁶⁰ Tamże, s. 145.

tą wiedzą (...) by działać na ich podstawie ze względu na nie same”⁶¹, a tym samym, podejmować zasadne i dopiero dzięki temu rozumne decyzje w życiu społecznym i publicznym. W nawiązujących tutaj do Kanta (a wcześniej do Arystotelesa) aspektach personalizmu Rawlsa nie zabraknie kolejnych właściwości i wymogów, takich, jak kompetencje poznawcze, językowo-komunikacyjne, sądzenia i argumentacji sprawiające, że osoba staje się uczestnikiem wieloosobowej i międzyosobowej, racjonalno-rozumnej deliberacji. W medium deliberacji społeczność może zaś osiągać „refleksyjną równowagę” i „częściowy konsensus”. Kantowskie inklinacje u Rawlsa – podobnie jak u Habermasa – rozpoznać można także w nawiązującej do „Publizität” koncepcji praktycznego rozumu procedującego na „forum” publicznym. Rozstrzyganie „kwestii podstawowych” i „liberalna” legitymizacja podstawowych instytucji mająca „oparcie w politycznych wartościach publicznego rozumu” to jego podstawowe zadania. Jego „ideał” stosuje się „do różnych gremiów”, wszak nie „do naszych osobistych rozważań i refleksji nad kwestiami politycznymi, ani do rozważań nad nimi prowadzonych przez członków kościołów i uniwersytetów”⁶². Zasadniczo, w funkcjonujących już instytucjach Rawlsowski „rozum publiczny” ma niewiele do zdziałania.

Jedynie przez „zasadę grzeczności” obejmuje on „też gotowość wysłuchania innych i bezstronność w decydowaniu o tym, kiedy rozumnie jest poczynić ustępstwa wobec ich poglądów”⁶³. Istnieje tylko jeden rozum publiczny, za to wiele „rozumów niepublicznych”. Rozum czy też racjonalność realizujące dystrybucję świadczeń medycznych w obrębie już funkcjonującej instytucji zdrowia publicznego i opieki zdrowotnej będą reprezentować „rozum niepubliczny”, ale za to w ramach instytucji legitymizowanej i ocenianej przez rozum publiczny. „Wśród rozumów niepublicznych są rozumy (...) grup zawodowych”⁶⁴, w tym również takich grup, które działają na rzecz *celów, interesów i dóbr podstawowych* wszystkich jednostek ludzkich – także w medium deliberacji i porozumieniu z nimi. Jednostki te, podobnie jak przedstawiciele grup zawodowych i pracownicy instytucji publicznych, będą mieć częściowo status politycznych obywateli (w sensie Hegla: *citoyen*) i podmiotów określonych praw i obowiązków, a częściowo status profesjonalny (w sensie Hegla: *bourgeois*). Rozum *medyczny* – jeśli można tak powiedzieć – wpasowuje się w Rawlsowską kategorię „rozumów społecznych” reprezentujących „kulturę podłoża”, działających na gruncie zinstytucjonalizowanym. Inny, bo polityczny i publiczny status, będzie miał rozum i

⁶¹ Tamże, s. 143.

⁶² Tamże, s. 296–297.

⁶³ Tamże, s. 299.

⁶⁴ Tamże, s. 303.

deliberacja bądź dyskurs, które podejmą się nowelizacji prawno-instytucjonalnej zdrowia publicznego i systemu opieki zdrowotnej w makroskali. 1) Pozioma deliberacja i dyskurs między personelem medycznym, pacjentami i ich rodzinami będą mieć miejsce w mikroskali; 2) deliberacji w obrębie hierarchii pracowniczej i administracji w poszczególnych placówkach opieki zdrowotnej będzie przysługiwać egzo-skala; 3) w mezo-skali deliberacja odbywać się będzie pomiędzy poziomem mikro-, egzo- i makro- (np. z udziałem przedstawicieli wszystkich poziomów oraz otoczenia społecznego).

Warto w tym miejscu rozważyć istotę Rawlsowskiej teorii deliberacji po to, by uświadomić sobie, w jaki sposób „community” może kształtować makroregulacje, a ściślej: sprawiedliwą strukturę instytucjonalną zdrowia publicznego i publicznej opieki zdrowotnej⁶⁵, oraz po to, by w strukturze tej usytuować „społeczny rozum” medycyny, należący do „podłoża” i realizujący określone ludzkie cele, interesy i dobra typu zdrowotnego na podstawie poszczególnych uzgodnień i porozumień. Usytuowanie takie będzie analogiczne również dla dyskursów Habermasowskich.

J. Rawls wprowadził koncepcję „refleksyjnej równowagi” (ang. *reflective equilibrium*) w *Teorii sprawiedliwości i Liberalizmie politycznym*. Pojęcie częściowego konsensusu (ang. *overlapping consensus*) pomiędzy uczestnikami, który „nie jest indyferentny ani sceptyczny”⁶⁶ dopełnia tę koncepcję. Choć perspektywa polityczna u Rawlsa dominuje, oba pojęcia mają wiele konotacji etycznych⁶⁷, partycypacyjnych, obywatelsko-aktywistycznych i deliberacyjnych wówczas, gdy mowa o intersubiektywnej (międzypodmiotowej) równowadze refleksyjnej. Wszelako, równowaga refleksyjna ma też swój immanentnie podmiotowy wymiar, który wymaga indywidualnego namysłu.

Równowaga refleksyjna stanowi proces indywidualny, gdy dana osoba monologicznie rozważa ‘co jest sprawiedliwe’ w zgodzie z własnymi intuicjami moralno-politycznymi, odwołując się przy tym do prepolitycznych wartości moralnych, pragmatycznych, etc. (*reflective equilibrium is conceived as a private process whereby people monologically work*

⁶⁵ Zob. U. Bronfenbrenner, “Toward an Experimental Ecology of Human Development,” *American Psychologist* 1977, vol. 32, 513–531; M. Eriksson i in., “Different Uses of Bronfenbrenner’s Ecological Theory in Public Mental Health Research: What Is Their Value for Guiding Public Mental Health Policy and Practice?”, *Soc. Theory Health* 2018, vol. 16, s. 414–433; S. Cerderbom, M. Bjerk, A. Bergland, “The Tensions between Micro-, Meso- and Macro-levels: Physiotherapists’ Views of Their Role Towards Fall Prevention in the Community – A Qualitative Study”, *BMC Health Service Research* 2020, s. 2–11; K. A. Walston, B. S. Walston, “Who Is Responsible for Your Health? The Construct of Health Locus and Control,” w: G. S. Sanders, J. Suls (Eds.), *Social Psychology of Health and Illness*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum 1982.

⁶⁶ J. Rawls, *Liberalizm polityczny*, s. 215 n.

⁶⁷ Tamże, oraz J. Rawls, *Justice as Fairness: A Restatement*. Harvard University Press, Cambridge, 2001.

up a conception of justice in accordance with their moral-political intuitions, relating it to their nonpolitical values)⁶⁸ lub preferencji co do dóbr podstawowych.

Dążenie do refleksyjnej równowagi oznacza, że podmiot rozwinął i posiada zdolność przekraczania ograniczeń wpisanych we wstępne intuicje i twierdzenia pozbawione jeszcze uzasadnień *explicite* (z odwołaniem do „zasad”). Zarazem podmiot nie porzuca swych oryginalnych intuicji; wciąż identyfikuje ich aksjologiczną genezę i autentyczność. Może ją jednak w procesie deliberacji korygować – ale nie w sposób redukcjonistyczny (czyli taki, że oryginalna wartość zostaje zatarta, unieważniona i wchłonięta przez abstrakcję). Rawls mówił o poszukiwaniu wspólnej „neutralnej podstawy – gdy zachodzi fakt rozumnego pluralizmu”⁶⁹. Współcześnie mówi się o deliberacyjnej transformacji bądź translacji kulturowo czy religijnie swoistych, lokalnych, etc. wartości na powszechne i neutralne prawa człowieka lub prawa podstawowe, a tychże praw z kolei – na lokalne rozwiązania prawno-instytucjonalne i proceduralne, i to często w kontekście zapewnienia wszystkim mniejszościom rzeczywistego dostępu do opieki zdrowotnej⁷⁰, jednak nie wbrew ich oryginalnym przekonaniom moralnym. Również same przekonania podlegają transformacji.

Gdy owe intuicyjne przekonania zostaną wyartykułowane do postaci sądów, rozpoczyna się proces uzasadniania z odwołaniem do pryncypiów sprawiedliwości wyrażających wartości i dobra typu normatywnego, właściwe danej „kulturze podłoża” (kultur takich w pluralistycznym społeczeństwie może być wiele i nader różnorodnych).

Artykulacja, deliberacja, uzasadnianie wymagają zaś od podmiotu refleksyjno-racjonalnej kompetencji pozwalającej refleksyjnie i deliberacyjnie rozbudować i uzasadnić intuicje. Rawls przyjmuje jednak, że na poziomie indywidualnym, w „obrębie własnego rozumu”, jak powiedziałby Kant, tj. w granicach własnej kompetencji sądenia moralnego może być trudno o poprawność, spójność, konsekwencję i jakość uzasadnienia sądów. Powiada w tym kontekście o ograniczeniach sądenia i sądu moralnego (ang. *burdens of judgment*)⁷¹. Konflikty społeczne wybuchają stosunkowo często na poziomie wewnętrznych konfliktów i nieujawnionych członków danej wspólnoty, którzy zamiast reflektować i

⁶⁸ T. Hedrick, *Rawls and Habermas*. Stanford University Press, Stanford 2010, s. 43.

⁶⁹ J. Rawls, *Liberalizm polityczny*, s. 268.

⁷⁰ Por. Z. Orr, S. Unger, A. Finkelstein, „The Challenges and Dilemmas of Local Translators of *Human Rights*: The Case of Disability Rights among Jewish Ultra-Orthodox Communities”, *Journal of Human Rights* 2021, vol. 20(3), s. 339–355; A. Pandya, J. Ron, “Local Resources for Local Rights? The Mumbai Fundraiser’s Dilemma”, *Journal of Human Rights* 2017, 16(3), s. 370–387; S. Engle Merry, *Human Rights and Gender Violence: Translating International Law into Local Justice*. Chicago, IL: University of Chicago Press 2006.

⁷¹ J. Rawls, *Liberalizm polityczny*, j.w.

deliberować w kategoriach normatywnych, wdają się w permanentny pojedynek na intuicyjne lub niemające uzasadnień opinie (zatem nawet nie sądy, gdyż sąd wymaga uzasadnienia). Dlatego tak ważne jest, by równowaga refleksyjna kształtowała się w procesie racjonalnej interakcji społecznej. Jak zwraca uwagę Rawls w pracy *Sprawiedliwość jako bezstronność*:

„Nie tylko nasze rozważne sądy często różnią się od ocen innych osób, ale czasami nasze własne sądy są ze sobą wewnętrznie sprzeczne. Konsekwencje sądów, które wydajemy w jednej kwestii, mogą być niespójne lub niezgodne z ocenami, które wydajemy w innych kwestiach. Ten punkt zasługuje na podkreślenie. Wiele z naszych najpoważniejszych konfliktów to konflikty wewnątrz nas. Ci, którzy zakładają, że ich sądy są zawsze spójne, są bezrefleksyjni lub dogmatyczni, nierzadko są ideologami i fanatykami”⁷².

Skoro mowa o „bezrefleksyjności” lub dogmatycznym uporze (którego nie należy jednak mylić z integralnością osobistego i wewnętrznego kodeksu moralnego, który dana osoba stosuje w sposób koherentny – ale także na tyle elastyczny, by móc podejmować i uzasadniać decyzje w zróżnicowanych kontekstach sytuacyjnych), warto przywołać te cechy podmiotu sądów i ocen, które zdaniem Rawlsa czynią podmiot kompetentnym sędzią moralnym (ang. *a competent moral judge*). Analogicznie, Habermas będzie definiował właściwości umysłowe kompetentnego, a przede wszystkim racjonalnego podmiotu dyskursu praktycznego. Otóż zdaniem Rawlsa właściwości takie winny spełnić “test”, w którym

„Po pierwsze (...), człowiek racjonalny wykazuje o ile nie wolę, to gotowość używania kryteriów logiki indukcyjnej po to, by określać to, co właściwe i stąd też przekonujące dla niego (*to determine what is proper for him to believe*). Po drugie, człowiek racjonalny, kiedykolwiek konfrontuje problem moralny, potrafi (*shows a disposition*) znaleźć racje przemawiające za lub przeciw możliwym liniom działania, które ma do dyspozycji. Po trzecie, człowiek racjonalny okazuje otwartość umysłu, a więc chęć konsekwentnego rozważenia danej problematyki, i mimo wyrobionej opinii w jakiejś sprawie gotów jest rozważyć ją raz jeszcze w świetle nowych dowodów i racji (*reconsider it in the light of further evidence and reasons*) z jakimi mógł zetknąć się w dyskusji. Po

⁷² J. Rawls, *Justice as Fairness*, s. 30.

czwarte, człowiek racjonalny zna albo stara się poznać własne, emocjonalne, intelektualne i moralne predylekcje oraz świadomie podejmuje wysiłek włączenia ich w rozważania nad meritum sprawy. Dostrzegając wpływ uprzedzeń i stronniczości, daje mu uczciwy i stanowczy odpór”⁷³.

Oprócz tych przykładowych „cnót intelektualnych” (*intellectual virtues*) wyrosłych z racjonalności i refleksyjności podmiotów deliberujących na rzecz refleksyjnej równowagi wskazuje Rawls wiele innych. Pokażna ich część dałaby się wpisać zarówno w profil lekarza, jak i w profil pacjenta, starających się podejmować jak najlepsze decyzje w sposób racjonalny, bezstronny i transparentny i skłonnych czynić to na gruncie deliberacji, zwłaszcza, gdy kwestiom natury klinicznej towarzyszy aksjologiczny suplement zakorzeniony w poglądach moralnych (ang. *moral insights*) sięgających „kulturowego podłoża” (także w liczbie mnogiej dla kontekstów pluralistycznych), a jednocześnie do *explicite* już sformułowanych aksjologii i teleologii etyki medycznej i lekarskiej, którym instytucja *zdrowia publicznego* i stosowne ustawodawstwo przyporządkowuje legitymizację sięgającą zasad sprawiedliwości w duchu Rawlsa: idzie tu wszak o sprawiedliwy dostęp do świadczeń zdrowotnych, ich sprawiedliwą dystrybucję, wreszcie o realizację praw do opieki zdrowotnej w sensie praw pacjenta leżących w żywotnym interesie pacjenta jakim jest zdrowie; a także praw konstytucyjnych i praw człowieka do opieki zdrowotnej w pełnym i wolnym np. od wykluczenia i dyskryminacji wymiarze. W „kulturowym podłożu” przekonań aksjornormatywnych co do tego, jakie świadczenia, komu, kiedy, jak często, w jakim wymiarze, etc., są należne – i zagwarantowane instytucjonalnie na poziomie makro (na mocy prawa, rozporządzeń ministerstwa zdrowia i protokołów klinicznych poszczególnych placówek publicznej opieki zdrowotnej) – może również występować pluralizm.

Ron rozważa Rawlowską refleksyjną równowagę wskazując na zapośredniczenie pomiędzy nie tyle już intuicjami, subiektywnymi sędami, czy aksjologiami „kultury podłoża”, ale pomiędzy takimi sędami, które artykułują intuicje i wartości oraz przekładają je na rozumowania wsparte na „dających się uzasadnić” pryncypiach (zasadach): „uzasadnienie poszczególnych sądów (...) zależy bowiem od zastosowania możliwych do uzasadnienia pryncypiów”⁷⁴. Nie chodzi tu już o normatywnie neutralną równowagę pomiędzy sędami i ich

⁷³ J. Rawls, “Outline for a Decision Procedure for Ethics”, *The Philosophical Review* 1951, vol. 60(2), s. 179.

⁷⁴ Tamże, s. 187.

„eksplikacjami”, ale o równowagę normatywną: i to na poziomie uzasadnień poprzez *zasady* mające własne uzasadnienie. Uzasadnienia to wedle Rawlsa „eksplikacje”, tymczasem całkowita równowaga między nimi osiągnięta przez dane społeczeństwo byłaby ostatecznie „legitymizacją” projektu danej kluczowej instytucji, która ma realizować powszechnie doniosłe aspekty sprawiedliwości (przypuśćmy, że w zakresie równego dostępu do świadczeń zdrowotnych dla wszelkich mniejszości dotąd dyskryminowanych przez dany system opieki zdrowotnej).

„W potocznej interpretacji refleksyjna równowaga jest postrzegana jako forma eksplikacji, która obejmuje przechodzenie tam i z powrotem między przemyślanymi (inaczej: zreflektowanymi) sądami a zasadami sprawiedliwości. Proponuję, aby proces ten był rozumiany jako immanentna krytyka, w której następuje ruch pomiędzy wartościami używanymi bezkrytycznie do domagania się legitymizacji istniejącego projektu instytucjonalnego a strukturą instytucjonalną, która może szczerze twierdzić, że jest oddana tym wartościom”⁷⁵.

Ponieważ sprawiedliwość jest fundamentalną wartością społeczną, angażującą uwagę wielu (jeśli nie wszystkich) podmiotów – w dodatku w szeregu zróżnicowanych kontekstów aksjonormatywnych znamionujących współczesny (demokratyczny) pluralizm – druga, społecznie inkluzyjna formuła refleksyjnej równowagi, musi być formułą zbiorową (*collective*), intersubiektywną, z konieczności zapośredniczoną w komunikacji, która u Rawlsa zwie się *deliberacją* (u Habermasa zaś – dyskursem). *Deliberacja* jest niezbędna, jeśli obywatele dążą do tego, by mieć sprawiedliwe (albo sprawiedliwsze) instytucje publiczne (np. instytucję zdrowia publicznego mającą istotny związek ze sprawiedliwością dystrybucyjną) i pragną wpływać na ich kształt, uzgadniając „legitymizacje” z odwołaniem do zasad sprawiedliwości (a zarazem nieoderwane od pierwotnie intuicyjnych „poglądów” czy „wglądów moralnych” w wartości tworzące etyczne „podłoże” ich życia i praktyk).

Tutaj właśnie równowaga refleksyjna przyjmuje najszerszy zakres społeczny i osiąga maksymalną złożoność. Refleksyjna równowaga stanowi właściwe społeczne uzasadnienie (*justification*) dla najbardziej powszechnych i możliwie sprawiedliwych instytucji publicznych. Jej brak oznaczałby, że dana instytucja (jej projekt) nie uzyskała uzasadnienia

⁷⁵ A. Ron, „Rawls as a Critical Theorist. Reflective Equilibrium After the Deliberative Turn“, *Philosophy & Social Criticism* 2006, vol. 32(2), s. 175.

(lub mogła uzyskać wybiórcze uzasadnienia, ale nie uzyskała pełnej legitymizacji przez wszystkie zainteresowane podmioty).

Procedura osiągania refleksyjnej równowagi to nic innego, aniżeli publiczna rozumność praktyczna zaproponowana przez Rawlsa, którą można zestawiać z modelami rozumu praktycznego Arystotelesa, Kanta, Habermasa, etc. „Rozważne sądy moralne” (ang. *considered judgement*) są więc wytworami deliberacyjnej działalności rozumu praktycznego w jego wariacie Rawlsowskim⁷⁶. Sądy takie biorą początek z pierwotnych „intuicji” jako protoracjonalnego źródła ludzkich przekonań moralnych co do sprawiedliwości, a także dobra i pozostałych wartości. Owe intuicje pozostają zakorzenione w „kulturze podłoża”, same jednak podlegają racjonalnej i normatywnej ewolucji, by stać się integralnym aspektem jawnej i refleksyjnie osiągananej przez społeczeństwo „równowagi”. Ta zaś winna być postrzegana jako dynamiczny proces, a nie tylko sformalizowana procedura bądź cel. Proceduralizm to tylko jeden z wielu aspektów deliberacji: wymaga, by rozważnie i krytycznie badać normatywne „eksplikacje” (uzasadnienia), nawet, jeśli deliberacja nie prowadzi do konsensu, uchybia koherencji⁷⁷, itd.

Istnieją w tym modelu również wyzwania: przykładowo, w jaki sposób usprawiedliwić wykluczenie lub marginalizację tych sądów moralnych, które niedostatecznie zreflektowano, wyeksplikowano i uzasadniono. To sprawia, że „refleksyjna równowaga” może być trudna do osiągnięcia w praktyce⁷⁸. Ma ona jednak – nawet jako sama tylko procedura – potencjał krytyczny i reformatorski. Dzięki krytycznej rewizji uzasadnień (*claims for justification*) działania określonej ramowej instytucji pod kątem sprawiedliwości może nastąpić rozwój istniejących ram instytucjonalnych tak, by zapewniały one społeczeństwu realizację sprawiedliwości zgodną z jego aktualnymi zasadami odzwierciedlającymi priorytetowe dobra i cele, choćby takimi, jak zdrowotne. Te ostatnie stają się coraz bardziej złożone i ulegają społecznym **przewartościowaniom** w porównaniu z całkiem niedawnymi, a przecież historycznymi już przekonaniami co do wartości zdrowia publicznego⁷⁹. Sprawiedliwość sama jest całością, ale całością wielce *złożoną*; wszak interesuje coraz

⁷⁶ Tamże, s. 177.

⁷⁷ Tamże, s. 180.

⁷⁸ Tamże, s. 180.

⁷⁹ Np. F. Steger, „Traumatisierung durch psychische Gewalterfahrung infolge nicht akzeptierter und damit diskriminierter Homosexualität. Anmerkungen zu gestern und heute“, *Trauma und Gewalt* 2010, vol. 4(2), s. 2–10; F. Steger, *Die Medizin von heute ist der Irrtum von morgen. Scharfzüngige Gedanken zur Medizin*. Wiesbaden: Marix Verlag 2017.

bardziej złożone⁸⁰ społeczeństwo. Stąd kluczowa rola deliberacji w „badaniu” instytucji społecznych jako złożonych i dynamicznych całości, mających uwzględniać coraz silniej spluralizowane wartości, które pragnie realizować dane społeczeństwo⁸¹ i których realizacja wymaga drogi instytucjonalnej.

Kiedy więc powiada Rawls o częściowym konsensusie (ang. *overlapping consensus*), chodzi najwyraźniej o konsensus integrujący i harmonizujący wszystkie *poznania zasad sprawiedliwości*, wnoszone przez obywateli do refleksyjnej równowagi:

„Idea częściowego konsensu to zaktualizowana wersja Rawlsowskiego ideału dobrze urządzonego społeczeństwa – możliwa do uzgodnienia z faktem, jakim jest pluralizm (...) gdzie najważniejsze, rozległe doktryny osiągnęły punkt zgodności właśnie co do koncepcji sprawiedliwości, a przy tym zaaprobowaly tę koncepcję z różnych powodów, immanentnych dla ich światopoglądów. Częściowy konsensus to konsensus co do treści zasad sprawiedliwości, ale nie jest on legitymizacją samych tych zasad. Jest to – argumentuje Rawls – najbardziej fundamentalny poziom legitymizacji osiągalnej w pluralistycznym społeczeństwie” (*the overlapping consensus is a consensus about the content of principles of justice, but not the justification for those principles. This, Rawls argues, is the deepest level of justification achievable in a pluralistic society*)⁸².

Powszechnospołeczna „refleksyjna równowaga” służy legitymizacji sprawiedliwych instytucji w makroskali. Zapewne mogłaby przysłużyć się odnowie całego sektora zdrowia publicznego i opieki zdrowotnej jako instytucji realizującej sprawiedliwy dostęp i dystrybucję tejże opieki, przy nieustannie przewartościowywanych wartościach „podłoża”, ogólnikowo zwanych zdrowiem i dobrostanem, w szczegółach artykułowanych na gruncie etyki medycznej i bioetyki, do których nowoczesne, światłe i demokratyczne społeczeństwo może sięgać po treści deskryptywne, wyborów normatywnych dokonując już samodzielnie tak, gdzie zasadność instytucji zdrowia publicznego i systemu opieki zdrowotnej wymaga rewizji w świetle zasad sprawiedliwości aktualnie znanych społeczeństwu.

⁸⁰ Jak zauważył Gustav Radbruch, wiele instytucji prawnych, a więc również jedna z ich kluczowych wartości, tj. sprawiedliwość, dezaktualizuje się już z chwilą ustanowienia, tak dynamiczny jest bowiem rozwój potrzeb i relacji we współczesnym społeczeństwie, zob. G. Radbruch, *Filozofia prawa*. Tł. E. Nowak. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2007.

⁸¹ Tamże, s. 181.

⁸² T. Hedrick, *Rawls and Habermas*, dz. cyt., s. 39.

W bioetyce i etyce medycznej takie procesy, jak deliberacyjne osiąganie „refleksyjnej równowagi” rozważa się stosunkowo rzadko w roli rzeczywistej procedury uzasadniania i uzgadniania. Po pierwsze, zarówno makroskala społecznych regulacji instytucjonalnych i ich legitymizacji, jak i poziom teoretycznej złożoności Rawlsowskiej teorii sprawiedliwości i politycznej instytucjonalizacji sprawiają, że trudno oczekiwać, aby z poziomu „top-down” przeniknęły one prędko do poziomu „bottom-up”⁸³ i przyjęły się jako oddolne i powszechne praktyki deliberacyjne w społeczeństwach o krótkim stażu demokratycznym, niskiej kulturze autonomicznego funkcjonowania jednostek ludzkich i chwiejnych wzorcach publicznej deliberacji czy dyskursu. Rozróżniając pomiędzy wąską a szeroką wykładnią „refleksyjnej równowagi” (ang. *wide reflective equilibrium*) w kontekście medycyny należy jednak wziąć pod uwagę to, że równowaga *szeroka* włącza w deliberację wielorakie kultury i teorie aksjologicznego „podłoża”. Szeroka równowaga nie musi angażować wielkiej liczby ludzi w sytuację decyzyjną. Wystarczy, że angażuje reprezentatywną grupę rzeczników różnorodnych wartości – a najlepiej „zasad”, które tę różnorodność oddają. Poniższy przykład pokazuje zastosowanie takiej równowagi w „mikroskali”, tj. w konkretnym kontekście klinicznym ograniczonym do pojedynczego przypadku, rozważanego przez zespół klinicystów.

Deliberacja nad kazusem moralnym (Moral Case Deliberation) w kontekście medyczno-etycznym

Jednym z narzędzi wspierających podejmowanie decyzji i rozwiązywanie konfliktów w medycynie, praktykowanym w wielu krajach europejskich, jest jednak deliberacja nad konkretnym kazusem lub dylematem moralnym w zespole interdyscyplinarnym (ang. *Moral Case Deliberation*)⁸⁴. Metoda ta ma zapewnić etyczne i psychologiczne wsparcie

⁸³ *Top-down* w sensie: rozumowanie z poziomu pryncypiów i teorii do poziomu poszczególnych przypadków. *Bottom-up*: w odwrotnym kierunku, przykładowo w kazuistyce. Wersja szerokiej wykładni refleksyjnej równowagi znajduje się w koncepcji Danielsa, zob. N. Daniels, „Wide Reflective Equilibrium and Theory Acceptance in Ethics”, *Journal of Philosophy* 1979, vol. 76, s. 256–282; N. Daniels, *Justice and Justification: Reflective Equilibrium in Theory and Practice*. Cambridge University Press, Cambridge 1996. Zob. też Y. M. Barilan, M. Brusa, „Triangular Reflective Equilibrium: A Conscience-based Method for Bioethical Deliberation”, *Bioethics* 2011, vol. 25(6), s. 304–319; C. Strong, „Theoretical and Practical Problems with Wide Reflective Equilibrium in Bioethics,” *Theoretical Medical Bioethics* 2010, vol. 31(2), s. 123–140; P. Nichols, „Wide Reflective Equilibrium as a Method of Justification in Bioethics,” *Theoretical Medicine and Bioethics* 2012, vol. 33(5), s. 325–341; G. Goldsand, „Pursuing Reflective Equilibrium When Hospital Patients Smoke”, *Healthcare Management Forum* 2019, vol. 32(1).

⁸⁴ Zob. D. Y. B. Tan, B. C. ter Meulen, A. Molewijk i in., „Moral Case Deliberation”, *Practical Neurology* 2018, vol. 18, s. 181–186; M. M. Haan, J. L. P. van Gurp, S. M. Naber i in., „Impact of Moral Case Deliberation in Healthcare Settings: A Literature Review”, *BMC Med Ethics* 2018, vol. 19(85); M. Svantesson, M. Silén, I. James, „It’s Not All About Moral Reasoning: Understanding the Content of Moral Case Deliberation”, *Nursing Ethics* 2018, vol 25(2), 2018.

profesjonalistom medycznym w ich codziennej praktyce klinicznej. Szczególnym problemem jest to, jak zachować równowagę pomiędzy osobistym przekonaniem na temat tego, co stanowi dobrą opiekę i praktykę w danym przypadku klinicznym, a dostrzeganymi preferencjami pacjenta⁸⁵. *Moral Case Deliberation* może mieć także zastosowanie w omawianiu przypadków pacjentów, którzy na skutek choroby utracili zdolność wyrażania własnych preferencji czy inne funkcje kognitywne, a także tych, którzy z jakiegoś powodu odrzucają podjęcie leczenia (zastosowanie danej procedury). Kwestią problemową jest tutaj między innymi to, w jakim stopniu uzasadniona jest forma nacisku czy przymusu, jeśli nie działa racjonalny sposób przekonywania pacjenta o konieczności danego zabiegu leczniczego. Podstawowym celem profesjonalistów medycznych jest zapewnienie pacjentowi (oraz jego rodzinie) ochrony godności i integralności, niezależnie od rodzaju powziętych procedur i interwencji.

Tan i współautorzy⁸⁶ opisują standardową procedurę moralnej deliberacji nad przypadkiem, przywołując przykłady z oddziału neurologii szpitala w Niderlandach, gdzie klinicyści często mierzą się z dylematami natury moralnej, w których nie wystarcza zestawienie ze sobą danych medycznych. W deliberacji nad kazusem moralnym biorą udział lekarze, pielęgniarki, opiekunowie czy pracownicy socjalni, a przypadek wywodzi się z konkretnego doświadczenia klinicznego. Spotkanie prowadzone jest przez specjalnie wyszkolonego koordynatora (dosł. facylitatora). Zachowuje on neutralność w sprawie, ale ma za zadanie wspierać uczestników w sprawnym przebiegu dialogu i przestrzeganiu jego zasad i kolejności etapów (zob. poniżej). Celem spotkania jest szczerza i sprawiedliwa wymiana poglądów i znalezienie odpowiedzi na pytania natury moralnej. Nie jest tu jednak wymagane porozumienie oparte na „wygranej” lub „przegranej” danego argumentu (*it is not about ‘winning’ or ‘losing’ an argument*)⁸⁷. W grę wchodzi raczej wyważenie bądź równowaga argumentów.

Standardowa sesja *Moral Case Deliberation* z użyciem metody dylematu (*the dilemma method*) przeznaczona jest zazwyczaj dla 8–12 osób, włączając osobę prezentującą przypadek (lekarza lub pielęgniarkę, która spotkała się z dylematem w praktyce) oraz moderatora. W trakcie trwającego od 1 do 1,5 godziny spotkania realizowane są poszczególne etapy:

⁸⁵ K. Heidenreich, A. Bremer, L. J. Materstvedt i in., „Relational Autonomy in the Care of the Vulnerable: Health Care Professionals’ Reasoning in Moral Case Deliberation (MCD)“, *Medicine, Health Care and Philosophy* 2018, vol. 21, s. 467–477.

⁸⁶ D. Y. B. Tan, B. C. ter Meulen, A. Molewijk i in., „Moral Case Deliberation...”, dz. cyt., s. 181–186.

⁸⁷ Tamże, s. 1.

- (1) wprowadzenie (przedstawienie celu spotkania, oczekiwań, zasad – szczerej komunikacji, otwartości, uczenia się za pomocą różnych rodzajów rozumowania);
- (2) przedstawienie przypadku;
- (3) sformułowanie pytań i dylematu natury moralnej (na przykład, w cytowanej pracy: czy należy przerwać uporczywą terapię pacjenta czy ją kontynuować, z uwagi na przekonania religijne jego rodziny, w domniemaniu: także pacjenta); w tym kroku przedstawiane są również konsekwencje każdej z potencjalnych decyzji, ewentualne konflikty wartości i norm pomiędzy grupą profesjonalistów medycznych zajmujących się pacjentem a jego rodziną;
- (4) „empatyzowanie”, tj. zachęcenie uczestników, aby postawili się w sytuacji prezentera i przemyśleli własne przekonania i postawy dotyczące przypadku. Celem tego etapu nie jest ocenianie prezentera, lecz namysł nad własnymi przekonaniami i sądami – dzięki temu na spotkaniu tworzy się „bezpieczna” do dyskusji przestrzeń; zadawane są także pytania dotyczące pacjenta – na przykład wiedzy na temat jego przekonań sprzed wypadku i dzielenia się nimi z członkami rodziny (wyrażenie woli) oraz przewidywania medyczne (rokowania);
- (5) analiza przypadku w kategoriach perspektyw, wartości i norm uczestników, gdzie wartości to źródła fundamentalnych moralnych motywacji, normy to reguły i zasady działania (ang. *action rules*), wskazujące jak należy postępować aby respektować określone wartości; w tym kroku grupa identyfikuje najpierw punkty widzenia stron zainteresowanych wraz z przypisywanymi im wartościami i normami oraz notuje je schematycznie (na przykład w formie tabelarycznej), odnosząc się do dwóch możliwych decyzji (rozwiązań);
- (6) poszukiwanie rozwiązań alternatywnych – rozumiane jako kreatywny, nieszablonowy proces myślenia, wykraczający poza założenia leżące u podstaw dylematu;
- (7) dokonanie indywidualnego wyboru – podczas tego etapu moderator prosi uczestników o zapisanie na kartce odpowiedzi na konkretne pytania dotyczące dylematu z uwzględnieniem konkretnych argumentów przemawiających za jednym lub drugim rozwiązaniem;
- (8) dociekania metodą dialogiczną (*dialogical inquiry*). Na tym etapie grupa pod kierunkiem moderatora bada różnice i podobieństwa w osobistych perspektywach; celem jest wyjaśnienie stanowiska każdego z uczestników, a tym samym zebranie nowych spostrzeżeń, aby podjąć słuszną decyzję, przedyskutować możliwy konsensus lub znaleźć wyważony kompromis. Należy podkreślić, że uzyskanie większości dla jakiejś opcji nie czyni jej moralnie uzasadnioną, a celem rozważań moralnych pozostaje uczenie się z różnych perspektyw i otwartość na różne rozwiązania;

- (9) wnioski i „plony” (ang. *harvesting*) – moderator pyta uczestników, czy zmienili swoje początkowe zdanie na temat przypadku, a jeśli tak, to pod wpływem których argumentów; jeśli to możliwe, prezentowane jest rozwiązanie problemu;
- (10) ewaluacja z podaniem informacji zwrotnej (*feedback*) przez uczestników o tym czego się nauczyli, dowiedzieli, lub co chcieliby w przyszłości zmienić w postępowaniu z podobnymi przypadkami.

Jak podkreślają badacze, „deliberacja nad kazusem moralnym, oprócz ćwiczenia kompetencji budowania racjonalnej strategii rozwiązywania konkretnego problemu (lub wskazywania w sytuacji dylematu jak najlepiej uzasadnionej opcji postępowania, albowiem dylematu nie da się ‘rozwiązać’ raz na zawsze), ma na celu także rozpoznanie i zmniejszenie moralnego stresu decyzyjnego, a także doskonalenie kompetencji moralnych”⁸⁸. Mając podstawę w aktualnej wiedzy medycznej, uczestnicy mają możliwość uczyć się rozpoznawania, nazywania i formułowania problemów moralnych, analizowania sytuacji z różnych perspektyw, przez pryzmat różnych wartości i norm. W toku procedury uczą się także jak dyskutować na tematy moralne, w atmosferze dialogu i szacunku, odkładając na bok swoje własne partykularne sądy na rzecz bardziej uniwersalnych, podatnych na krytykę, weryfikowalnych uzasadnień. Jak relacjonują Tan i współautorzy,

„Jeśli chodzi o postawy, [uczestnicy] uczą się, jak prowadzić dialog moralny, odkładać swoje początkowe osądy i przewyższać chęć przekonywania innych. Uczestnicy raportują poprawę różnych umiejętności: ‘komunikacji (na przykład słuchania bez osądzania, zadawania podstawowych pytań), rozumowanie (na przykład w zakresie logiki, związku między wartościami i normami moralnymi, rozumowanie indukcyjnego i dedukcyjnego) oraz umiejętności lub cnoty moralne (na przykład tworzenie dialogu zamiast przekonywania i osądzania innych).’ Janssens i in. stwierdzili również, że uczestnicy rozważań moralnych doświadczyli większej otwartości, lepszego wzajemnego zrozumienia i większego szacunku dla różnych perspektyw i opinii”⁸⁹.

⁸⁸ „Deliberacja nad kazusem moralnym rozwija kompetencje moralne. Można je podzielić na: wiedzę, postawy oraz umiejętności”, D. Y. B. Tan i in., „Moral Case Deliberation...”, dz. cyt., s. 4.

⁸⁹ Tamże, s. 4–5.

Deliberacja nad kazusem moralnym ma również potencjał integracyjny, do zastosowania w zespołach placówek medycznych.

Rozumna niezgoda (reasonable disagreement; clinical dissensus)

Mimo generalnego dążenia do uzgodnień w zakresie podejmowania decyzji w medycynie może zdarzyć się, że niektóre spory czy problemy z konieczności (lub potrzeby konkretnej sytuacji klinicznej w danym czasie) pozostaną nierozwiązane, a strony (uczestnicy) pozostaną w stanie swego rodzaju niezgody. „Rozumna niezgoda” to pojęcie oddające potencjał konsensualny radykalnego pluralizmu, różnicy, a zasadniczo – antagonizmu, którego znaczenie jest odmienne od znaczeń wpisanych w wyżej wzmiankowaną „refleksyjną równowagę” i zwłaszcza „częściowy konsensus” u Rawlsa. Jednak niezgoda w medycynie może przybierać różnorodne i praktycznie (pragmatycznie) przydatne formy, łagodzące konflikty i antagonizmy właśnie.

Jednym z wytycznych adresowanych do profesjonalistów w trudnych medycznych przypadkach (na przykład dotyczących końca życia, ang. *end-of-life decisions*) jest wymóg uzgodnienia, wpisany w zawody medyczne (*The Professional Consensus Requirement, PCR*). Niektórzy badacze stoją na stanowisku, że takie uzgodnienie jest (zawsze lub w szczególnych okolicznościach, np. kolegialnej decyzji komisji etycznej o dalszym sposobie leczenia małego dziecka lub pacjenta cierpiącego na rzadkie i złożone schorzenie) – konieczne, aby dalsze decyzje i procedury medyczne przebiegały właściwie, w sposób przewidywalny i właśnie „konsensualny”. Przykładowo, komisje nie mogą rozejść się argumentując, że ‘nie zdołały osiągnąć jednomyślnej i zgodnej decyzji’, jeśli decyzji nie można odwołać, gdyż zwłoka wiązałaby się z ryzykiem, a nawet bezpośrednim zagrożeniem zdrowia i życia pacjenta.

Ponadto, decyzje dotyczące zakończenia terapii podtrzymującej życie w przypadku braku rokowań na wyzdrowienie powinny być podejmowane w pełnym uzgodnieniu z rodziną pacjenta i za zgodą wszystkich zaangażowanych w dany przypadek medyczny klinicystów⁹⁰. Czy taka zgodność i jednomyślność zawsze oznacza syntezę wszystkich „zasad” w myśl „częściowego konsensu” Rawlsa? Tego nie wiemy; być może oznacza kompromis, jeśli nie

⁹⁰ D. Wilkinson, J. Savulescu, R. Truog, “In Favour of Medical Dissensus: Why We Should Agree to Disagree About End-of-life Decisions”, *Bioethics* 2016, vol. 30(2), s. 109–118, s. 110; zob też: D. Wilkinson, J. Savulescu, “Current Controversies and Irresolvable Disagreement: The Case of Vincent Lambert and the Role of ‘Dissensus’”, *Journal of Medical Ethics* 2019, vol. 45(10), s. 631–635; D. Wilkinson, J. Savulescu, *Ethics, Conflict and Medical Treatment for Children: From Disagreement to Dissensus*. Elsevier, London, UK 2018.

da się osiągnąć konsensu, a dyssens jest wykluczony, ponieważ uniemożliwiłaby kolegialnie przyjęte rozstrzygnięcie.

Wilkinson i współautorzy argumentują na rzecz tezy, że wymóg profesjonalnej zgody nie zawsze jest uzasadniony i wręcz nie jest ona konieczna. Zwracają też uwagę na to, że samo pojęcie konsensu bywa wieloznaczne i nie zawsze odpowiada zgodzie pomiędzy wszystkimi zainteresowanymi czy też zgodzie wszystkich zainteresowanych na coś⁹¹. Co ważne, zgoda w gronie profesjonalistów spełnia również funkcje pozamerytoryczne: pozwala osiągnąć poczucie pewności co do własnej decyzji i bezpieczeństwa co do skutków prawnych danego działania, a także ma wymiar społeczny: pokazuje, że pewne decyzje w medycynie są po prostu etycznie wskazane⁹². Jeśli zaś chodzi o argumenty przeciwko zgodzie, jednym z silniejszych będzie to, że zgoda sama przez się narzuca określone wartości lekarzom oraz rodzinie pacjenta. Decyzje w dyskutowanym w artykule przypadku ustaleń dotyczących końca życia, opierają się zazwyczaj zarówno na faktach, jak i na wartościach. Konsensus nie jest także kategorią nadrzędną dla stanowiska subiektywistycznego, ponieważ sam proces uzgadniania jest w nim ważniejszy od jego skutków⁹³.

Poza kontekstem Rawlsowskim deliberacja rzadko kiedy rozpoczyna się od wglądu w samooczywiste wartości, a tym bardziej od jednomyślnie przyjmowanych „zasad wyrażających wartości”, z którymi po prostu identyfikowałby się każdy jej uczestnik (przeciwnie, w różnorodności „zasad” tkwi zarzewie potencjalnych konfliktów). Podobnie ze słusnością zasad i rozwiązań (np. klinicznych) praktykowanych wcześniej. Jak zwracają uwagę Wilkinson i współautorzy, „profesjoniści medyczni nie mają specjalnego wglądu w to, co jest obiektywnie słuszne”⁹⁴. Ponadto, klinicyści mogą różnić się między sobą zarówno pod względem zaangażowania w deliberację i kompetencji deliberacyjnej, jak i samego modelu deliberacji.

Z dążeniem do porozumienia i rozwiązań konsensualnych kontrastuje kliniczna niezgoda (ang. *clinical dissens*) jako przykład znanej już teorii deliberacji niezgody. Może ona mieć miejsce w określonych sytuacjach klinicznych, zwłaszcza w kontekście decyzji z obszaru życia i śmierci, a ponadto wszędzie tam, gdzie występują kontrowersje i dylematy, różnice i specyfika normatywna pochodzenia kulturowego, religijnego, lokalnego, etc. Dyssens może się wiązać z epistemologicznie bądź normatywnie rozumianą

⁹¹ D. Wilkinson i in., „In Favour of Medical Dissensus...”, s. 111.

⁹² Tamże, s. 111–112.

⁹³ Zob. M. Smith, *The Moral Problem*. Blackwell, Oxford 1994; D. Wilkinson i in., „In Favour of Medical Dissensus...”, s. 113.

⁹⁴ D. Wilkinson i in., „In Favour of Medical Dissensus...”, s. 114.

niejednoznacznością rokowań co do efektywności rozważanej terapii, jej skutków ubocznych, jakości życia i aktywności życiowych pacjenta, jego osobistych preferencji, etc. Ponadto, owa niejednoznaczność, a w związku z nią niepewność czy zgoła sam – dla wielu niepokojący (lub – jak powie Habermas – trudny do „syntezy”) pluralizm wartości „podłoża”, zasad i abstrakcyjnych norm wymagających sprecyzowania w zastosowaniu do określonego kontekstu (stanu i położenia danego pacjenta) mogą utrudniać porozumienie, osiąganie zgody i podejmowanie decyzji, które miałyby uzasadnienie akceptowalne dla wszystkich zaangażowanych w deliberację podmiotów.

„Ważną konsekwencją [takiego stanu rzeczy, K.N.] jest to, że w wielu przypadkach nie powinniśmy poszukiwać jednego jedyne, właściwego sposobu postępowania, ale raczej zbadać, czy istnieje szereg rozsądnych sposobów postępowania, w stosunku do których pacjenci i ich rodziny mogliby dokonywać wyboru. Błędem jest bowiem myślenie, że zawsze istnieje jeden [słuszny] kierunek i że grupa lekarzy potrafi go zidentyfikować”⁹⁵.

J. Habermas o deliberacji jako przedpolu dyskursu

Habermas wielokrotnie odnosił się do potencjału *deliberacji* w rozmaitych jej wariantach, dając przy tym do zrozumienia, że *deliberacja* może, choć nie musi, przygotowywać grunt pod dyskursy. Jej zadania są znacząco odmienne od zadań dyskursu praktycznego (przynajmniej w głównych nurtach tego dyskursu, co będzie przedmiotem dalszych analiz w niniejszej rozprawie doktorskiej). Służy ona przede wszystkim omówieniu i zrozumieniu różnic, rozbieżnych interesów i roszczeń, wreszcie samych antagonizmów i konfliktów, ich podłoża i przyczyn. Warto podkreślić, że Habermas zrewidował własne stanowisko w obliczu rozwoju teorii *deliberacji* i że między jego dyskursem praktycznym a Rawlsa procedurą „refleksyjnej równowagi” i „częściowego konsensu” występują analogie, głównie ze względu na dążenie do konsensu i jego uzasadnienia na poziomie zasad.

⁹⁵ Tamże, s. 115.

Zdaniem Habermasa, klasyczne modele deliberacji celebrowały wielogłosowość, różnicę, „dysonans aksjologiczny”⁹⁶, antagonizm i konflikt, nie dążąc do rozstrzygnięcia problemów praktycznych, do porozumienia w sensie ‘zgody’, do uniwersalizacji rozwiązań normatywnych – wreszcie nie radząc sobie z napięciami ani formami przemocy, od których deliberacja nie stroni. Późniejsze modele były już zorientowane na takie poszukiwania, opisane właśnie w ideałach refleksyjnej równowagi Rawlsa i rozumnej niezgody. Jeśli deliberacja minimalizuje napięcia między partykularnymi interesami, preferencjami i roszczeniami, umożliwiając rozumną zgodę lub równowagę takich interesów bądź roszczeń – albo równowagę stosownych ‘doktryn’ normatywnych – pozostawia ona otwartą szansę na uruchomienie któregoś z dyskursów; najpierw eksplikacyjnego (inaczej: terapeutycznego), który toruje drogę wzajemnemu zrozumieniu i porozumieniu w sensie uwspólniania znaczeń wypowiedzi i pojęć. Deliberacja okazuje przydatność wówczas, gdy „w pierwszym rzędzie przychodzi zapytać, czy są w ogóle w *zasięgu* jakiegokolwiek dyskursy”, wszak liczne „niesprzyjające okoliczności, brak motywacji, niedostateczne kompetencje ograniczają udział w dyskursie praktycznym (...) zwłaszcza w obliczu konfliktów najpilniej wymagających rezygnacji z przemocy”⁹⁷. Ponadto, wywodzi Habermas,

„W rzeczywistości radykalna niezgoda na poziomie podstawowych deklaracji moralnych zachodzi rzadko (*there is rarely serious disagreement about the core of moral edicts*), lecz im bardziej złożone staje się społeczeństwo, tym częściej rodzą się nadzwyczajne problemy i nieprzewidziane sytuacje wymagające nowych regulacji albo nowego zastosowania regulacji dostępnych. (...) Jednak nawet w nowoczesnych społeczeństwach inkluzyjne, niewymuszone i racjonalne formy deliberacji są mało prawdopodobne i wtedy potrzeba dyskursywnej klaryfikacji moralnej. Po drugie, pojawia się pytanie, czy moralne roszczenia są *rozumne*. Nawet przy założeniu, że racjonalne formowanie sądu wiedzie do szerokiego konsensu kognitywnego, otwartym pozostaje pytanie, czy tradycje kulturowe i procesy socjalizacyjne, zwyczaje i instytucje, a więc to, co kryje się pod ‘mores’ [*die Sitten*], zapewnia odpowiednie motywacje”⁹⁸.

⁹⁶ J. Habermas, *Wahrheit und Rechtfertigung*. Suhrkamp, Frankfurt am Main 2004.

⁹⁷ Tamże.

⁹⁸ Tamże.

Pewne modele deliberacji odrzucają tzw. rozumność z jej generalizująco-jednoczącą teleologią i misją łagodzenia konfliktów i uzgadniania interesów czy roszczeń, uważając tę misję za wykluczającą to, co radykalnie odmienne, zróżnicowane i niesprowadzalne do wytworów (z reguły normatywno-instytucjonalnych), jakie dotychczas rodziła dyskursywna i racjonalna „wola”. Zwolennikom deliberacji przeszkadza „generalizacja” różnorodności; dlatego Habermas proponował m.in. „mniej lub bardziej kontyngentne zasady pomostowe” (*bridge principles*)⁹⁹ w miejsce kluczowej dla dyskursu zasady uniwersalizacji, starając się ocalić pluralizm i różnorodność, które w oczach zwolenników deliberacji stanowią wartości samoistne i nieredukowalne. Pod wpływem krytyki tłumaczył, że generalizacja (uogólnienie) nie oznacza totalizacji, homogenizacji, redukcji, sprowadzenia różnic do wspólnego mianownika.

„Dyskursywnie formowana wola może być nazwana ‘racjonalną’ ze względu na własności formalne sytuacji, jaką stanowi dyskurs lub deliberacja. Sprawiają one, że konsensus staje się osiągalny tylko dzięki należycie zinterpretowanym, *dającym się uogólnić* interesom, przez co rozumiem potrzeby *możliwe do komunikacyjnego dzielenia*”¹⁰⁰,

zamiast pochopnej rezygnacji z niego na rzecz nieprzejrzystego pluralizmu rzekomo ostatecznych orientacji aksjologicznych (albo przekonań i nastawień)¹⁰¹.

Na etapie dzieła *Faktyczność i obowiązywanie* Habermas zaproponował własny model deliberacyjnej polityki, spełniający wymogi proceduralne (nm. *einen rein prozeduralen Begriff*) nie tyle w odniesieniu do jej treści i wyników, ile w odniesieniu do zdolności legitymizowania owych wyników. Model ma być przydatny w politycznych kontekstach *Rechtsstaat* „zamiast dla społeczeństwa jako całości”¹⁰². Funkcjonuje ona głównie w autonomicznych sferach publicznych, które stawiają uczestnikom warunek kompetentnego i racjonalnego wypowiedzania się, co może ograniczać partycypację obywateli pogrążonych w „racjonalnym intuicjonizmie”¹⁰³ i nadawać jej mało egalitarny charakter¹⁰⁴.

⁹⁹ J. Habermas, *Crisis of Legitimation*, s. 108.

¹⁰⁰ Tamże, s. 108.

¹⁰¹ Tamże, s. 108.

¹⁰² H. Brunkhorst, R. Kreide, C. Lafont (red. naukowa), *Habermas – Handbuch*. Verlag J. B. Metzler, Stuttgart 2009, s. 302–303.

¹⁰³ J. Rawls, *Liberalizm polityczny*, s. 144.

¹⁰⁴ H. Brunkhorst i in. (red. naukowa), *Habermas – Handbuch*.

Wygląda też na to, że Habermas uważa przejście od deliberacji do dyskursu za awans i kompetencyjne wyzwanie dla rzeczników deliberacji, którzy krytykują dyskurs, nie znając jego reguł, celów i potencjału, zwłaszcza gdy idzie o przekład pluralizmów i różnic na pojemne, odpowiednio abstrakcyjne regulacje i rozstrzygnięcia. Z całą pewnością deliberacja dąży do decyzji lub regulacji podyktowanych zróżnicowaniem i złożonością, które utrwala i umocnia samo zróżnicowanie i złożoność. Za formę deliberacji umacniającej syngularność uważa Habermas narrację. Własnej teorii dyskursu (ani też deliberacyjnej polityki) nie uznaje tylko za alternatywę dla „zwykłego celebrowania wielości, różnorodności, odmienności, relatywizmu, antagonizmu, kontrowersji, za nic mającego jakąkolwiek syntezę” (nm. *eine von aller Synthesis freigesetzte Vielheit den Relativismus erzwingt*)¹⁰⁵. Widzi w niej gwarancję zachowania różnorodności i złożoności dla wszystkich podmiotów: wszak „im więcej dyskursu, tym więcej sprzeczności i różnic. Im bardziej abstrakcyjne porozumienie, tym większa liczba dyssensów, z którymi jesteśmy w stanie żyć, *rezygnując z użycia przemocy*” (nm. *gewaltlos*)¹⁰⁶. Tymczasem „wieść gminna niesie, jakoby idea jedności skutkowałą przymusową integracją wielu”, „uniwersalizm był wrogiem indywidualizmu”, a „rozumnie osiągnięte pojednanie – represją dla wielogłosu rozumu zamiast jego źródłem”¹⁰⁷.

Teorie deliberacji i dyskursu zwróciły już uwagę badaczy¹⁰⁸ relacji i kontekstów, w których podejmuje się decyzje medyczno-etyczne (bądź kliniczno-etyczne), lecz systematycznych badań nad ich zastosowaniem tutaj właśnie jeszcze nie podjęto. Walker i Lovat¹⁰⁹ postulują wzmocnienie podstaw osiągania konsensusu (porozumienia, uzgodnienia) opartego na dialogu w medycynie. Badacze ci poszerzają założenia modelu wspólnego

¹⁰⁵ J. Habermas, *Nachmetaphysisches Denken*. Suhrkamp, Frankfurt am Main 1988, s. 171–174.

¹⁰⁶ Tamże, s. 180.

¹⁰⁷ Tamże.

¹⁰⁸ G. Scambler (red. naukowa), *Habermas. Critical Theory and Health*. Routledge, London – New York 2001; A. Gillespie i in., “Beyond Ideal Speech Situations: Adapting to Communication Asymmetries in Health Care”, *Journal of Health Psychology* 2013, vol. 19(1), s. 72–78; Y. Leanza, I. Boive, E. Rosenberg, “The Patient's Lifeworld: Building Meaningful Clinical Encounters Between Patients, Physicians and Interpreters”, *Communication and Medicine* 2010, vol. 10(1), s. 13–25; J. Granero-Molina i in., “Habermasian Knowledge Interests: Epistemological Implications for Health Sciences”, *Nursing Philosophy* 2015, vol. 16(2), s. 77–86; P. Walker, T. Lovat, “Dialogic Consensus in Clinical Decision Making”, *Journal of Bioethical Inquiry* 2016, vol. 13(40), s. 571–580; E. A. Hvidt, L. B. Pedersen, J. Lykkegaard i in., “A Colonized General Practice? A Critical Habermasian Analysis of How General Practitioners Experience Defensive Medicine in Their Everyday Working”, *Life Health* 2019, s. 1–18.

¹⁰⁹ P. Walker, T. Lovat, “Dialogic Consensus in Clinical Decision Making”, dz. cyt., s. 571–580; P. Walker, “Dialogic Consensus in Medicine—A Justification Claim”, *Journal of Medicine and Philosophy* 2019, vol. 44, s. 71–84.

podejmowania decyzji oraz modelu deliberacyjnego¹¹⁰ i nawiązują do tzw. „bioetycznej mediacji” bądź metody „wspomaganej rozmowy”¹¹¹. Metoda ta pozwala poszukiwać jak najlepszych rozwiązań dla konkretnego pacjenta w konkretnej sytuacji [nawiązania do fenomenologii, „postrzeganie etycznych dylematów pacjentów jako konkretnych sytuacji egzystencjalnych”¹¹², za pośrednictwem dobrowolnej, autorefleksyjnej rozmowy. Metoda pozwala też analizować roszczenia, ugruntowane zarówno epistemologicznie, jak i normatywnie. Autorzy prezentują proces dochodzenia do porozumienia (dialektyka, dyskurs) jako sam w sobie moralnie wartościowy.

Z kolei Gillespie i in.¹¹³ analizują założenia idealnej sytuacji komunikacyjnej Habermasa, mając na uwadze trudności i ograniczenia występujące w opiece zdrowotnej. Zamiast optować za wdrożeniem ideałów dialogu, autorzy ci badają adaptacyjne reakcje (*adaptive responses*) uczestników w trudnych dla nich sytuacjach. W innych badaniach Hvidt i współautorzy¹¹⁴ pokazują, w jaki sposób teoria działania komunikacyjnego Habermasa dostarcza narzędzi do analizy i interpretacji danych empirycznych wśród duńskich lekarzy, mających doświadczenia z tzw. *defensive medicine* (medycyna zabezpieczająca się rozbudowaną diagnostyką na wypadek błędu w sztuce lekarskiej) w swej codziennej praktyce zawodowej.

Scambler i Britten¹¹⁵ analizują zaś różne podejścia do relacji lekarz-pacjent jako usytuowanej w rzeczywistości społecznej i narażonej na uproszczenia wskutek dominacji jednej ze stron interakcji. Autorzy czynią wyczerpujące rozróżnienia pomiędzy działaniem strategicznym, zorientowanym na sukces a działaniem komunikacyjnym nastawionym na porozumienie i sytuują to drugie jako niezbędne w obszarze komunikacji lekarza z pacjentem, ze szczególnym uwzględnieniem kategorii zaufania i odpowiedzialności.

W powyższym rozdziale zreferowałam główne modele decyzyjności medyczno-etycznej uwzględniające pacjenta i torujące drogę zastosowaniu dyskursu w medycynie – a przynajmniej rozważeniu takiego zastosowania. Nie zawsze były to ‘modele’, niekiedy po

¹¹⁰ E. J. Emanuel, L. L. Emanuel, “Vier Modelle der Arzt-Patient Beziehung“, w: U. Wiesing (red. naukowa), *Ethik in der Medizin*. Reclam, Stuttgart 2004.

¹¹¹ A. Fiester, “Neglected Ends: Clinical Ethics Consultation and the Prospects for Closure”, *The American Journal of Bioethics* 2015, vol. 15(1), s. 29–36; P. Walker, T. Lovat, “Dialogic Consensus...”, dz. cyt.

¹¹² H. Carel, “Phenomenology and Its Application in Medicine”, *Theoretical Medical Bioethics* 2011, vol. 32(1), s. 33–46.

¹¹³ A. Gillespie i in., “Beyond Ideal Speech Situations: Adapting to Communication Asymmetries in Health Care”, *Journal of Health Psychology* 2013, vol. 19(1), s. 72–78.

¹¹⁴ E. A. Hvidt, L. B. Pedersen, J. Lykkegaard i in., “A Colonized General Practice?...”, dz. cyt., s. 1–18.

¹¹⁵ G. Scambler, N. Britten, “System, Lifeworld and Doctor–Patient Interaction: Issues of Trust in a Changing World” w: G. Scambler (red. naukowa), *Habermas, Critical Theory and Health*. Routledge, London – New York 2001; G. Scambler, “Jürgen Habermas: Health and Healing Across the Lifeworld-system Divide”, *The Palgrave Handbook of Social Theory in Health, Illness and Medicine*, 2015, s. 355–369.

prostu metody i taktyki, a nawet treningi pozwalające lekarzom, pielęgniarkom i innym osobom z kręgu personelu bezpośrednio zajmującego się pacjentem wzmocnić udział pacjenta i włączyć go w podejmowanie decyzji – a nie tylko ‘dawanie zgody’ na odnośne zabiegi. Dla porządku omówiłam na koniec tego rozdziału tzw. *the state of the art*, jeśli idzie o pionierskie próby zastosowania deliberacji i dyskursu w podejmowaniu decyzji medyczno-etycznych z udziałem pacjenta. Niektóre z tych prób omówiłam oddzielnie w publikacjach¹¹⁶ i dyskutowałam podczas międzynarodowych, interdyscyplinarnych konferencji i warsztatów z udziałem m.in. pracowników opieki zdrowotnej. W kolejnym rozdziale przejdę do prezentacji teorii i etyki dyskursu i eksplorowania ich potencjału dla podejmowania uzgodnień i decyzji medyczno-etycznych z udziałem pacjenta.

¹¹⁶ Np. K. Napiwodzka „Communicative Action and Practical Discourse to Empower Patients in Healthcare-Related Decision Making”, *Acta Universitatis Lodzensis. Folia Philosophica. Ethica-Aesthetica-Practica* 2021, vol. (38), s. 81–99.

Rozdział III

Działanie komunikacyjne, sytuacja komunikacyjna, interakcja komunikacyjna według J. Habermasa

- a) Działanie komunikacyjne a działanie językowe
- b) Uznawanie roszczeń ważnościowych
- c) Cechy operacyjne działania komunikacyjnego, sytuacji komunikacyjnej, interakcji komunikacyjnej
- d) Działanie komunikacyjne na tle innych typów działania społecznego
- e) Działanie komunikacyjne a „komunikowanie się” w sensie potocznym
- f) Założenie o racjonalności podmiotów działania komunikacyjnego
- g) Kompetencja komunikacyjna
- h) Racjonalność komunikacyjna a racjonalność kognitywno-instrumentalna
- i) „Świat życia” jako nieusuwalny punkt odniesienia dla interakcji komunikacyjnej i źródło sensu
- j) Wartości. Między „światem życia”, interakcją komunikacyjną i dyskursem
- k) Idealna *versus* usytuowana i ukontekstowana sytuacja komunikacyjna

a) Działanie komunikacyjne a działanie językowe

Habermas proponuje oryginalne i nieporównywalne z dotychczas istniejącymi koncepcjami ujęcie „działania komunikacyjnego” (nm. *kommunikatives Handeln*; ang. *communicative action*). Działanie komunikacyjne wykracza poza funkcje aktu językowego (*Satz, linguistischer Akt; sentence, linguistic act*) skierowanego przez nadawcę do odbiorcy w przestrzeni językowej. Wytwarza zupełnie nową relację: nie między adresatem i odbiorcą, ale między mówcą i słuchaczem. Kreuje nie przestrzeń językową, ale przestrzeń komunikacyjną. Funkcje działania komunikacyjnego, relacji, przestrzeni i sytuacji komunikacyjnej są odmienne od tych, które m.in. Austin i Searle zdefiniowali dla języka. Elementarną jednostką językową było zdanie¹, wyartykułowane w języku według reguł językowych i kierowane przez nadawcę do odbiorcy poprzez akt zachowania językowego: stąd Austin twierdził, że „istnieje coś, co jest w chwili wypowiedzania się robione przez osobę, która się wypowiada”² (*to say something is to do something*). Ale to właśnie jest wedle Habermasa dopiero poziom działania językowego. Działanie językowe często bywa działaniem sprawczym (kauzalnym) zarówno pod względem językowym (np. gdy implikuje odpowiedź), albo pod względem pozajęzykowym, jeśli implikuje zgodne z intencją autora aktu językowego lub zgodne ze znaczeniem (lub sensem) aktu językowego czynności ludzko-społeczne. Gdy organ państwa powiada: „ogłaszam stan epidemii”, praktyczne skutki ogólnospołeczne takiego „wyrażenia dokonawczego” mogą być rozległe. W takim wypadku da się dowieść empirycznie, że ‘powiedzieć coś’ to tyle, co ‘zrobić coś’³. Również Habermasa zainteresowała klasyfikacja aktów językowych i aktów mowy (*Klassen von Sprechakten, Sprechakte*), tj. konstatywów, performatywów, a zwłaszcza komunikatywów (*Kommunikativa*)⁴, gdy definiował akt działania komunikacyjnego w jego zasadniczej odmienności od aktu językowego, czyniąc to na gruncie językowej pragmatyki uniwersalnej: „najważniejszy z punktu widzenia pragmatyki element aktu mowy to zdanie performatywne”⁵ – „fortunne”, jak powiedziałby Austin, tj.

¹ J. Habermas, „What Is Universal Pragmatics”, w: tegoż, *Communication and the Evolution of Society*. Beacon Press, Boston 1979, s. 31; por. J. Habermas, „Was heißt Universalpragmatik”, w: K.-O. Apel (Hg.), *Sprachpragmatik und Philosophie*. Suhrkamp, Frankfurt am Main 1976.

² J. Austin, *Mówienie i poznawanie*, tł. B. Chwedeńczuk. PWN, Warszawa 1993, s. 606.

³ Tamże, s. 561. Dokładniej: „mówić coś to robić coś, lub robić coś mówiąc coś, a nawet dzięki mówieniu czegoś coś robić”, tamże, s. 640.

⁴ J. Habermas, „Vorbereitende Bemerkungen zu einer Theorie der kommunikativen Kompetenz“, w: J. Habermas, N. Luhmann (Hgg.), *Theorie der Gesellschaft oder Sozialtechnologie*. Suhrkamp, Frankfurt am Main 1990, 10 Aufl., s. 111.

⁵ Tamże, s. 110.

wpływające na czyjeś zachowanie lub działanie – ale nie konstytuujące jeszcze żadnej przestrzeni ani sytuacji działania komunikacyjnego jako przestrzeni intersubiektywnego i społecznego *współdziałania* za sprawą mowy od początku w modusie rozmowy, gdzie uczestnicy wspólnie rozumieć mają to, co komunikowane, porozumiewając się i podejmując dalsze, nader ważne dla nich czynności (praktyki) w tej samej przestrzeni. Zanim Habermas przejdzie do samego działania komunikacyjnego, wyróżni jeszcze podstawowe akty mowy, a wśród nich 1) komunikatywy (*Kommunikativa*), 2) konstatywy (*Konstativa*) pozwalające odróżnić stanowiska (in. zapatrywania) uznawane intersubiektywnie od prywatnych domniemań, wszak istnieje (*Sein*) „to, co znalazło uznanie intersubiektywnie”, „pozorem” (*Schein*) jest zaś to, co tylko „subiektywnie domniemywane”; 3) reprezentatywy (*Repräsentativa*) pozwalające odróżnić językowe ekspresje i przejawy od tego, co esencjalne (*Wesen versus Erscheinung*); 4) regulatywy (*Regulativa*): „regulatywne czynności językowe, w których występują albo (jak w rozkazach) *elementarne zdania formułujące wezwania*, albo (jak w obietnicach) *elementarne zdania wyrażające zamiary*”⁶. Wiele z tych kategorii świadczy o językowym usytuowaniu działania komunikacyjnego, dyskursu (i szerzej, rozumu komunikacyjnego i dyskursywnego). Ponadto,

„podczas gdy sens podziału na czynności lokucyjne i illokucyjne polega na tym, by oddzielić – jako pewne aspekty analityczne – propozycjonalną zawartość i tryb czynności mowy, to rozróżnienie tych dwóch typów aktów, z jednej strony, i aktów perlokucyjnych z drugiej, nie ma (...) charakteru analitycznego. Efekty perlokucyjne można osiągać z pomocą czynności językowych tylko wówczas, gdy te ostatnie są włączane jako środki w działania teleologiczne ukierunkowane na założony rezultat. Efekty perlokucyjne są oznaką zintegrowania czynności językowych w konteksty właściwe interakcji strategicznej. Należą one do zamierzonych następstw bądź rezultatów **działania teleologicznego**, podejmowanego przez aktora z takim zamiarem, by z pomocą efektów illokucyjnych oddziaływać w określony sposób na słuchacza. Czynności językowe mogą temu *nie-illokucyjnemu celowi, jakim jest* wpłynięcie *na* słuchacza, służyć oczywiście tylko wtedy, kiedy są odpowiednie z punktu widzenia osiągnięcia celów illokucyjnych. Gdyby

⁶ J. Habermas, *Teoria działania komunikacyjnego*, t. I, tł. A. M. Kaniowski. PWN, Warszawa 1999, s. 509. Ponadto, regulatywy pozwalają rozróżnić prawidłowości empiryczne od obowiązywania (*Sollen*) w sensie stricte normatywnym, J. Habermas, „Vorbereitende Bemerkungen...”, s. 114.

sluchający nie rozumiał tego, co powiada mówiący, to również mówiący, który działa teleologicznie, nie mógłby z pomocą aktów komunikacyjnych skłonić słuchającego do zachowania się w pożądanym przez siebie sposób. Z tego też względu to, co na początku określiliśmy jako ‘użycie języka zorientowane na konsekwencje’, nie jest wcale pierwotnym sposobem użycia języka (*kein originärer Sprachgebrauch*), lecz subsumcją czynności językowych służących celom illokucyjnym pod warunki działania zorientowanego na założony rezultat“⁷.

Elementarny, językowo-komunikacyjny akt mający być elementarną jednostką (*Baustein*) działania komunikacyjnego wymaga przeto nowej definicji, jako akt niesprowadzalny (nieredukowalny) do aktu (działania) czysto językowego ani nawet aktu mowy. Będzie to wprowadzić akt wykorzystujący potencjał tych dwóch poprzednich, ale jego celowość i sprawczość będą zupełnie odmienne: 1) akt ten będzie konstytutywny dla dialogu (*dialogsconstituierend*) jako relacji i rzeczywistości, która wznosi się “ponad poziom języka i rozumienia czysto językowego”, ekspresję językową, semiotykę, etc.; 2) będzie on użyciem języka zorientowanym na porozumienie i zawierającym „wezwanie” (*Aufforderung*) do „porozumienia” (*einverständnisorientierter vs. verständigungsorientierter Sprachgebrauch*)⁸ poprzez „przyjęcie i uznanie” (*Anerkennung*) przez słuchacza znaczeń, jakie zawiera wypowiedź mówcy. Wypowiedziom towarzyszą zaś „roszczenia do ważności” (*auch hier Geltungsansprüche im Spiel sind*) i prawdziwości (*Wahrheitsansprüche*); chodzi o to, by w komunikacji intersubiektywnej ważności nabierały „roszczenia epistemiczne” (*epistemische Ansprüche zur Geltung zu bringen*)⁹. Jeden aktor wysuwa roszczenia, inni zaś akceptują je bądź kwestionują, oczekując podania dobrych racji i argumentów, *gute Gründe*, które przyjmą lub odrzucą: „racjonalne ekspresje są z racji ich poddawalności krytyce również korygowalne; możemy korygować nieudane próby, (...) identyfikować błędy, jakie nam się wkradły. Idea (*das Konzept*) uzasadniania spleta się z ideą uczenia się. Również w procesach uczenia się argumentowanie odgrywa ważną rolę”¹⁰. Tego typu intersubiektywnie wysuwane i akceptowane roszczenia czynią z Habermasowskiej sytuacji

⁷ J. Habermas, *Teoria działania komunikacyjnego...*, t. I, s. 483.

⁸ J. Habermas, *Wahrheit und Rechtfertigung*. Suhrkamp, Frankfurt am Main 2004, s. 116–117.

⁹ Tamże, s. 13 i 117. Założenia te przypominają Fichteński transcendentálny wzorzec dialogicznej intersubiektywności opartej na wymianie ‘wezwań do uznania’ i ‘uznań’, opisany przez M. J. Siemka czy J. Kłoca-Konkołowicza.

¹⁰ J. Habermas, *Teoria działania komunikacyjnego*, t. I, s. 47.

komunikacyjnej wiążącą dla uczestników *interakcję*, różną od niezobowiązujących praktyk językowych, komunikacyjnych czy konwersacyjnych. Zakładają oparcie na wspólnej społecznej wiedzy, zamiast na podstawach ‘rozumu transcendentального’ czy też sądach natury metafizycznej (o czym będzie jeszcze mowa w tej części rozprawy w rozdziale dotyczącym dyskursów). Jak zwraca uwagę A. M. Kaniowski,

„Tradycja klasyczna, jeśli patrzeć na nią z pozycji myślenia nowożytnego, staje wobec fundamentalnych trudności wynikających z opierania się na ontologicznych koncepcjach prawdy. To właśnie uporaniu się z tymi trudnościami służyła przedstawiona przez Habermasa w początku lat 70. konsensualna teoria prawdy, odwołująca się do roszczeń ważnościowych jako nieodłącznego składnika nie tylko norm, ale wszelkich wypowiedzi czy ekspresji. Wedle tej teorii (...) tym, co stanowi o ważności (*Geltung*) normy, czyli jej ‘mocy wiążącej’, jak też tym, co nadaje jej sens, jest pretendowanie do ważności powszechnej, czyli ‘roszczenie do tego, że z odnośnym zaleceniem zgodziliby się wszyscy, gdyby uczestniczyli w dyskursie praktycznym’”¹¹.

b) Uznawanie roszczeń ważnościowych

Podmioty, które pragną dojść do porozumienia w działaniu komunikacyjnym muszą spełnić kilka warunków. Poza założeniem o racjonalności oraz uwzględnieniem przesłanek argumentacji, istotne miejsce zajmuje uznawanie tak zwanych roszczeń ważnościowych (tutaj: roszczeń do ważności *wypowiedzi* w sensie poznawczym; dopiero w dyskursie praktycznym wypowiedzi typu normatywnego), wraz z przynależnymi im założeniami, między innymi co do istnienia obiektywnego, podzielanego świata. Działanie komunikacyjne może przebiegać bez zakłóceń dopóty, dopóki uczestnicy komunikacji zakładają, iż ważność roszczeń, które podnoszą przypisując ją swoim wypowiedziom jest uzasadniona (usprawiedliwiona)¹²; że wypowiedzi nie są bezpodstawne, pozbawione racji i przez to nieważne.

¹¹ A. M. Kaniowski, Wstęp „Rehabilitacja i transformacja...”, w: J. Habermas, *Teoria działania komunikacyjnego*, t. I, L.

¹² A. Szahaj, *Krytyka, emancypacja, dialog...*, s. 100.

Na gruncie działania komunikacyjnego roszczenie do ważności jest także roszczeniem do prawdziwości epistemologicznej (propozycjonalnej), szczerości i prawdomówności, a także słuszności pytań czy wątpliwości. Nadając swej wypowiedzi “roszczenie do ważności, mówca powołuje się na potencjał racji i podstaw, które potrafiłby przytoczyć dla uzasadnienia swego roszczenia”¹³, zapytany przez słuchaczy mających to roszczenie zaaprobować. “Racje i podstawy pozwalają zinterpretować warunki ważności, przeto same należą do tych warunków sprawiając, że wypowiedź staje się możliwa do zaakceptowania”¹⁴.

Wypowiedzi stanowiące działania komunikacyjne winny respektować trzy różne roszczenia do ważności: 1) dotyczące propozycjonalnej prawdziwości wypowiedzianych zdań w ramach odniesienia do świata obiektywnego (przedmiotowego), który uczestnicy postrzegają w jednakowy sposób; 2) uwzględniające zgodność z obowiązującymi normami regulatywnymi w ramach kryterium słuszności; 3) uwzględniające zgodność intencji z tym, jak została ona wyrażona, w ramach kategorii szczerości i prawdomówności:

„Zdolne do mówienia i działania podmioty, jeżeli, komunikując się między sobą, chcą się ‘co do czegoś’ porozumieć albo dojść do ładu w praktycznym obchodzeniu się ‘z czymś’, muszą móc z horyzontu swego każdorazowo podzielanego świata życia ‘odnieść się’ ‘do czegoś’ w świecie obiektywnym. Ażeby móc się do czegoś odnieść, czy to komunikując się na temat stanu rzeczy czy praktycznie obchodząc się z osobami i przedmiotami, muszą – każdy na własny użytek, ale wspólnie z wszystkimi pozostałymi – przyjąć za punkt wyjścia pewną pragmatyczną przesłankę. Zakładają [mianowicie], że świat to ogół niezależnie istniejących przedmiotów, które można ocenić i którymi można manipulować (*behandeln*). (...) Za sprawą tego formalnie zakładanego świata komunikowanie się co do czegoś w świecie splata się z praktycznym ingerowaniem w świat. I dla mówiących, i dla działających jest to ten sam świat obiektywny, co do którego się porozumiewają i w który mogą ingerować”¹⁵.

Istotną rolę pełni tu roszczenie do prawdziwości (ang. *claim for truth*; nm. *Wahrheitsanspruch*), które wymaga konsensualnego uznania ponad tym, co różni „światy

¹³ J. Habermas, *Nachmetaphysisches Denken*, s. 81.

¹⁴ Tamże.

¹⁵ J. Habermas, *Działanie komunikacyjne...*, dz. cyt., s. 13–14 (wyróżnienia K.N.).

życia”; ponad tymi różnicami bowiem przychodzi porozumiewać się podmiotom komunikacyjnej interakcji:

„Uczestnicy komunikacji mogą się porozumiewać ponad granicami różniących się między sobą światów życia [o ile zachowują się konsensualnie], ponieważ, mając przed oczami wspólny świat obiektywny, orientują się na roszczenie do prawdziwości, tzn. na bezwarunkową prawomocność swoich wypowiedzi”¹⁶.

Poza trzema roszczeniami dotyczącymi prawdziwości, słuszności i szczerości przedstawianych wypowiedzi, możemy wyróżnić także inne, natury źródłowo moralnej, takie, jak roszczenie do obowiązywania powszechnego, również wymagające uzasadnienia i na tej podstawie – akceptacji (uznania) przez wszystkich uczestników dyskursu, o czym będzie mowa w dalszej części rozprawy doktorskiej. W ten sposób rozwijana przez Habermasa koncepcja działania komunikacyjnego, w której kładł on nacisk na aspekty lingwistyczne i racjonalność (która zasadniczo nikogo jeszcze do niczego „nie zobowiązuje”) po 1996 r. nabierze znamion normatywnych – w takim sensie, w jakim normatywny charakter ma intersubiektywnie ustalona i konsensualnie „uznana” prawdziwość wypowiedzi: „wprawdzie mówca dąży tu nadal do swojego celu illokucyjnego”, ale cel ten polega też na tym, „by słuchacz nie tylko przyjął do wiadomości jego stanowisko, lecz i sam doszedł do *takiego samego (selben)* stanowiska, *podzielając (teilen)* je z mówcą”¹⁷. W tym momencie perspektywy poznawcze aktorów zbiegają się i wykraczają ponad to, co czysto subiektywne (zaś pod innymi względami poznawczymi, np. doświadczeń życiowych, profilu zawodowego, subiektywnych preferencji, sfery prywatności, itd., aktorzy nadal się różnią i zachowują indywidualność)¹⁸. W rezultacie w *Wahrheit und Rechtfertigung* Habermas wyróżnił dwa typy działania komunikacyjnego: „mówię o działaniu komunikacyjnym w *sensie słabym*, gdy rozumienie rozciąga się na fakty i powody jednostronnej woli wyrażonej przez aktora; i mówię o działaniu komunikacyjnym w *sensie mocnym*, gdy porozumienie obejmuje normatywne powody wyboru celów. W takim wypadku aktorzy orientują się na wartości

¹⁶ Tamże, s. 20.

¹⁷ Tamże, s. 10.

¹⁸ W efekcie do dalszych etapów komunikacji przechodzi to, co zostało wyartykułowane i zaakceptowane przez wszystkich jej uczestników; to zaś, co przemilczane lub niezaakceptowane, pozostaje dla komunikacji nieistotne; wszelako, w tej sprawie Habermas złagodzi swe stanowisko przyjmując, że działanie komunikacyjne i jego zawartość nie tylko odsyłają do przedmiotowego świata życia, ale zakładają go „w tle” jako „kontekst” (‘bliskość empirii’).

podzielane intersubiektywnie i wartości te stają się *wiążące (binden)* dla woli obu, ponad ich subiektywnymi li tylko preferencjami”¹⁹.

Akty językowo-komunikacyjne to nie są wobec tego niezobowiązujące zdania, ale – jak podkreśla Habermas – zdania przeniesione na grunt wypowiedzi i zastosowane tutaj, by wytworzyć relację dialogiczną, w której uczestnicy wzywają się nawzajem do uznania znaczenia lub sensu swych wypowiedzi, albo dodatkowych racji (powodów), dla których ich wypowiedź ma być zrozumiała i akceptowalna dla słuchaczy²⁰. Opisana sytuacja komunikacyjna jest jakościowo nowa:

„W rzeczy samej możemy więc stosować zdania i wypowiedzi dopiero wtedy, gdy najpierw (...) stworzymy *podstawy warunkujące komunikację*, a więc sytuację komunikacyjną (*Sprechsituation*): [pierwsza to, – K.N.] poziom intersubiektywności, na którym osoby wchodzą w relacje dialogiczne i tutaj dopiero stają się podmiotami zdolnymi działać poprzez język (*sprach- und handlungsfähige Subjekte*); [druga podstawa to, – K.N.] poziom obiektywności, który odzwierciedla rzeczywistość (*Reales*) jako przedmiotowe odniesienie możliwych wypowiedzi. Dlatego można tutaj mówić o uniwersalnie konstytutywnych podstawach dialogu”²¹.

Działanie komunikacyjne nie tylko buduje całą tę sytuację. Wytwarza ono także międzypodmiotową interakcję wśród aktorów dzięki „powiązaniu semantyki z działaniem”, jak powiada Habermas. Do działań komunikacyjnych zalicza się zaś takie

“... interakcje społeczne, w których rolę koordynującą spełnia sposób użycia języka zorientowany na porozumienie (przez uwspólnianie znaczenia i ważności tego, co powiedziane przez mówcę do słuchacza). Wraz z komunikacją językową idealizujące przesłanki wkraczają w obręb działania zorientowanego na porozumienie za pośrednictwem mowy i jej zgodnego rozumienia przez uczestników”²².

¹⁹ J. Habermas, „Vorbereitende Bemerkungen...”, s. 122.

²⁰ Tamże, s. 110.

²¹ Tamże, s. 110.

²² J. Habermas, *Działanie komunikacyjne i detranscendentalizacja rozumu*, tł. W. Lipnik. Oficyna Naukowa, Warszawa 2004, s. 42; Por. J. Habermas, „Handlungen, Sprechakte, sprachlich vermittelte Interaktionen und Lebenswelt”, w: tegoż, *Nachmetaphysisches Denken: philosophische Aufsätze*. Suhrkamp, Frankfurt am Main 1988 (wersja cyfrowa bez paginacji).

Co do „idealizujących przesłanek”, od razu w tym miejscu należy wyjaśnić, że wykraczanie aktu komunikacyjnego poza możliwości wpisane w akt językowy sięga bardzo daleko: aktom językowym przypisuje się raczej skończone możliwości oddziaływania. Tymczasem akt – a raczej działanie i praktyka komunikacyjna – mogą skutkować w nieskończoność, także w tej mierze, w jakiej do pełnego i powszechnego porozumienia między komunikującymi może dojść dopiero w dalekiej przyszłości. Dotykamy tu kontrfaktyczności sytuacji komunikacyjnej, o której będzie mowa poniżej.

Habermas zaznacza, iż poza wyjątkowymi przypadkami skrajnej izolacji komunikacyjnej przez ludzi, nie można abstrahować od działania komunikacyjnego, jeśli funkcjonuje się uczestnicząco w jakiejś społeczności czy wspólnocie, z którą podziela się pewne wartości. Są to na przykład wpisane w tak zwane „tło” (zaplecze) świata życia wspólne tradycje, kultura, podobny przebieg socjalizacji i edukacji, a zwłaszcza regulacje i instytucje normatywne takiej społeczności. W praktyce nie ma możliwości długotrwałej nieobecności w przestrzeni językowo-komunikacyjnej zorientowanych na porozumiewanie się i tworzącej podwaliny dla dyskursów społecznych, w których powstaje wiedza i normatywność jako wytwory społeczne. Na dłuższą metę byłoby to zachowanie autodestrukcyjne, nie pozwalające na rozwój interakcji komunikacyjnej i dyskursu, które umożliwiają koordynację i regulowanie szeregu kluczowych praktyk społecznych, a także uspołeczniające i socjalizujące włączenie, partycypację, przynależność jednostek, jak podkreśla Habermas np. w *Moralbewußtsein und kommunikatives Handeln*.

c) Cechy operacyjne działania komunikacyjnego

W wyżej opisanej przestrzeni występują nie tyle doraźnie wygłaszane akty językowo-komunikacyjne, ile międzypodmiotowe interakcje, tj. wzajemne odniesienia i powiązania pomiędzy mówcami i słuchaczami, przy czym każdy uczestnik uosabia obydwie te funkcje naprzemiennie z nich korzystając. Sprzężone ze sobą, rozumiejące mówienie i słyszenie odsyła do klasycznej definicji Arystotelesa, wedle której człowiek jest ‘logon’ (umie posługiwać się mową artykułowaną i rozumną) oraz ‘echon’ (słucha rozumiejąco – zamiast

jedynie słyszeć dźwięk). Nie każde zachowanie językowe lub użycie języka jest działaniem komunikacyjnym: wydawanie odgłosów i dźwięków czy nawet ekspresja własnych myśli, wypowiedzenie jakiejś treści propozycyjalnej w formie konstatacji (iż zachodzi bądź nie zachodzi jakiś stan rzeczy) nie są jeszcze aktem działania komunikacyjnego. “Takie wypowiedzi służą w pierwszym rzędzie myśleniu, a nie komunikowaniu się”²³. Dopiero “gdy powiemy coś do kogoś innego” i “zakończymy mu to w ten sposób, że rozumie on, co powiedziano” (*etwas mit jemandem teilen; entweder sagt man, was der Fall ist oder was nicht der Fall ist, oder man sagt etwas zu jemand anderem, so daß er versteht, was gesagt wird*)²⁴, wytworzona zostaje struktura podstawowa i wyjściowa dla działania komunikacyjnego. Działanie komunikacyjne zakłada w swych warunkach choćby minimalną intersubiektywność²⁵: “mamy pojęcie działania komunikacyjnego odnoszące się do interakcji przynajmniej dwu podmiotów zdolnych do mówienia i działania, które wchodzi (za pomocą środków werbalnych lub pozawerbalnych) w stosunki interpersonalne”²⁶.

Nie ma mowy o działaniu komunikacyjnym bez wielości podmiotów komunikujących się w “językowo zapośredniczonych interakcjach międzypodmiotowych” (*sprachlich vermittelte Interaktionen*) “zorientowanych na kooperację”²⁷, bez refleksywnego (zwrotnego, wzajemnego) rozumienia, bez akceptacji znaczenia bądź sensu wypowiedzi. Inni mają zrozumieć znaczenie mej wypowiedzi, by na tej podstawie ją zaakceptować; ja zaś mam zrozumieć znaczenie ich wypowiedzi, by móc je zaakceptować²⁸. Tak pojęcie uwspólnianie znaczeń, jak i dalsze tutaj opisane etapy efektywnego porozumienia, zwłaszcza co do trzech roszczeń przypisanych wypowiedziom, integralnie przynależą do zakresu działania komunikacyjnego, a częściowo do zakresu dyskursu teoretycznego, na którego ustaleniach może dalej polegać dyskurs praktyczny mający za przedmiot już właściwe kwestie normatywnego rozstrzygania problemów społecznych i uzasadniania norm, które posłużą dalej społecznej samoregulacji.

Istotne są przytoczone tu wcześniej trzy roszczenia dotyczące odpowiednio prawdziwości wypowiedzi na poziomie propozycyjalnym, słuszności wypowiedzi, a także

²³ J. Habermas, tamże, s. 79.

²⁴ J. Habermas, tamże, s. 34.

²⁵ J. Habermas, *Teoria działania komunikacyjnego*, t. II, s. 21.

²⁶ J. Habermas, tamże, s. 162.

²⁷ J. Habermas, *Moralbewußtsein und kommunikatives Handeln*, s. 79.

²⁸ Jest jednak możliwa sytuacja, gdy ktoś rozumie znaczenie wypowiedzi bądź adekwatnie i zgodnie z intencjami mówcy interpretuje sens wypowiedzi, jednak go nie akceptuje: nie zachodzi wówczas ‘niezrozumienie’ czy ‘nieporozumienie’, ale zamiast konsensu (konsensualności) zachodzi dyssens. Dyssens zasadniczo nie jest celem, lecz co najwyżej etapem pośrednim w drodze do konsensu, o tyle, o ile konsens jest osiągalny.

szczerości i prawdomówności²⁹. Moja wypowiedź skierowana do innych „apeluje” do aktywnego zreflektowania i zrozumienia, dlaczego te „roszczenia” są uzasadnione, dlaczego zasługują na akceptację, a jeśli nie, to dlaczego niezbędne są pytania prowadzące do wyjaśnień i dalszych uzasadnień. Proces wzajemnego porozumienia (*Verständigungsprozess*) między wieloma uczestnikami może trwać długo, nim osiągną oni porozumienie spełniając niezbędne po temu wymogi. Działanie językowo-komunikacyjne możemy zrozumieć wówczas, gdy poznaliśmy „uzasadnienia i racje (*die Art von Gründen*), które mówca zdołał przytoczyć, starając się przekonać słuchacza do tego, że w odnośnych okolicznościach ma on prawo oczekiwać uznania ważności jego wypowiedzi – krótko mówiąc: gdy już dowiedzieliśmy się, *co czyni tę wypowiedź godną akceptacji*”³⁰. Akceptacja (lub dalsza eksplikacja) sensu wypowiedzi są kluczowe dla zachowania interaktywnego charakteru działania komunikacyjnego. Tutaj nie mówi się po to, by wygłosić monolog, lecz po to, by dotrzeć dialogicznie do partnera, zrozumieć się z nim i porozumieć. Wyjściową sytuacją jest więc brak zrozumienia lub porozumienia, bądź nieporozumienie w sensie językowo-semantycznym i komunikacyjnym co do działań interesujących podmioty jako aktorów działań społecznych i wykonawców ról, a teraz – w ramach sytuacji bądź interakcji komunikacyjnej – jako aktorów działania komunikacyjnego właśnie. Pragmatyka i praktyka komunikacyjna rodzą się w obliczu i wypływają z nieporozumień, antagonizmów, konfliktów o naturze i genezie pozakomunikacyjnej, które aktorzy mają za zadanie uregulować dzięki porozumieniu, powziawszy to sobie za cel komunikacji (odmienny niż cel pozakomunikacyjnych działań: wszak komunikacja jest odrębnym typem działania).

Z pragmatyki i praktyki komunikacyjnej ma więc wypływać rozumienie i porozumienie co do koordynacji (bądź regulacji, synchronizacji itd.) działań i praktyk pozakomunikacyjnych. Zastosowanie pragmatyki i praktyki komunikacyjnej jest więc ostatecznie *praktyczne ze względu na szereg praktyk społecznych jako takich*. Stąd jest ona specyficzną, a zarazem integralną częścią praktyki społecznej w ogóle:

²⁹ Por. J. Habermas, *Nachmetaphysisches Denken*, s. 73. Dotykamy tu szerzej niepodjęwanego w rozprawie doktorskiej zagadnienia prawdy, definiowanej przez Habermasa konsensualnie. „Warunkiem prawdziwości wypowiedzi jest *potencjalna* zgoda wszystkich (*Zustimmung aller*)”; „aby odróżnić wypowiedzi prawdziwe od fałszywych, biorę pod uwagę osąd innych”; „idealna sytuacja komunikacyjna odznacza się tym, że wszelki konsens, do którego dąży się na jej warunkach, może obowiązywać jako konsens prawdziwy *per se*”; z kolei „każdy faktyczny konsens można zakwestionować sprawdzając, czy stanowi on wystarczający wskaźnik rzeczywistego porozumienia”, czy też jest on fałszywy, ponieważ powstał pod wpływem „czynników zewnętrznych i kontyngentnych, albo presji obecnych w strukturze samej komunikacji”, J. Habermas, „Vorbereitende Bemerkungen...”, s. 136–137.

³⁰ J. Habermas, *Nachmetaphysisches Denken*, s. 81.

„Dźwignią codziennych kontaktów komunikacyjnych jest kontekst tkwiących u podłoża odmiennych założeń, tak więc zapotrzebowanie na komunikację powstaje przede wszystkim wtedy, kiedy poglądy i zamiary niezależnych w swoich sądach i decyzjach podmiotów muszą zostać uzgodnione. W każdym razie dopiero praktyczna konieczność skoordynowania planów działania jednoznacznie profiluje oczekiwanie uczestników komunikacji...”³¹.

Stąd dwa najważniejsze wyznaczniki działania komunikacyjnego to: (1) potrzeba wspólnego skoordynowania jakichś działań czy praktyk co do których zachodzi kooperacja między minimum dwoma podmiotami (aktantami, agentami, aktorami, od *act*, *action*); (2) nastawienie konsensualne uczestników, czyli dążenie do tego, by się zrozumieć i porozumieć najpierw co do tego, kto jest *czym* (lub *w czym*) zainteresowany w odniesieniu do jakichś praktyk. Na etapie działania komunikacyjnego nie chodzi jeszcze o to, kto żywi jaki interes i czy wyartykułowane interesy będą mogły stać się przedmiotem wspólnych rozstrzygnięć czy regulacji normatywnych w przyszłym dyskursie (nie każde działanie komunikacyjne musi do niego prowadzić). Decyzje te i rozstrzygnięcia powinny być zasadne (na poziomie argumentacji), ważne (na poziomie roszczeń) i akceptowalne (na poziomie konsensu) dla wszystkich, ale także – a nawet przede wszystkim – sprawiedliwe. Działanie komunikacyjne nie może być zatem nastawione na różnicowanie i konfliktowanie, ale na ‘społecznie integrujące’ porozumienie i zgodę już na poziomie komunikowanych znaczeń. W nastawieniu tym, jak podkreśla wielokrotnie Habermas, aktorzy (mówca i słuchacz) *implicite* zdają sobie sprawę z tego, że każdy z nich musi rościć pretensje do zrozumiałości i słuszności wypowiedzi, aby komunikacyjna interakcja mogła w ogóle zaistnieć, a jej uczestnicy mogli zmierzać ku wzajemnemu zrozumieniu i porozumieniu. Dzięki temu nastawieniu z czasem koordynacji i wzajemnemu przenikaniu mogą ulec także perspektywy poznawcze uczestników (w rozumieniu L. Kohlberga i jego ucznia R. Selmana³²), o tyle jednak, o ile uczestnicy wystarczająco poznali się w toku działania komunikacyjnego i dyskursu.

d) Działanie komunikacyjne na tle innych typów działania społecznego

³¹ J. Habermas, *Działanie komunikacyjne i detranscendentalizacja rozumu*, s. 69.

³² Zob. R. L. Selman, *The Growth of Interpersonal Understanding*. Academic Press, New York 1980.

Macierzą działania komunikacyjnego i możliwych dzięki niemu dyskursów pozostaje działanie społeczne. Habermas pojmuje działanie społeczne (za Kantem i Arendt – „przyczynowość wolności” opatrzonej świadomości i racjonalnie określonym celem) jako zdolne wytwarzać nie-przyrodnicze i niezastane w świecie, nowe stany rzeczy, a także jako zdolne zapanować nad jakimś stanem rzeczy (np. w przyrodzie lub rzeczywistości społecznej); a także zaspokojeniem potrzeby (potrzeb) które u człowieka przyjmuje formy kontrolowane świadomości, rozwiązaniem konfliktu (który u człowieka przyjmuje – a przynajmniej może przyjmować – formy odmienne niż atak i ucieczka, właściwe zwierzętom pozaludzkim), etc. Działanie ma z reguły pewną moc oddziaływania na coś poza sobą samym, jako byt lub stan zewnętrzny od niego, na który może ono oddziaływać kauzalnie, wywierając pewien skutek: wśród istot ludzkich skutek ten często nie jest przypadkowy i mimowolny, lecz zamierzony i określony. Zarówno określenie i zamierzenie skutku, jak i przedsięwzięcie środków, narzędzi, dróg i strategii do niego prowadzących jest wspomagane pomysłowością (dlatego zamiar to także zamysł), różnymi formami racjonalności (także techniczno-instrumentalnej i strategicznej, o czym będzie mowa poniżej). Te aspekty odsyłają ujmowanie praktyki społecznej do tradycji rozwiniętej przez Hegla i Marksa, przez pragmatyzm i prakseologię, wreszcie szereg koncepcji w naukach społecznych, które doprowadziły Habermasa do takiego oto wniosku, iż

„Pojęcia działania społecznego różnią się zaś między sobą w zależności od tego, jak w stosunku do celowo ukierunkowanych działań różnych uczestników interakcji ustawione zostaje owo **(1) koordynowanie**: jako zazębianie się egocentrycznych kalkulacji korzyści (przy czym stopień konfliktowości i kooperacji zmienia się w zależności od danej konstelacji interesów); jako społecznie integrująca zgoda co do wartości i norm, której regulatorem jest tradycja kulturowa oraz socjalizacja; jako konsensualna relacja między publicznością a aktorami (...); czy też właśnie jako **(2) dochodzenie do porozumienia w sensie kooperatywnego procesu interpretacji**”³³,

³³ J. Habermas, *Teoria działania komunikacyjnego*, t. I, s. 189 (wyróżnienia K. N.).

czyli intersubiektywnego uzgadniania jak mają być rozumiane znaczenia, a także innych form porozumienia między uczestnikami interakcji komunikacyjnej (i dalej także dyskursywnej). Jak zwraca uwagę A. M. Kaniowski,

„'W naturze' niejako działania społecznego leży ukierunkowanie na kwestie praktyczne – i to właśnie winny starać się odsłonić nauki społeczne: 'Działanie społeczne to przede wszystkim zapośredniczone przez tradycję zgranie w [ramach] potocznojęzykowej komunikacji, domagające się udzielania odpowiedzi na pytania praktyczne'. *Praxis* jedynie wówczas pokrywałaby się z działaniem instrumentalnym, gdyby życie społeczne redukowało się do systemów pracy społecznej i realizowania z udziałem przemocy własnych interesów. Tak oczywiście nie jest. Polemika z tą samoświadomością (...) [a także] krytyczna analiza różnorodnych koncepcji działania społecznego, podporządkowane są więc jednemu celowi nadrzędnemu: rehabilitacji racjonalności swoistej temu obszarowi i odmiennej od racjonalności instrumentalnej – racjonalności nazwanej później komunikacyjną”³⁴.

Jednym z kluczowych typów działania społecznego jest działanie strategiczne (nm. *strategisches Handeln*; ang. *strategic action*), zorientowane nie na porozumienie, ale na pozakomunikacyjną celowość i skuteczność (oraz z nimi związana racjonalność), ewentualnie na zapanowanie nad sytuacją (niekiedy także nad działaniem innych podmiotów, ich celami, interesami, strategiami – wówczas jego funkcja będzie koordynacyjna i także strategiczna, jeśli wzmacniającą poszczególne strategie poprzez wytwarzanie np. synergii). Habermas w opisie tego rodzaju działania wychodzi od pojęcia działania teleologicznego, które w ogóle posiada jakiś cel na który jest nakierowane (zorientowane), samo zaś stanowi drogę, środek, strategię służące osiągnięciu bądź realizacji owego celu. Celowość nadaje więc sens i zasadność praktyczną takiemu działaniu; odpowiada też na pytanie, po co podejmuje się działanie i dlaczego się je doskonali, aby stało się jak najbardziej efektywne i skuteczne w rozmaitych sferach życia ludzkiego i społecznego – zwłaszcza tam, gdzie działamy kooperatywnie – czyli współpracujemy – sprawczo. Takie działanie będzie więc współoddziaływaniem na rzecz jakiegoś społecznie znaczącego, czyli pożądanego celu:

³⁴ A. M. Kaniowski, Wstęp: „Rehabilitacja i transformacja filozofii praktycznej”, w: J. Habermas, *Teoria działania komunikacyjnego*, t. I, XXXVII.

„W centrum filozoficznej teorii działania znajduje się od czasów Arystotelesa pojęcie działania *teleologicznego*. Aktor urzeczywistnia cel bądź sprawia, że następuje pożądaný stan, dobierając i w odpowiedni sposób stosując w danej sytuacji środki obiecujące powodzenie. Pojęciem centralnym jest ukierunkowana na realizację celu, kierująca się maksymami oraz oparta na interpretacji sytuacji *decyzja* [dokonująca wyboru] między alternatywnymi działaniami. Kiedy w kalkulacji szans powodzenia działający może uwzględniać oczekiwanie decyzji przynajmniej jeszcze jednego celowo działającego aktora, to teleologiczny model działania ulega rozszerzeniu, dając w efekcie model działania *strategicznego*. Ten model działania interpretowany jest często utylitarystycznie; przyjmuje się wówczas, że wyboru oraz kalkulacji środków aktor dokonuje z punktu widzenia maksymalizacji pożytku bądź oczekiwań co do pożytku. Na tym modelu opierają się orientacje w ekonomii, socjologii i psychologii społecznej odwołujące się do teorii decyzji i do teorii gier“³⁵.

Utylitarystyczna interpretacja jest tu całkowicie na miejscu: strategiczne działania społeczne mają być użyteczne bądź pożyteczne społecznie, tzn. wieść do istotnych społecznie celów. Skoro tak, to znacząca jest nie tylko ich celowość ‘w ogóle’, ale przede wszystkim skuteczność działań pozwalających sprawnie i efektywnie osiągać bądź realizować cele (często wysoce złożone i wymagające kooperacji wielu ludzi) za sprawą działania. Wobec tego same działania *teleologiczne* – sposoby, techniki i strategie ich inicjowania, podejmowania i dokonywania – oceniać możemy „podług ich skuteczności”: to ona stanowi praktyczne kryterium ich wartości. Skuteczne praktyki nie mogą być chaotyczne, lecz wymagają koordynacji i regulacji. Stąd „reguły działania [celowego i strategicznego, – K.N.] ucieleśniają wiedzę użyteczną *technicznie* i *strategicznie*, którą można poddawać krytyce podług roszczeń do prawdziwości oraz korygować przez sprzęgnięcie ze wzrostem wiedzy teoretyczno-empirycznej. Wiedza ta gromadzona jest w formie technologii i strategii“³⁶, nieustannie rozwijanych (także na poziomie koordynacji, regulacji, sprawnego stosowania przez użytkowników) właśnie po to, by efektywniej osiągać i realizować coraz bardziej złożone i nowe cele społeczne. Możemy wyróżnić też cele strategiczne, jednak nie wszystkie cele są w tym samym stopniu strategiczne dla danego społeczeństwa w danym czasie

³⁵ J. Habermas, *Teoria działania komunikacyjnego*, t. I, s. 159–160.

³⁶ Tamże, s. 548.

(porządek i hierarchia celów są przedmiotem odrębnych preferencji, ustaleń i strategii). Wiedza i koordynacja działań celowych i strategicznych jest zasadniczo głównym przedmiotem interakcji komunikacyjnej. To ostatnie odnosi się więc z natury rzeczy do działania strategicznego. W tym miejscu należy podkreślić za autorem *Teorii działania komunikacyjnego*, iż aby zaklasyfikować działanie do kategorii działania strategicznego, niezbędny jest w nim współdział co najmniej dwóch podmiotów, które muszą ponadto ‘podzielać’ świat obiektywny, w nim bowiem ma być skoordynowane ich współdziałanie (współpraca) o charakterze celowym bądź strategicznym. Chodzi tu o ontologiczne założenie *jednego świata*:

„Z uwagi na założenia ontologiczne możemy sklasyfikować działanie *teleologiczne* jako pojęcie zakładające *jeden* świat, a mianowicie świat obiektywny. To samo odnosi się do pojęcia działania *strategicznego*. Przyjmujemy przy tym w punkcie wyjścia [istnienie] przynajmniej dwu działających w sposób ukierunkowany na cel podmiotów, które urzeczywistniają swe cele uwzględniając decyzje innych aktorów i wpływając na [ich] decyzje“³⁷.

Nadto, jeżeli opisujemy dane zachowanie bądź działanie „jako działanie teleologiczne, to przyjmujemy, że działający czyni określone założenia ontologiczne, że przewiduje [istnienie] świata obiektywnego, w którym może coś rozpoznać oraz w który może celowo ingerować“³⁸ i dotyczy to każdego z uczestników interakcji komunikacyjnej, której przedmiotem jest współpraca (kooperacja) minimum dwóch podmiotów działania celowego (a zarazem strategicznego). Stąd formalna odpowiedniość między działaniem strategicznym mającym minimum dwa podmioty (jak wskazano powyżej) a interakcją komunikacyjną pomiędzy tymi samymi podmiotami, zainteresowanymi porozumieniem się co do tego, jak skoordynować bądź uregulować ich celową i strategiczną praktykę.

³⁷ Tamże, s. 165.

³⁸ Tamże, s. 216.

Habermas charakteryzuje działanie strategiczne jako odrębne, ale nie przeciwstawne orientacji właściwej działaniu komunikacyjnemu³⁹, gdyż to ostatnie ma za zadanie tamte skuteczne i celowe strategie wspomagać w taki sposób, by umożliwiać koordynację i kooperację społeczną co do praktyk, ale przy tym niwelować stosunki panowania, władzy i posłuszeństwa między ludźmi, oparte na przemocy, uprzedmiotowieniu, manipulacji, wyzysku i niesprawiedliwości. Działanie strategiczne jest z natury rzeczy pragmatycznie nastawione na skuteczność i osiągnięcie celu, zamiast na porozumienie. Jeśli jest wystarczająco skuteczne, może nie potrzebować 'koordynacji planu' z planami innych ludzi w porozumieniu z nimi, ale może też dążyć do ominięcia lub instrumentalizacji porozumień, by tym łatwiej cel swój osiągnąć. Działanie strategiczne polega na zasadzie przyczynowo-skutkowej (jako mające się przyczyniać do skutku), w zamierzeniu ma się bowiem przyczyniać do czegoś i wywierać skutek, oddziaływać na rzeczywistość i ją zmieniać. Jednak nie tylko skuteczność, lecz także planowanie (w sensie pragmatyczno-prakseologicznym) znamionuje racjonalność ludzkiego działania:

„Działanie można podejmować jako realizację planu opierającego się na rozumieniu sytuacji. Podmiot realizując plan działania czyni wysiłki, by sprostać sytuacji. Sytuacja działania stanowi wycinek interpretowanego przez aktora otoczenia. Wycinek ten konstytuuje się w świetle możliwości działania postrzeganych przez podmiot jako ważne dla spełnienia jego planu”⁴⁰.

Habermas pisze też o kooperatywnym działaniu strategicznym odpowiadającym efektywnej kooperacji, gdy „wzajemne zazębianie się egocentrycznych kalkulacji daje w efekcie wzór interakcji [typu strategicznego]”⁴¹, realizowanego przykładowo na rzecz grupy interesów, których to interesów nie poddano uprzednio powszechnemu zrozumieniu, akceptacji, a dalej –

³⁹ Chodzi więc o dystynktywne różnice definicyjne między tymi działaniami, a nie o dyskredytowanie jednego działania przez drugie: ludzkie praktyki chcą i mają prawo być skuteczne, a nawet instrumentalne; to zaś wymaga racjonalnego planu, strategii, a często właśnie koordynacji – zwłaszcza przy realizacji podstawowych interesów grupowych: także ekonomicznych (np. praca dająca środki utrzymania się przy życiu; zdrowie jako wartość podstawowa). Oba typy działania są traktowane jako różne i niepowiązane z punktu widzenia idealnej wspólnoty komunikacyjnej; jednak w realnej i 'osadzonej' wspólnocie komunikacyjnej nie sposób ich sterylnie rozdzielić; i podobnie też „nie sposób oddzielić (*nicht mehr... zu trennen sind*) racjonalności *konsensualno-komunikacyjnej* i racjonalności *strategicznej*”, K.-O. Apel, *Diskurs und Verantwortung*. Suhrkamp, Frankfurt am Main 1990, s. 13. Próby sterylnego rozdziału to tylko wyraz „*kontrfaktycznie antycypowanej*”, idealno-utopijnej (*des Utopischen*) wspólnoty komunikacyjnej, tamże, s. 101. Tymczasem w świecie życia i życiu jedno jest nierozzerwalnie powiązane z drugim.

⁴⁰ J. Habermas, „Pojęcie działania komunikacyjnego”, tł. A. M. Kaniowski, *Kultura i Społeczeństwo*, t. XXX, 1986, nr 3, s. 21.

⁴¹ Tamże, s. 25.

na poziomie dyskursu – uogólnieniu i uniwersalizacji ich roszczeń do ważności i słuszności np. z punktu widzenia korzyści ogólnospołecznej. Działanie strategiczne jest często zindywidualizowane i zatowarzyszone⁴²; jako takie może rodzić konflikty praktyczne. Jeśli zaś ma być kooperatywne i w tym sensie uspołecznione, to musi zakładać racjonalnie uporządkowaną, a najlepiej: uregulowaną interakcję. „Wzory interakcji wykształcają się jedynie wtedy, gdy sekwencje działania, w których udział mają różne podmioty, nie zrywają się w sposób przypadkowy, lecz są koordynowane wedle reguł”⁴³, reguły zaś zakładają uprzednio uzgodnioną (a nawet ujednoliconą) intersubiektywnie dzięki interakcji komunikacyjnej znajomość do praktyk (sekwencji i kombinacji praktyk) wymagających od uczestników koordynacji. Praktyki te toczą się w „świecie życia” (albo wydzielonych i wygospodarowanych, specyficznie zorganizowanych, ustrukturyzowanych, wreszcie uregulowanych czy unormowanych światach życia), którym uczestnicy sytuacji komunikacyjnej są zainteresowani w tym sensie, że w nim działają lub na niego oddziałują. Działanie i współdziałanie komunikacyjne nie jest więc celem samym w sobie, sztuką dla sztuki, lecz narzędziem – a także medium, nośnikiem, *vehiculum* – służącym usprawnieniu tamtych (celowych i zakładających jakąś strategię skutecznej realizacji celów: zatem strategicznych) praktyk społecznych. Niekiedy samo ustalenie, co o nim ‘wiadomo’ i jak się zachować lub działać wymaga mniej rozbudowanej i złożonej, a innym razem – bardziej złożonej interakcji komunikacyjnej. Ustalona wiedza „konstytuuje porozumienie, przy czym porozumienie warunkowanie jest intersubiektywnym uznaniem, dających się krytykować, roszczeń do ważności. Porozumienie oznacza, że uczestnicy uznają pewną wiedzę za ważną, to znaczy za intersubiektywnie obowiązującą. Wspólna wiedza może przejmować funkcje koordynowania działania tylko o tyle, o ile zawiera składniki bądź przesłanki o ważnych konsekwencjach dla interakcji”⁴⁴. Również ewentualne porozumienie co do potrzebnych społecznie, przyszłych reguł praktycznych zakłada najpierw osiągnięcie porozumienia co do wiedzy o kontekście zastosowania owych reguł: zwłaszcza o działaniach i praktykach, które nie dają się skoordynować, rodzą spory, konflikty, bezradność, wykluczenie i inne negatywne społecznie zjawiska. Gdy koordynacja nie jest możliwa lub utrudniona, potrzebne są nowe lub lepsze reguły (normy); nie doraźne i indywidualne, lecz trwale regulujące dany rodzaj praktyki lub praktyk, a więc ogólne. Już samo „pojęcie kierowania się normami oznacza uogólnione oczekiwanie co do zachowań. Oczekiwanie co do zachowań (...) ma sens

⁴² Nm. „der atomistische Begriff des strategischen Handelns”, J. Habermas, *Nachmetaphysisches Denken*, s. 82.

⁴³ J. Habermas, „Pojęcie działania komunikacyjnego”, s. 21.

⁴⁴ Tamże, s. 23.

normatywny, czyli zakłada, że członkowie grupy uprawnieni są do oczekiwania pewnego zachowania”⁴⁵ i z tym oczekiwaniem przystępują do komunikacyjno-dyskursywnego procesu porozumienia co do potrzebnych reguł.

Opisane formy działania strategicznego istotnie różnią się od działania komunikacyjnego i jego celowości. Jednak formy kooperatywne wymagają uprzedniego ‘zadziałania’ komunikacyjnego, interakcji komunikacyjno-dyskursywnej, by wyłonić czy to reguły praktyczne (jak współdziałać celowo-strategicznie), czy to normy praktyczne (jak powinno się działać i współdziałać w kategoriach sprawiedliwości i słuszności). Porozumienie z innymi – także co do odniesienia „obiektywnego” i przedmiotowego dla wypowiedzi aktorów interakcji – można osiągać tylko razem z innymi mającymi ten sam interes/zainteresowanie, rozumiejąc go i uzgadniając obopólnie.

„Rozróżniam między działaniem komunikacyjnym i strategicznym. Podczas, gdy w działaniu strategicznym jeden stara się *wpłynąć* na drugiego empirycznie (*empirisch*), grożąc sankcjami bądź obiecując gratyfikację, a ponadto, *sterując* w ten sposób dalszą interakcją podług swej woli, w działaniu komunikacyjnym jeden stara się skłonić drugiego do działania docelowo *racjonalnie* – czyli za sprawą słownego aktu illokucyjnego, który polega na zobowiązaniu”⁴⁶,

albo też zobowiązaniach jako normatywnych drogach wpływania na praktyki (regulację praktyk). Ponadto, ‘sterujący’ zyskuje jednostronną kontrolę, przewagę, panowanie nad sytuacją komunikacyjną i jej uczestnikami osłabiając ich, a to z punktu widzenia równoprawności uczestnictwa sytuacja niedopuszczalna. „Pojęcie działania komunikacyjnego zmusza do tego, by podmioty uważać także za mówiących i słuchających, którzy odnoszą się do czegoś w świecie obiektywnym, w świecie społecznym i w świecie subiektywnym, i podnoszą przy tym wzajemne roszczenia do ważności, które mogą być uznane lub kwestionowane”⁴⁷.

Osobną odmianą działania społecznego powiązanego z komunikacyjnym jest działanie dramaturgiczne.

⁴⁵ Tamże, s. 27.

⁴⁶ J. Habermas, *Moralbewußtsein und kommunikatives Handeln*, s. 68.

⁴⁷ J. Habermas, „Pojęcie działania komunikacyjnego...”, s. 32.

„Pojęcie działania *dramaturgicznego* nie odnosi się zasadniczo ani do pojedynczego aktora, ani do członka grupy społecznej, lecz do uczestników interakcji stanowiących dla siebie nawzajem publiczność, której się prezentują. Aktor wywołuje u swej publiczności określony obraz, wrażenie co do siebie, w sposób zamierzony odsłaniając mniej lub bardziej swą podmiotowość”⁴⁸.

W ramach działania *dramaturgicznego* aktor całościowo (zatem nie tylko werbalnie) przedstawia się lub inaczej: prezentuje ‘siebie’, dokonując autoekspresji. Odsłania i ujawnia wewnętrzny (także emocjonalny) stan ducha, w tym zainteresowania („w czymś”); zapatrywania („na coś”); przekonania aksjologiczne (w formie „zdań ewaluatywnych”), a także prezentuje zdania i oceny co do odnośnych kontekstów życia i działań, które mają być tematem sytuacji komunikacyjnej. W tym (by tak rzec) *monodramie* ekspresyjność może przyjąć rozmaite, także pozawerbalne formy estetyczne; stąd podkreśla Habermas rolę estetyzacji działania *dramaturgicznego*. Zasadniczo wszyscy uczestnicy sytuacji komunikacyjnych uosabiają naprzemiennie obie role, tj. aktora i publiczności – ale jest to publiczność doświadczająca impresji w odpowiedzi na ekspresję, współrozumiejąca, a nie bierny ‘widz’. Odsłaniane przez aktora elementy jego podmiotowej perspektywy czy wręcz podmiotowości wywołują określony odbiór: chodzi o ułatwienie spotkania w pół drogi, by podjąć dialog. Niekiedy – zwłaszcza w życiu codziennym, już dostatecznie uregulowanym – do werbalnego dialogu nie dochodzi, za to interakcja wyczerpuje się z powodzeniem (skutecznie) w grze ekspresji i impresji, rozumianych bez słów lub niemal bez słów – refleksyjnie bądź intuicyjnie. Ludzie zaś potrafią sprawnie skoordynować swe aktualne działania albo plany i strategie działań już tylko na tej podstawie, że zdali sobie sprawę, ‘o co chodzi’ innym podmiotom działania spotkanym w poprzek różnych światów życia lub spotykanych w rozmaitych kontekstach społecznych szerszych niż czyjś specyficzny, być może wąski świat życia.

Każdy włączony w komunikację na poziomie działania *dramaturgicznego* może przy tym samodzielnie „kontrolować dostęp do sfery swych własnych zamiarów, myśli, nastawień, życzeń, uczuć itd., do której tylko on ma dostęp uprzywilejowany”⁴⁹, pozostali zaś – otoczenie lub uczestnicy jakiejś publicznej czy intersubiektywnej sytuacji – w zakresie, na jaki on pozwala, nie odsłaniają się przecież wszem i wobec ‘w całości’. Samokontrola

⁴⁸ J. Habermas, *Teoria działania komunikacyjnego*, t. I, s. 161.

⁴⁹ Tamże, s. 161.

nastawionej na „siebie” autoprezentacji ma również to do siebie, że dana osoba nie pozwala sobie na całkowicie spontaniczne, przygodne ekspresje i manifestacje ‘siebie’, gdyby miało to zakłócić i zniweczyć już skoordynowane a wysoce przy tym istotne interakcje i działania społeczne. Estetyczna stylizacja, harmonizacja, konwencjonalizacja mogą wydatnie podnieść spójność i wyrazistość ekspresji i wpisanego w nią przekazu i sensu; i w ten sposób wspomóc działanie komunikacyjne, nieograniczone przecież do czysto językowych aktów. Przy okazji, estetyczne i fenomenologiczne formy działania komunikacyjnego odsyłają do jawnego, otwartego, międzyludzkiego, mniej lub bardziej publicznego funkcjonowania ucieleśnionego rozumu komunikacyjnego. Jest to inny modus rozumu w porównaniu z rozumem ukrytym „w głębi ducha” subiektywnego, interioryzującym intersubiektywność (jak u Kanta), albo w porównaniu z abstrakcyjnym i bezosobowym rozumem Heglowskim. Estetyczno-ekspresyjną i fenomenologiczno-zjawiskową postać przyjmuje więc obecność aktora jako istoty nie „czysto” racjonalnej, ale także zmysłowej i dlatego współobecnej dla innych⁵⁰ – wreszcie jako postrzeganej przez nich (gr. *aisthesis* oznacza postrzeganie i doznawanie zmysłowe, i na tej podstawie – rozumienie i poznawanie) i zauważalnej (łac. *attractio* oznacza przyciąganie uwagi i zainteresowania). Charakterystyczne w *Teorii działania komunikacyjnego* jest to, że nie rekomenduje ona „zachowania spontanicznie manifestującego ekspresje, lecz stylizowanie z uwagi na widza ekspresji własnych przeżyć”⁵¹. Z drugiej strony, estetyzacja działania komunikacyjnego ustępuje z czasem miejsca „ekspresjom ewaluatywnym”, które są „dopełnieniem” konstatywów, razem z nimi tworząc „praktykę komunikacyjną, która mając za podłoże i tło świat życia, jest nastawiona na osiąganie, utrzymywanie i odnawianie konsensu, i to **konsensu**, który opiera się na **intersubiektywnym uznawaniu** poddawalnych krytyce roszczeń ważnościowych”⁵².

Według Karoliny Cern działanie nośne dla sytuacji komunikacyjnej będzie obejmować trojaki rodzaj działania: teleologiczne (nakierowane na prawdę), dramaturgiczne (nakierowany na szczerść i piękno) oraz normatywne (nakierowany na słuszność)⁵³. Drugi

⁵⁰ Tamże, s. 161.

⁵¹ Tamże, s. 162; co jednak mogłoby utrudniać odbiór tego, co autentyczne w medycynie, gdyby np. diagnostyka wyczerpywała się w dramaturgicznej autoprezentacji; jednak właśnie w kontekście komunikacji medycznej z udziałem wszystkich partnerów do głosu często dochodzi autoprezentacja i ekspresja pozawerbalna, i na tej podstawie koordynacja działań teleologiczno-strategicznych: np. gdy pacjent widzi lekarza w profesjonalnym ubiorze (uniformie lub z jego rozpoznawalnymi atrybutami), uzbrojonego np. w stetoskop, to już ‘wie’, jak skoordynować z nim własne zachowanie i jaki jest przynajmniej doraźny cel przykładowo tu podjętej czynności zbadania go przez lekarza. Lekarz dokonał bowiem ‘dramaturgicznej’ autoprezentacji, co adekwatnie zrozumiał pacjent.

⁵² J. Habermas, *Teoria działania komunikacyjnego*, t. I, s. 45.

⁵³ K. M. Cern, *The Counterfactual Yardstick. Normativity, Self-Constitutionalisation and the Public Sphere*. Peter Lang Edition, Frankfurt am Main 2014, s. 153.

rodzaj stanowi odpowiedź aktora na okoliczność, że zachowanie komunikacyjne to rodzaj *performance'u* odbieranego przez innych rozumiejąco. Zatem im bogatsza, a jednocześnie spójna w swoim wyrazie i oddziaływaniu na innych jest ekspresja, tym bardziej ułatwi ona zrozumienie innych, a więc właściwą interakcję komunikacyjną i wreszcie koordynację praktyk, którymi zainteresowani są uczestnicy interakcji. „Specyficzna dynamika komunikacyjnego rozumienia”⁵⁴ kładzie nacisk na dramaturgię, ta zaś pozwala bez większego wysiłku docierać uczestnikom komunikacji do siebie nawzajem w poprzek barier, różnic czy antagonizmów, a zarazem nie ogołocić wzajemnego zrozumienia z „jakże ludzkiego doświadczenia pluralizmu”⁵⁵. W tej części Habermasowskie ujęcie działania komunikacyjnego zdradza związki z symbolicznym interakcjonizmem. Uzmysławia to jeszcze bardziej miejsce działania komunikacyjnego pośród innych ludzko-społecznych praktyk i interakcji: działanie komunikacyjne ma bowiem wszystkie te społecznie relewantne praktyki i interakcje *koordynować*. Ma to czynić albo 1) bezpośrednio, wręcz z pominięciem języka i mowy, albo 2) z użyciem wspomagany innymi dostępnymi ludzimi środkami ekspresji i dramaturgii, albo 3) z zapośredniczeniem w interpretacji, rozumieniu i uzgadnianiu znaczeń i sensów.

Ponadto, działania dramaturgiczne nie są czysto intersubiektywnymi interakcjami: są zawsze odniesione do kontekstu „świata życia” („światów życia”) i jakiejś pozakomunikacyjnej, obiektywnej rzeczywistości (realiów), do której referencję zachowuje interakcja komunikacyjna pomiędzy jej uczestnikami (zob.: rozważania poświęcone usytuowaniu i ukontekstowaniu w dalszej części tego rozdziału), którzy w tamtych realiach współpracują celowo i strategicznie, a tutaj – w sytuacji komunikacyjnej – starają się swoją współpracę skoordynować. Takimi dramaturgicznymi działaniami, jako pełnoprawną podklasą działań komunikacyjnych, „nazywam – powiada Habermas – tylko te ekspresje symboliczne [oprócz językowych, – K.N.], za pomocą których aktor (...) odnosi się do przynajmniej jednego świata (ale zawsze *też* i do świata obiektywnego). Odróżniam od tego *jego ruchy ciała oraz operacje*, które *wykonywane* są wraz z działaniami i jedynie *wtórnie* mogą nabrać samodzielności właściwej działaniom”⁵⁶. Owe „ruchy” mówią i czynią zaś więcej w porównaniu z językowo-werbalną komunikacją. Przykładami semantycznie (ekspresja znaczenia i sensu) „relewantnych ruchów ciała w wypadku działającego podmiotu

⁵⁴ Tamże, s. 155.

⁵⁵ Tamże, por. S. Benhabib, „Critique, Norm and Utopia. A Study of the Formulation of Critical Theory”, w: D. M. Rasmussen (Ed.), *Handbook of Critical Theory*. Blackwell Publishers, Oxford – Cambridge, Mass. 1996, s. 244.

⁵⁶ J. Habermas, *Teoria działania komunikacyjnego*, t. I, s. 181.

jest wyprostowanie ciała, rozczapierzanie palców, podkurczanie nogi, itd.”, a przykładami kauzalnie (oddziaływanie przyczynowe na świat) „relevantnych ruchów ciała są ruchy krtanią, językiem, wargami itd. podczas wydawania fonetycznych dźwięków; kiwanie głową, wzruszanie ramionami, poruszanie palcami w grze na fortepianie; ruchy ręką przy pisaniu, rysowaniu itd.”⁵⁷. Ruchy mogą być wreszcie „współwykonywane”⁵⁸, koordynowane i synchronizowane wspólnie, przy złożonych praktykach społecznych, np. ekspresji chóralnej. Reguły takiej komunikacji wkraczają bowiem także na teren ucieleśnionej komunikacji i zmysłowych odniesień do świata (jako realności i jako świata życia). Zatem „działanie komunikacyjne nie wyczerpuje się w interpretacyjnie realizowanym *akcie dochodzenia do porozumienia*”⁵⁹.

e) Działanie komunikacyjne a „komunikowanie się” w sensie potocznym

Habermas wyraźnie podkreśla, że działanie komunikacyjne jest niesprowadzalne do standardowego komunikowania się i zwłaszcza jednokierunkowego przekazywania informacji przez nadawcę do odbiorcy lub odbiorców, w której zachodzi silna lub nawet słaba asymetria, a odpowiedź stanowi lakoniczny komunikat zwrotny, nie ma jej w ogóle, nie jest oczekiwana, itd.

“Aby zapobiec nieporozumieniom, pragnę powtórzyć, że komunikacyjny model działania nie utożsamia działania z komunikowaniem się. Język jest bowiem medium komunikacyjnym służącym dochodzeniu do porozumienia, gdy tymczasem aktorzy – gdy porozumiewają się ze sobą w celu koordynowania swych działań – zawsze zmierzają do realizacji określonych celów [pozakomunikacyjnych, – uzup. K.N.]. O tyle też teleologiczna struktura ma znaczenie fundamentalne dla *wszystkich* pojęć działania”⁶⁰,

Dlatego w interakcji komunikacyjnej nie tylko wyrabiane będą intersubiektywne „mniemania na temat istniejących stanów rzeczy”, ale będą też przejawiane „*zamiary* w celu

⁵⁷ Tamże, s. 182.

⁵⁸ Tamże, s. 183.

⁵⁹ Tamże, s. 190.

⁶⁰ Tamże, s. 189.

spowodowania zaistnienia pożądanego stanu rzeczy”⁶¹, zwłaszcza w koordynacji z innymi działaniami (celowymi, strategicznymi) i w kooperacji z innymi podmiotami. Inne koncepcje komunikacji i porozumiewania się nie uwzględniały specyfiki obopólnego, dialogicznego zrozumienia i uwspólnienia znaczeń i sensów przekazywanych sobie nawzajem (komunikowanych) przez partnerów jako zróżnicowane podmioty. Dzięki temu dwa podmioty o różnych stanach umysłu mają szansę zmienić pozycję: ze stania naprzeciw siebie (i potencjalnej lub aktualnej przeciwności) mogą spotkać się w jednorodnym horyzoncie z odniesieniem przedmiotowym (obiektywnym), które rozumieją i oceniają jednolicie. Mogą połączyć i skoordynować szereg działań w dowolnym, dla obu (lub większej liczby) partnerów zdefiniowanym i czytelnym interesie: np. w interesie zdrowotnym pacjenta, wokół którego najpierw komunikacyjnie, a dalej – strategicznie i instrumentalnie (sztuka lecznicza jako *techné*) współpracować mogą lekarz, opiekun medyczny, pacjent, itd.

f) Założenie o racjonalności podmiotów działania komunikacyjnego

Do podjęcia działania komunikacyjnego konieczne jest przyjęcie założenia o racjonalności (na elementarnym poziomie: także poczytalności) uczestnika działań komunikacyjnych. Oznacza to między innymi, że działający podmiot jest w stanie w wymagających tego okolicznościach podać mniej lub bardziej przekonujące dowody lub racje (argumenty), dla których zachował się albo wyraził tak, a nie inaczej⁶².

„W kontekstach komunikacyjnych nazywamy racjonalnym nie tylko tego, kto wysuwa stwierdzenie i może je przed krytykami uzasadnić, wskazując na odpowiednie dane oczywiste (*Evidenzen*). Racjonalnym nazywamy również kogoś, kto postępuje zgodnie z istniejącą normą i przed krytykami może usprawiedliwić (*rechtfertigen*) swoje działanie, objaśniając daną sytuację (...) Racjonalnym nazywamy nawet tego, kto szczerze manifestuje swe życzenie, uczucie czy nastrój, wyjawia tajemnicę, przyznaje się do czynu itp., a następnie potrafi upewnić krytyka co do odsłanianego w ten sposób przeżycia,

⁶¹ Tamże, s. 163.

⁶² J. Habermas, *Działanie komunikacyjne i detranscendentalizacja rozumu*, s. 20–21. „Niezrozumiałe i osobliwe, dziwaczne i zagadkowe wypowiedzi prowokują dociekliwe pytania i wywołują irytację dlatego, że implikują bezzasadność nieuchronnego w działaniu komunikacyjnym założenia”, tamże, s. 20–21. „Za Kantem przez istoty rozumne rozumiemy osoby działające z dobrze uzasadnionych pobudek”, tamże, s. 24.

wyciągając z tego praktyczne konsekwencje oraz w następstwie zachowując się w sposób spójny”⁶³.

Chodzi tu o racjonalność rozumianą jako atrybut, a także praktyczną zdolność (dyspozycję lub kompetencję) umysłową podmiotu, która umożliwia podjęcie do interakcji dyskursywnej, najpierw zaś poprawne logicznie rozumowanie i wnioskowanie.

„Ponadto, w wypadku interpretacji racjonalnej wykorzystujemy zdolność wydawania osądu (*Beurteilungskompetenz*), od którego aktor sam nie może złożyć odwołania. Musimy mianowicie przypisać sobie zdolność do tego, aby ekspresję artykułującą stany wewnętrzne, którą sam aktor opatruje roszczeniem do szczerości, na podstawie pewnych wskaźników krytykować jako autoiluzję, przy czym [zwłaszcza, – K.N.] w granicach dramaturgicznego modelu działania aktor nie ma możliwości przeciwstawienia się naszym racjonalnym interpretacjom”⁶⁴.

Wszelako, spektrum działania komunikacyjne nie musi wyczerpywać się w działaniu dramaturgicznym. To ostatnie jest jednym z wielu mediów tego pierwszego jako dynamicznego zestroju rozmaitych swoich aspektów. Jak pisze Andrzej M. Kaniowski,

„Spośród różnych odpowiedzi, jakich można w ramach Habermasowskiego przedsięwzięcia udzielić na pytanie, dlaczego teoria społeczna pomyślana jest jako teoria racjonalności, a teoria racjonalności jako teoria społeczeństwa, jedna wydaje się najprostsza i najbardziej oczywista: Jeśli świat współczesny, w którym żyjemy, jest ukształtowany w wyniku tego, co Weber nazwał „odczarowaniem świata zachodniego”, to nie pojmujemy tego świata bez teorii racjonalności będącej zarazem teorią społeczeństwa”⁶⁵.

⁶³ J. Habermas, *Teoria działania komunikacyjnego*, t. I, s. 42.

⁶⁴ Tamże, s. 218.

⁶⁵ A. M. Kaniowski, Wstęp: „Rehabilitacja i transformacja filozofii praktycznej...”, LXXXIII.

g) Kompetencja komunikacyjna

Do podjęcia działania i zwłaszcza interakcji komunikacyjnej, a następnie dyskursu, niezbędne są odpowiednie kompetencje, które mogą się rozwijać dzięki dobrej jakości procesom socjalizacyjnym i edukacyjnym. Bez stosownego rozwoju trudno o kompetencję umożliwiającą działanie komunikacyjne i udział w dyskursach. Kompetencja komunikacyjno-dyskursywna (*kommunikative; kommunikativ-diskursive Kompetenz*) zakłada podstawową kompetencję językową i semantyczną w rozumieniu Chomsky'ego. Dzięki wysokiej kompetencji komunikacyjnej (*kraft kommunikativer Kompetenz*) możliwe jest „panowanie idealnego użytkownika języka nad powszechnikami kostytutywnymi dla dialogu, bez względu na aktualne ograniczenia wpływające z warunków empirycznych”⁶⁶, jednakże pod względem kompetencyjnym i jakościowym komunikacja rzeczywista może w najlepszym razie „antycypować” kompetencję idealną.

Habermas rekomenduje szereg umiejętności, w jakie powinien być wyposażony aktor idealny właśnie, w tym opanowanie ‘reguł gry’, które pozwalają prawidłowo praktykować działania komunikacyjne, a w dalszej kolejności – stosować się uczestnikom praktycznego dyskursu argumentacyjnego do reguł i procedur właściwych temu ostatniemu. Reguły dowodzą racjonalności działania komunikacyjnego, a ich przestrzeganie świadczy o racjonalności aktorów, jednak racjonalność interakcji komunikacyjnej ma przede wszystkim gwarantować jej efektywność: a więc (1) jak najsprawniejszą koordynację działań i (2) właściwe obopólne zrozumienie się przez uczestników (łącznie z ekspresją i autoprezentacją każdego). W toku komunikacyjnej interakcji może się okazać, że aktorzy niespełniający warunku „pragmatycznie zakładanej poczytalności” w zakresie prawidłowego (często przy tym intuicyjnego) stosowania się do standardów komunikacyjnych – albo np. nie rozumiejący, jakimi normami kierują się ludzie w swoim działaniu, którym mamy oto skoordynować nasze własne działanie – nie będą w stanie uczestniczyć w grze. Jednak wymóg racjonalności nie dominuje w rzeczywistym doświadczeniu komunikacyjnym⁶⁷. Działanie to ma bowiem wiele aspektów, w tym ekspresyjny i polegający na autoprezentacji (zob. niżej w tym samym rozdziale), gdzie jakieś jednolicie i pełni unormowane zachowanie

⁶⁶ A. Szahaj, *Krytyka, emancypacja, dialog. Jürgen Habermas w poszukiwaniu nowego paradygmatu teorii krytycznej*. Wydawnictwo Kolegium Otryckie, Warszawa 1990, s. 96; J. Habermas, „Vorbereitende Bemerkungen...”, s. 140.

⁶⁷ J. Habermas, *Działanie komunikacyjne i detranscendentalizacja rozumu*, s. 27.

aktorów nie jest ani konieczne, ani nawet możliwe, wiązałoby się bowiem z tłumieniem indywidualności i różnicowania wśród aktorów, a nawet z opresyjnością.

Przede wszystkim nie zawsze będzie możliwa identyfikacja deficytów kompetencyjnych aktora w kontekście działania komunikacyjnego. Ocena takich deficytów wymagałaby stosowania jakiegoś wykazu kryteriów, co jedynie deprimowałoby potencjalnych uczestników. Obowiązuje tutaj tylko niepisany wymóg, aby podejmujący interakcję aktorzy kierowali regułami w sposób intuicyjny: aby to było możliwe, reguły te muszą być niejako zrozumiałe same przez się, niekontrowersyjne, a więc budzące niewymuszoną aprobatę.

O *kompetencji komunikacyjnej* explicite jako odmiennej od kompetencji językowej (*linguistische Kompetenz, Sprachkompetenz*) Habermas pisał oddzielnie w „Towards a Theory of Communicative Competence” (1970) i „Vorbereitende Bemerkungen zu einer Theorie der kommunikativen Kompetenz” (1971), gdzie zdefiniował zadanie „pragmatyki uniwersalnej jako teorii kompetencji komunikacyjnej”. Zadanie to widział „w rekonstrukcji systemu reguł, podług którego kompetentni komunikacyjnie aktorzy (*kommunikativ kompetente Sprecher*) z twierdzeń budują wypowiedzi, a wypowiedzi przekształcają w inne wypowiedzi”⁶⁸. Ale definicja kompetencji komunikacyjnej rozwija się u Habermasa w miarę rozbudowy działania komunikacyjnego do interakcji i w miarę poszerzania interakcji o pozawerbalne współrozumienie i koordynację rozmaitych działań pomiędzy minimum dwoma aktorami. I tu nie wystarczy pragmatyczno-performatywna kompetencja komunikacyjna, ponieważ „pragmatyczny wymiar sprawności językowej to element zdolności monologicznej”⁶⁹, wpływającej na kognicję lub motywację.

„Dla odmiany”, udział w „sytuacji komunikacyjnej i dyskursie w sposób konieczny wymaga, by mówca dysponował nie tylko kompetencją językową, lecz także podstawowymi kwalifikacjami w zakresie komunikacji i interakcji symbolicznej (zachowań podyktowanych rolą społeczną). Te kwalifikacje możemy nazwać kompetencją komunikacyjną. Zatem kompetencja komunikacyjna oznacza umiejętność poradzenia sobie z idealną sytuacją komunikacyjną (*an ideal speech situation*)”⁷⁰ (bądź koordynacją działań społecznych) realizowaną w praktyce przez aktorów. Jeśli aktor ma sobie radzić w każdą sytuacją komunikacyjną (nie tylko sytuacją doraźną i przypadkową), to „jego kompetencja ma być

⁶⁸ J. Habermas, „Vorbereitende Bemerkungen...”, s. 107.

⁶⁹ J. Habermas, „Towards a Theory of Communicative Competence”, *Inquiry* 1970, Vol. 13(1/4), s. 362.

⁷⁰ Tamże, s. 367.

wystarczająca do udziału we wszelkich sytuacjach potencjalnej komunikacji. Teorię kompetencji komunikacyjnej można więc rozwijać w kategoriach pragmatyki, ale uniwersalnej”⁷¹. Ponadto, „we wszystkich aktach komunikacyjnych podmioty nieuchronnie wyrażają swoje własne ja (*their own selves*) w aktach mowy, a jednocześnie komunikują się ze sobą na jakiś temat natury propozycyjalnej. Zakłada to rozróżnienie pomiędzy komunikacją na temat przedmiotów a meta-komunikacją na poziomie międzypodmiotowości”⁷².

W obrębie kompetencji komunikacyjnej poszerzonej o rozumienie i koordynację działań pozawerbalnych, symbolicznych, wpisujących się w role społeczne, mieścić się będzie szereg poszczególnych umiejętności, w tym zwłaszcza umiejętności niezbędne w (1) *rozumieniu* i *interpretacji* znaczenia i sensu rozmaitych zachowań i działań ludzko-społecznych; (2) takie, które umożliwiają *ocenę i osąd*, wreszcie (3) takie, które umożliwiają *uzasadnianie*. W *Teorii działania komunikacyjnego* czytamy:

„W myśl (...) założeń komunikacyjnego modelu działania, działający dysponuje tak samo bogatą kompetencją interpretacyjną jak obserwator. Aktor jest teraz nie tylko wyposażony w trzy koncepcje świata, ale może również posługiwać się nimi refleksyjnie. Powodzenie działania komunikacyjnego uzależnione jest (...) od [pewnego] procesu interpretacji, w którym uczestnicy systemu odniesień obejmującego trzy światy dochodzą do wspólnej definicji sytuacji. Każdy konsens opiera się na intersubiektywnym uznaniu roszczeń ważnościowych (...) zakłada się przy tym, że działający komunikacyjnie *zdolni* są do *obopólnej krytyki*. Jednakże z chwilą wyposażenia aktorów w *te* [właśnie] zdolności, tracimy jako obserwatorzy uprzywilejowaną *pozycję* względem naszego obszaru przedmiotowego. Nie mamy już wyboru, czy obserwowanej sekwencji interakcji nadać interpretację deskryptywną, czy racjonalną”.

w tym samym źródle czytamy dale, iż

„Przypisując aktorom tę samą kompetencję w wydawaniu osądu (*Beurteilungskompetenz*), z jakiej korzystamy jako interpretatorzy ich ekspresji [w tym ewaluatywnych, zakładających zdolność oceny – a także doceniania

⁷¹ Tamże, s. 367.

⁷² Tamże, s. 371.

innych w kategoriach wartości, – K.N.], zrzekamy się zapewnionej nam dotychczas metodologicznej nietykalności. Czujemy, że jesteśmy zmuszeni do tego, by z nastawieniem performatywnym (choć bez żadnych własnych zamiarów związanych z działaniem) uczestniczyć w procesie dochodzenia do porozumienia, który chcemy opisać. Tym samym wystawiamy naszą interpretację na *zasadniczo* tę samą krytykę, na jaką wzajemnie muszą wystawiać swe interpretacje sami działający komunikacyjnie”⁷³.

Wreszcie o umiejętności uzasadniania w sytuacji komunikacyjnej pisze Habermas tak:

„Racjonalność tkwiąca immanentnie w codziennej praktyce komunikacyjnej odsyła zatem do praktyki polegającej na --> argumentowaniu (*Argumentationspraxis*) jako do instancji odwoławczej, która umożliwia kontynuowanie działania komunikacyjnego za pomocą innych narzędzi, jeśli z brakiem zgody (*Dissens*) nie można sobie już poradzić w zrutynizowany w życiu codziennym sposób (*durch Alltagsroutinen*), a zarazem rozstrzygnięcie nie powinno zapaść w trybie bezpośredniego bądź strategicznego użycia przemocy. Z tego względu uważam, że pojęcie --> racjonalności komunikacyjnej – mające odniesienie do dotychczas jeszcze nie wyjaśnionego, systematycznego układu powiązań w obszarze uniwersalnych roszczeń ważnościowych – trzeba wyeksplikować w sposób adekwatny za pomocą teorii argumentacji”⁷⁴.

Z kolei w kontekście dyskursu praktycznego Habermas dopowie, że będzie tam chodziło o „element autodefinicji podmiotów działających komunikacyjnie, że wobec roszczeń do prawomocności zajmują stanowisko motywowane racjonalnie; zakładają wobec siebie nawzajem, że faktycznie działają z pobudek dających się uzasadnić racjonalnie”⁷⁵.

⁷³ J. Habermas, *Teoria działania komunikacyjnego*, t. I, s. 218 (podkreślenia K.N.).

⁷⁴ Tamże, s. 45–46.

⁷⁵ J. Habermas, *Działanie komunikacyjne i detranscendentalizacja rozumu*, s. 24.

h) Racjonalność komunikacyjna a racjonalność kognitywno-instrumentalna

Habermas rozróżnia pomiędzy racjonalnością komunikacyjną a racjonalnością kognitywno-instrumentalną. Racjonalność drugiego typu zachodzi wówczas, gdy mamy do czynienia z wiedzą stosowaną w celach praktycznych pozakomunikacyjnych i pozadyskursywnych. Interesujące mnie tutaj rozumienie racjonalności występuje zaś tam, gdzie wychodzi się od użycia wiedzy w działaniach językowo-komunikacyjnych i na rzecz przyświecających jej celów⁷⁶. Pojęcie racjonalności komunikacyjnej wyrażonej w regułach i kompetencjach unaocznia (kompetencją będzie tu sprawność w stosowaniu się do reguł i standardów, bądź sprawne i prawidłowe stosowanie reguł), jakim narzędziem posługują się uczestnicy: rezygnują z przemocy, panowania, manipulacji, ‘argumentu siły’ na rzecz interakcji opartej na racjonalnym ‘przymusie pozbawionym przymusu’ (*zwangsloser Zwang*) i racjonalnych regułach. W ten sposób uczestnicy razem zmierzają do porozumienia lub co najmniej zrozumienia istotnych różnic leżących u podstaw nieporozumień i sporów. Uosabiając początkowo różne, niekiedy rozbieżne, a nawet antagonistyczne wizje świata, sposoby myślenia, interesy, priorytety i roszczenia, uczestnicy mogą je zrozumieć i wyeksplikować, a współdzieląc (*Gemeinsemit*) uzgodnione znaczenia wypowiedzi i ich przedmiotowe odniesienie, wreszcie umotywowane przekonania, mogą oni przynajmniej upewnić się co do tego, że mają na uwadze „jeden świat” i „kontekst życia”⁷⁷. Zawarta w praktyce komunikacyjnej „racjonalność widoczna jest w tym, że porozumienie osiągnięte przez komunikowanie musi *ostatecznie* opierać się na racjach. Miarą zaś racjonalności tych, którzy uczestniczą w tej praktyce komunikacyjnej, jest to, czy w *stosownych okolicznościach* potrafiliby uzasadnić swe ekspresje”⁷⁸.

Za Kantem przyjąć można, że dające się racjonalnie uzasadnić działanie moralne wiąże się z *a priori* dostępną wiedzą o możliwości urzeczywistnienia idei wolności⁷⁹. Podczas, gdy sama „racjonalność nie jest zobowiązaniem”⁸⁰, „idea wolności” (jak projekt i jako działanie faktyczne) daje *mi pewność*, że oto moje „działanie autonomiczne (...) *jest możliwe*”. Zaś w działaniu komunikacyjnym uczestnicy „zakładają wobec siebie nawzajem, że *faktycznie* działają z pobudek dających się uzasadnić racjonalnie”. Habermas zwraca

⁷⁶ J. Habermas, *Teoria działania komunikacyjnego*, t. I, s. 33.

⁷⁷ Tamże.

⁷⁸ Tamże, s. 45–46.

⁷⁹ Por. J. Habermas, *Działanie komunikacyjne i detranscendentalizacja rozumu*, s. 24.

⁸⁰ Tamże, s. 25.

jednak uwagę, że istotne dla wolności racje stanowią to zaledwie wycinek spektrum motywów, które mogą świadczyć o poczytalności⁸¹:

„Działanie komunikacyjne wnosi do gry szersze spektrum kryteriów – epistemiczne podstawy prawdziwości wypowiedzi, etyczne punkty widzenia w odniesieniu do autentyczności decyzji życiowych, wskaźniki szczerości deklaracji, doświadczenia estetyczne, objaśnienia narracyjne, kulturowe standardy wartościowania, roszczenia prawne, konwencje itd. Miernikiem poczytalności jest nie tylko moralność i racjonalność instrumentalna. Poczytalność jest przecież nie tylko sprawą rozumu praktycznego, lecz ogólnie polega na zdolności aktora do orientowania działania na roszczenia do prawomocności”⁸².

Udana praktyka komunikacyjna stanowi nie tylko medium ‘komunikowania się’ i przedsiónek dyskursów, w tym praktycznych. Stanowi ona konieczny, niezbywalny warunek możliwości tych ostatnich: po prostu nie sposób uruchomić sensownego, prawidłowego, rokującego rzetelną argumentację, wyłonienie zasadnych roszczeń do słuszności i ważności, akceptację i porozumienie w sprawie rozstrzygnięć normatywnych (natury etycznej bądź prawnej) bez działania komunikacyjnego:

„Nikt nie może poważnie podejść do argumentacji bez uprzednio założonej (*vorausgesetzt*) sytuacji komunikacyjnej, która zasadniczo zagwarantuje (*garantiert*) publiczny dostęp, równoprawny udział, prawdomówność uczestników, wolne od przymusu zajmowanie stanowiska. Uczestnicy mogą chcieć przekonywać się nawzajem dopiero wtedy, gdy przyjmą, że każde ‘tak’ i ‘nie’ będzie mogło być determinowane tylko i jedynie poprzez przymus lepszego argumentu (*Zwang des besseren Arguments bestimmen lassen*)”⁸³.

Jednakże – o czym tutaj za chwilę powiem – nawet ‘idealna’ sytuacja komunikacyjna nie jest zawieszona w próżni, lecz osadzona (*situiert*), ukontekstowana (*kontextualisiert*) społecznie, nierzadko też zinstytucjonalizowana (*institutionalisiert*) w szerzej i już zdefiniowanej

⁸¹ Tamże, s. 22.

⁸² Tamże, s. 22.

⁸³ J. Habermas, „Erläuterungen zur Diskursethik”, w: tegoż, *Erläuterungen zur Diskursethik*, 6. Aufl. Suhrkamp, Frankfurt am Main 2015, s. 132.

przestrzeni społecznej, administracyjnej czy proceduralnej. Część reguł komunikacyjnych mogła tu zostać ujęta w konwencje, a instytucja publiczna (np. publiczne sądownictwo lub interesująca mnie tutaj publiczna opieka zdrowotna) mogła zdefiniować problematykę wymagającą rozstrzygnięć i delegować do interakcji komunikacyjnej określoną grupę. Jednak w odróżnieniu od wyżej wspomnianej racjonalności i reguł immanentnych (a przede wszystkim „idealnych”) dla uczestników i samej formuły działania komunikacyjnego (jako etycznego) odróżnia Habermas odgórne i „przymusowe” (*Nötigung*), nie pozostawiające uczestnikom wyboru (*keine Wahl*) rozporządzenia i

„ustalenia administracyjne (*die institutionellen Arrangements*), które zobowiązują określone grupy do wdania się w argumentację na rzecz określonej problematyki (*bestimmte Themen*) i spraw (*Gelegenheiten*) w oparciu o założenia dotyczące racjonalności – podczas seminariów uniwersyteckich, przed sądem, w parlamencie, itd.”⁸⁴.

Wbrew wrażeniu, że wymogi co do racjonalności i kompetencji komunikacyjnych uczestników zostały w teorii działania komunikacyjnego wyolbrzymione (i przybrały zgoła wykluczający charakter dla adeptów, ludzi komunikujących się spontanicznie, reprezentujących rozmaite kultury, poziomy wykształcenia, itd.), Habermas podkreśla, że niczyja racjonalność ani kompetencja nie podlegają diagnozowaniu i ocenom – jedynym dla nich sprawdzianem jest sama praktyka komunikacyjna i jej efektywność. Zasadniczo więc założenie o racjonalności i kompetencyjności komunikacyjnej jest włączające. Jego zadaniem jest włączać uczestników niezależnie od wszelkich różnic i asymetrii w zakresie kompetencji i racjonalności. Racjonalność i kompetencyjność nie mogą być wykluczające ani opresyjne. Wiemy już, że interakcja komunikacyjna może przybierać formy dramaturgiczne; że może się manifestować symbolicznie, co zostało przedstawione wyżej; a także za sprawą określonych kodów (np. w medycynie), o czym będzie jeszcze mowa. Role społeczne i profesjonalne czy też poziomy epistemiczne, profile aksjologiczne uczestników, a nawet ich kompetencje językowe nie muszą być ani identyczne, ani symetryczne i nawzajem wymienne, aby mogli oni nawiązywać i podtrzymywać efektywne interakcje komunikacyjne, porozumiewając się

⁸⁴ Interakcje komunikacyjne na odgórne polecenie administracji i autorytetów zawierają przymusy, które mogą skierować działanie komunikacyjne i porozumienie na tory strategiczne, gdy tymczasem idealna, immanentna i autonomiczna racjonalność to warunek „umożliwiający racjonalne działanie, a nie zobowiązujący do niego” czy zgoła egzekwujący je na sposób prawa pozytywnego, J. Habermas, „Erläuterungen zur Diskursethik”, s. 134–135.

do sensu wypowiedzi i co do koordynacji wchodzących w grę praktyk – „tego, co występuje w świecie bądź (...) powinno zostać w nim zdziałane (*bewirkt*)”⁸⁵.

Jednym z wyzwań stojących przed współczesnym, nieustannie różnicującym się społeczeństwem jest ćwiczenie się każdego w odnajdywaniu się w przestrzeni i interakcji komunikacyjnej właśnie z uwzględnieniem różnic, oboczności, oryginalności. Niektóre powszechne instytucje – takie, jak system opieki zdrowotnej – także biorą to pod uwagę, ćwicząc się i ucząc w rozumieniu i uzgadnianiu treści komunikatów, wyrażanych w najrozmaitszy sposób. Unifikacja jest istotna dla rozpoznawalności i rozumienia przedstawicieli takiej powszechnej instytucji (np. personelu medycznego): jednak unifikacja nie dotyczy społeczeństwa, które znajduje się zdrowotnie pod (potencjalną) opieką tego personelu. Istnieją jednak kultury medyczne i społeczne, gdzie unifikacja i uniformizacja panuje nie tylko wśród pracowników instytucji, lecz oczekuje się jej także od interesariuszy, np. pacjentów, na poziomie komunikacji właśnie⁸⁶. Może to czynić metodą prób i błędów, wszak „idea ... *uzasadniania* splata się z ideą *uczenia się* (...) Tak więc racjonalnymi nazywamy osoby, które w obszarze instrumentalno-kognitywnym artykułują uzasadnione przeświadczenia (*Meinungen*) i działają efektywnie: z tym tylko, że racjonalność ta będzie rzeczą przypadku, jeśli nie będzie sprzężona ze zdolnością uczenia się na błędach”⁸⁷, a najpierw jeszcze z możliwością ich popełniania. *Errare humanum est*.

i) Świat życia jako nieusuwalny punkt odniesienia dla interakcji komunikacyjnej i źródło sensu

W filozofii niemieckiej, zwłaszcza w fenomenologii Hegla i Husserla, pojęcie świata życia (nm. *Lebenswelt*; ang. *Lifeworld*) pełniło ważną rolę. Określenie *Lebenswelt* akcentuje „Welt” jako środowisko przyrodnicze i społeczne; jedno przenika się z drugim, a w ludzkiej kondycji te dwa wymiary splatają się bodaj najściślej i tak też ich doświadczamy. Także wiedza o tym, kim jesteśmy i jak jesteśmy usytuowani (bądź jak sami

⁸⁵ J. Habermas, *Teoria działania komunikacyjnego*, dz. cyt., t. I, s. 37.

⁸⁶ W tej kwestii zob. E. Nowak, A.-M. Barciszewska, K. Napiwodzka, „Diversity-Sensitive Health Care Delivery Across Poland’s Clinical Landscapes” (w druku), zagadnień tych nie obejmuje niniejsza rozprawa doktorska.

⁸⁷ J. Habermas, *Teoria działania komunikacyjnego*, t. I, s. 47. „Medium, za pośrednictwem którego te negatywne doświadczenia mogą być poddawane *obróbce*, jest dyskurs teoretyczny, czyli ta forma wymiany argumentów, w której tematem stają się kontrowersyjne roszczenia do prawdziwości”; z kolei „medium, za pośrednictwem którego poddać można hipotetycznemu sprawdzeniu to, czy norma kierująca działaniem – niezależnie od tego, czy jest ona faktycznie uznawana czy też nie (...) jest dyskurs praktyczny”, tamże, s. 47–48.

się sytuujemy) w tym świecie, wreszcie ochrona normatywna naszych żywotnych interesów (*Existenz*) „z antropologicznego punktu widzenia” dotyczy zwłaszcza „strukturalnie zawartej w społeczno-kulturowych formach życia możliwości wyrządzenia krzywdy (*Verletzbarkeit*)”⁸⁸ ucieleśnionym, obdarzonym zdolnością odczuwania ludzkim istotom, które ten aspekt swej kondycji dzielą z innymi żywymi istotami. Jednak odbiór i waga tego aspektu z perspektywy ludzko-społecznej, z perspektywy już teraz *ludzko-społecznie definiowanego świata życia jest inna* od wagi immanentnie przyrodniczej (dla człowieka ta ostatnia perspektywa może być niemożliwa do uchwycenia w izolacji od jego świadomości). „W tym sensie ludzkie istoty wymagają troski i ochrony moralnej” (*in diesem Sinne versehbar und moralisch schonungsbedürftig*)⁸⁹, którą same definiują z uwagi na interesy, preferencje i wartości, jakie przypisują swemu życiu w środowiskowo definiowanym „świecie życia”.

Jednakże „czasoprzestrzenna indywiduacja rodzaju ludzkiego w jednostkowym egzemplarzu” podlega nie tylko regularnościom podyktowanym wrażliwością (odczuwaniem), żywotnymi potrzebami organizmu, genetyką, etc. wpływającymi „bezpośrednio na indywidualny organizm” (czy nawet wpływającymi zwrotnie na środowisko, jak wpływają np. ludzkie zwyczaje żywieniowe i style życia choćby w kontekście kryzysu ekologicznego) w świecie życia pojętym bardziej jako otoczenie i środowisko, *Lebensumwelt*⁹⁰ – tymczasem Habermas wprowadza nowe, daleko bardziej złożone i naznaczone ludzko-społecznym sposobem bytowania pojęcie „świata życia” jako *Lebenswelt*, przez który „indywidualne podmioty” nie są po prostu otoczone, lecz w którym jako istoty „zdolne władać językiem i działać są konstytuowane tylko dzięki temu, że wzrastają jako członkowie określonej wspólnoty językowej w intersubiektywnie podzielanym świecie życia”⁹¹, rozumianym społecznie i kulturowo: to w nim w pełnym tego słowa znaczeniu *wiedzie życie i nadaje mu kształt* człowiek jako istota społeczna. Jednak ten właśnie

⁸⁸ J. Habermas, *Diskursethik*, s. 122.

⁸⁹ Tamże.

⁹⁰ Idea, iż każdy podmiot wytwarza sobie własne przedstawienie Umwelts, jakiego analogon wytwarza sobie inny (pokrewny gatunkowo) organizm wyposażony w takie same władze umysłowe, już u Kanta zakłada uzgadnianie i podzielenie poprzez komunikację, o czym mowa w kantowskich pismach antropologicznych, omawiających podmiotowość i intersubiektywność jako „uzmysłowione” czy „usytuowane”. Umwelt wraz z bezpośrednią, organiczną przynależnością do niego istot żywych badał m.in. Jakob von Uexküll, por. B. Buchanan, *Onto-Ethologies. The Animal Environments of Uexküll, Heidegger, Merleau-Ponty, and Deleuze*. Suny Press, New York – Albany 2008.

⁹¹ J. Habermas, *Diskursethik*, s. 122.

„świat życia” nadbudowuje się na tamtym, bardziej (ale nie w pełni już) przyrodniczym. Nawiązując do klasyków współczesnej hermeneutyki i fenomenologii⁹², Habermas jest zainteresowany byciem-w-świecie najpierw w sposób otwarty na świat, bo *w ogóle rozumiejący*. Jednak sposób bycia musi wykraczać poza „ekwiwalenty ‘życia’ z wysłużonych filozofii życia”⁹³ jeszcze silniej, poprzez przekierowanie uwagi z samo-odniesienia na odniesienie *do innych* podmiotów, nawet, jeśli w działaniu komunikacyjnym nadal obecne są *ekspresja* i *samo-prezentacja* osobowości danego ‘ja’ wobec ‘wy’ – a docelowo ‘my’. Dopiero wtedy podmiot przenosi zainteresowanie z siebie na innych – na intersubiektywne, kulturowe, wreszcie społecznie autoregulatywne, organizacyjne, instytucjonalne aspekty zanurzenia w „światach życia”, zamiast pozostawać pogrążonym, jakimś bez reszty własnym i osobistym świecie. Światów życia jest wiele: ludzie dzielą je między sobą, a same te światy mogą się stykać, „stapiać”, przenikać nawzajem lub pozostawać rozłączne. Osobliwością każdego z nich jest to, że „świat życia ogranicza sytuację działania na modłę kontekstu, który się rozumie, ale o którym się nie mówi”⁹⁴ (chyba, że stają się punktem odniesienia i problematyzacji w interakcji komunikacyjnej, która czyni świat życia/światy życia swoim tematem). Działanie może jednak – a niekiedy wręcz musi – przekraczać owe ograniczenia (np. w sytuacji doświadczenia międzykulturowego); w szczególności interakcja komunikacyjna musi budować pomosty między nimi.

Wobec „światów życia” człowiek może znajdować się w dwojakim położeniu: (1) obserwatora (współobserwatora); (2) uczestnika (współuczestnika), który sam przeżywa „świat życia” („światy życia”) w których żyje. „Świat życia” nie jest odosobniony, choć ważnym jego aspektem jest „życie osobiste”. Jest on z istoty międzypodmiotowy (*eine intersubjektiv geteilte Lebenswelt*)⁹⁵, wypełniony działaniem i współdziałaniem. Bez intersubiektywności, praktyczności i złożoności „światów życia” – a w związku z tym nieustających wyzwań, sporów, konfliktów natury międzyludzkiej, praktycznej, koegzystencjalnej – ani interakcja komunikacyjna, ani dyskurs praktyczny nie miałyby większej racji bytu.

„Bez horyzontu świata życia określonej grupy społecznej i bez konfliktów praktycznych w określonych sytuacjach, których uczestnicy biorą sobie jako

⁹² Zob. A. Wierciński, „Acting and Suffering Person: Thinking with Paul Ricoeur”, *Ethics in Progress*, Vol. 2(4) 2013, s. 18–33.

⁹³ J. Habermas, *Filozoficzny dyskurs nowoczesności*. Tł. M. Łukasiewicz. Universitas, Kraków 2000, s. 336.

⁹⁴ J. Habermas, *Teoria działania komunikacyjnego*, t. II. Tł. A. M. Kaniowski. PWN, Warszawa 2002, s. 234.

⁹⁵ J. Habermas, *Diskursethik*, s. 122.

zadanie zgodne, konsensualne uregulowanie spornej materii społecznej, wszczynanie dyskursu praktycznego nie miałoby żadnego sensu”⁹⁶.

Jak zaznacza Habermas, „pojęcie świata życia należy do teorii działania” (*das Lebensweltkonzept muß handlungstheoretisch*)⁹⁷. Wyjściową sytuacją dla interakcji komunikacyjnej i dyskursu jest zakłócona równowaga (niekiedy też „zakłócona normatywna zgoda”) pomiędzy podmiotami praktyk w obrębie jakiegoś społecznego „świata” / „światów” życia. Co do ich systemowo-strukturalnej charakterystyki, powiada Habermas tak: „Używam ‘systemu’ i ‘świata życia’ jako pojęć na określenie porządków społecznych, które różnią się od siebie mechanizmami integracji społecznej, tj. usieciowienia interakcji”⁹⁸. „System” obejmuje interakcje stabilizowane instytucjonalnie (pisze Arnold Gehlen⁹⁹, jeden z inspiratorów Habermasa), „zobiektywizowane” (pisze sam Habermas), zachodzące „ponad głowami uczestników”. Stabilizującą rolę odgrywają tu rozmaite pozaekonomiczne makrostruktury, sieci, instytucje publiczne, administracja¹⁰⁰. System i subsystemy angażują *językowość*, ponieważ najbardziej powszechne (czyli najszerzej podzielane przez różnorodne podmioty) normy i instytucje powinny być wyrażane, rozumiane i stosowane na tyle jednoznacznie i jednolicie¹⁰¹, na ile wymaga tego sprawne sterowanie kluczowymi i najbardziej powszechnymi praktykami społeczeństwa jako całości. Angażują one także formy komunikacji, deliberacji, dialogu, itd. różne od działania komunikacyjnego opisanego przez Habermasa. Najpowszechniej obecnym (mimo to jednak nie wszechobecnym) systemem publicznym, koordynującym i organizującym praktyki społeczne („ponad głowami uczestników”, jednak coraz częściej także z udziałem partycypacji społecznej – czego przykładem może być instytucja sędziego społecznego w sądownictwie) jest system instytucji prawnych i administracyjnych.

„Świat życia” obejmuje wielokierunkowe formy integracji (a także reintegracji), jednak nowoczesne formy życia społecznego generują nie tylko indywiduację i

⁹⁶ Tamże, s. 108.

⁹⁷ Tamże, s. 165.

⁹⁸ Tamże, s. 165.

⁹⁹ Arnold Gehlen jako jeden z pierwszych opisał „uporządkowany system możliwych reakcji między partnerami i kontrpartnerami w formie ‘reguł gry’”. To one organizują sieć możliwych zachowań” i umożliwiają „habitualizację zachowania” (*Habitualisierung des Verhaltens*), A. Gehlen, *Urmensch und Spätkultur*. Sammlung Aula Verlag, Wiesbaden 1986, s. 37–39.

¹⁰⁰ J. Habermas, *Diskursethik*, s. 165.

¹⁰¹ Podobnie o tym Gehlen: „Od języka wychodząc, wnikamy w świat unormowanych obyczajów i form zachowania, który wykracza daleko poza to, co da się uprawomocnić prawnie, religijnie, praktycznie, itd., gdzie chodzi o jakże cenny grunt już bezproblemowej zrozumiałości (*Schon-verständigt-seins*), grunt w którym można znaleźć oparcie”, A. Gehlen, *Urmensch...*, s. 43–50.

zróźnicowanie, ale także antagonizmy i dezintegrację, opisane już przez Hegla i silnie inspirujące Habermasa do poszukiwania sposobów radzenia sobie z nimi drogą komunikacyjnej interakcji, a w warstwie legitymizacji wspólnych decyzji i norm – drogą dyskursu praktycznego.

Możemy wobec tego wyszczególnić rozmaite aspekty definicyjne „świata życia”:

(1) „Fenomenologiczne pojęcie świata życia [które, K.N.] wyraźnie sugeruje koncepcję struktury świata zapożyczoną z epistemologii, której nie da się tak po prostu przenieść na grunt socjologii (...) świat życia powinien być komplementarnym dopełnieniem działania komunikacyjnego (*Komplementärbegriff*)”¹⁰².

(2) przedmiot wiedzy lub orientacji człowieka w sensie światło-życiowego zaplecza (*das lebensweltliche Hintergrundwissen*); drugi plan wiedzy ukryty za horyzontem artykulacji i tematyzacji. W tym kontekście świat życia to także nieuświadomiona, przedrefleksyjna (intuicyjnie, na zasadzie „bezpośredniej pewności i polegania”, *unvermittelte Gewißheit*) „porowata, niedookreślona totalność (...) całościowa wiedza tła, pozornie samooczywisty świat życia” (*trotz scheinbarer Transparenz ... die Lebenswelt als Dickicht*)¹⁰³.

(3) Świat życia jako źródło różnorodnej wiedzy, orientacji, sprawności, technik, nawyków. Przynależymy do niego niemal organicznie, nawykowo, rutynowo, poruszając się w nim na pamięć i polegając na nim – często bez kwestionowania. „Świat życia obecny jest w trybie oczywistości, z którymi podmioty komunikacji są tak intuicyjnie związane, iż nie biorą nawet pod uwagę możliwości ich problematyzowania” – to znaczy: są w nim zagłębione, rozumieją go i niejako obsługują bezpośrednio (bez zapośredniczenia refleksyjnego i językowego). Nie mniej, „możemy go sobie wyobrazić jako językowo zorganizowane zasoby ukrytych podstawowych założeń, reprodukujące się w formie tradycji kulturowej”¹⁰⁴, a nie tylko w trybie potoczności i reprodukcji warunków życia codziennego. Jest on zatem możliwy do zrozumienia i racjonalizacji, sam bowiem stanowi królestwo racjonalności celowo-racjonalnej i instrumentalnej.

(4) Świat życia należy też ujmować jako tło, kontekst i punkt odniesienia dla interakcji komunikacyjnej: kontekst odniesienia dla procesów porozumiewania się, „zbiornik przekonań”, z którego czerpią uczestnicy interakcji, aby zaspokoić potrzebę porozumiewania się powstałą w danej sytuacji:

¹⁰² J. Habermas, *Nachmetaphysisches Denken*, s. 87.

¹⁰³ Dosł. przejrzysty, tamże, s. 90–93.

¹⁰⁴ J. Habermas, „Pojęcie działania komunikacyjnego”, s. 34.

„Świat życia jest, jak widzieliśmy, horyzontem [dla] procesów dochodzenia do porozumienia, w trakcie których uczestnicy zgadzają się ze sobą bądź spierają co do czegoś w jednym świecie obiektywnym, w ich wspólnym świecie społecznym bądź też w subiektywnym świecie każdego z nich. Interpretator może milcząco zakładać, że te formalne odniesienia do świata podziela z autorem i jego współczesnymi. Stara się on zrozumieć, *dla*czego autor – w przekonaniu, że zachodzą określone stany rzeczy, że określone normy i wartości posiadają ważność, że określonym podmiotom można przypisać określone przeżycia – wypowiedział w swym tekście określone stwierdzenia, uszanował bądź naruszył określone konwencje, dał wyraz określonym zamiarom, dyspozycjom, uczuciom itd. Interpretator tylko w takim zakresie rozumie, co autor mógł mieć *na* myśli, w jakim pojmuję *racje* pozwalające na to, by ekspresje autora jawiły się jako *rozumne*. Na tym tle dadzą się w razie potrzeby zidentyfikować poszczególne idiosynkrazje, czyli te miejsca, które nie będą zrozumiałe nawet przy odwołaniu się do założeń świata życia, jakie autor podzielał ze swymi współczesnymi”¹⁰⁵.

(5) „Świat życia” nie jest jednak milczący i bezgłośny, ponieważ obejmuje język potoczny (*lebensweltliche Umgangssprache*) i rozmaite formy komunikacji toczącej się w sferach prywatnych – a także tam, gdzie publiczne systemy to umożliwiają lub tego wymagają. Przykładowo, język potoczny występuje w poufnej rozmowie pacjenta z opiekunem medycznym i rozmowa ta stanowi integralną część publicznego systemu opieki zdrowotnej i jako taki pozostawia w nim instytucjonalny ślad: udokumentowany wywiad lekarski, rozpoznanie z udziałem informacji udzielonych przez pacjenta, koordynacja działań, wreszcie decyzje podejmowane na podstawie tego, co pacjent, jego opiekunowie lub przedstawiciele prawni, jego najbliżsi itd. wnoszą do interakcji komunikacyjnej.

Samooczywistość i bezpośrednia pewność owych założeń może być bardzo pomocna na gruncie interakcji komunikacyjnej, zwłaszcza w jej wymiarze dramaturgicznym – ale nie tylko. Pozwala ona słuchaczowi dorożumieć się, co aktor miał na myśli, zatem katalizuje wzajemne porozumiewanie się i uzgadnianie znaczeń.

¹⁰⁵ J. Habermas, *Teoria działania komunikacyjnego*, t. I, s. 240–241.

(6) Ponadto, samo społeczeństwo (a także poszczególne w nim żyjące mniejszości) stanowi „symbolicznie ustrukturuwany świat życia” (*symbolisch strukturierte Lebenswelt*)¹⁰⁶, który „rozwija się i reprodukuje zapewne tylko poprzez działanie komunikacyjne”¹⁰⁷ w rozmaitych jego odmianach, mniej lub bardziej zapośredniczonych w interakcji językowo-komunikacyjnej. To charakterystyczna dominanta i wyróżnik Habermasowskiej teorii działania komunikacyjnego, która czyni cały „świat życia” zawisłym od działania komunikacyjnego, dostępnym dla podmiotu (zwłaszcza działania komunikacyjnego) i podatnym na jego oddziaływanie: „Świat życia otwiera się tylko przed podmiotem czyniącym użytek ze swej kompetencji językowej i zdolności do działania (*Sprach- und Handlungskompetenz*)”¹⁰⁸. Stąd też

“warunki prawomocności ekspresji symbolicznych odsyłają do intersubiektywnie podzielanej przez wspólnotę komunikacyjną wiedzy, która leży w tle i stanowi ukrytą podstawę (*Hintergrundwissen; unthematisches Wissen*). Każda [praktyczno-normatywna, – K.N.] niezgoda stanowi (...) wyzwanie dla tego ukrytego tła, jakim jest świat życia (...)”¹⁰⁹.

Podstawowymi wymiarami świata życia są: kultura, społeczeństwo i struktury osobowości, które przenikając się ze sobą, tworzą złożone i konteksty¹¹⁰. Natomiast struktury symboliczne każdego „świata życia” odtwarzane są w ramach trzech procesów: tradycji kulturowej, społecznej integracji i socjalizacji. Jeśli badacz społeczny chce go rozpoznać i opisać, to „musi przy tym zrobić użytek z kompetencji oraz z wiedzy, którą jako laik dysponuje w sposób intuicyjny. Jednak dopóki nie zidentyfikuje i nie przeanalizuje tej wiedzy przedteoretycznej, dopóty nie może skontrolować, w jakiej mierze i z jakim skutkiem sam jako uczestnik również *ingeruje* w proces komunikacji, przez co zmienia ów proces, do którego włącza się wszak tylko po to, by go zrozumieć”¹¹¹.

Habermas wprowadza pojęcie „świata życia” początkowo jako odpowiednik procesów dochodzenia do porozumienia. Przekonania i przeświadczenia obecne w światach życia uczestników są jednak zrozumiałe same przez się, nieproblematyczne i jako takie, składają się na solidne tło, zaplecze, bądź horyzont komunikacji

¹⁰⁶ Habermas, *Nachmetaphysisches Denken*, s. 95.

¹⁰⁷ Tamże, s. 97.

¹⁰⁸ J. Habermas, *Teoria działania komunikacyjnego*, t. I, s. 208.

¹⁰⁹ Tamże, s. 38.

¹¹⁰ J. Habermas, *Nachmetaphysisches Denken*, s. 98.

¹¹¹ J. Habermas, *Teoria działania komunikacyjnego*, t. I, s. 208.

(*Hintergrundüberzeugungen*). „Świat życia” gromadzi i przechowuje uprzednio dokonaną pracę interpretacyjną minionych pokoleń.¹¹² Dopiero podejmując próbę interpretacji, uczestnicy interakcji komunikacyjnej – albo członkowie wspólnoty komunikacyjnej – rozróżniają 1) świat obiektywny, 2) świat intersubiektywny (w istocie „świat życia” jest intersubiektywny); podzielany i społeczny, a także 3) subiektywne (bądź osobiste) światy właściwe innym jednostkom, a także kolektywom¹¹³. Jednostkowy uczestnik zastaje „świat życia” jako co do treści już zinterpretowany¹¹⁴. Można z tym polemizować o tyle, o ile „świat życia” podlega niekiedy dynamicznym przemianom, innym znów razem uczestnik migruje pomiędzy różnymi „światami życia”, usiłuje dokonać ich translacji – albo dwoje lub więcej ludzi usiłuje porozumieć się poprzez horyzonty (niekiedy wręcz zasięki) różnych światów życia. Wystarczy przypomnieć, że poza socjalizacją pierwotną dokonują się dalsze, wtórne socjalizacje.

Byłoby rzeczą bezzasadną angażować się w działanie komunikacyjne, a także dyskurs praktyczny bez zaplecza i horyzontu, jakie oferuje „świat życia” określonej grupy społecznej i przynależącej do niej osoby, a także bez realnych konfliktów praktycznych w konkretnej sytuacji, której uczestnicy uważają, że na nich spoczywa obowiązek osiągnięcia konsensualnych sposobów uregulowania niektórych kontrowersyjnych kwestii. Praktyczne dyskursy są zawsze związane z konkretnym punktem wyjścia zaburzonej zgody normatywnej¹¹⁵. Aktor staje twarzą w twarz z tym segmentem „świata życia”, który narzuca mu się jako problem do rozwiązania. Jednocześnie jest on niejako niesiony lub wspierany przez zaplecze „świata życia”, które tworzy kontekst dla procesu dochodzenia do porozumienia, a także dostarcza mu środków do niego przybliżających. Wspólny „świat życia” oferuje zasób niekwestionowanych danych kulturowych, z których uczestnicy komunikacji czerpią uzgodnione wzorce interpretacji do wykorzystania w swoich wysiłkach interpretacyjnych¹¹⁶. Habermas podkreśla wielość i wielorakość, konkretność i lokalność „światów życia” zaludnianych przez *wspólnoty interpretatorów*; także pod względem specyfiki normatywnej tych światów – tym razem moralnej (skupionej wokół wartości moralnych) i epistemicznej (skupionej wokół tego, co wspólnota uznaje za prawdę, a czego nie uznaje):

¹¹² Tamże, s. 136.

¹¹³ Tamże, s. 135.

¹¹⁴ Tamże, s. 156.

¹¹⁵ Tamże, s. 103.

¹¹⁶ Tamże, s. 135–136

„Światy życia są całościami, które istnieją tylko w liczbie mnogiej. Jeśli jednak życie etyczne jest związane ze specyficznymi cechami pewnej formy życia, to na każde pojęcie dobra i zła, nawet abstrakcyjne, wpływa kształtująco intuicyjne przedrozumienie zawarte w konkretnej całości koncepcji moralnych dominującej w danym miejscu”¹¹⁷.

„Świat jako całość możliwych faktów jest zawsze ukonstituowany przez jakąś wspólną interpretatorów, której członkowie dochodzą do porozumienia o czymś na świecie w ramach intersubiektywnie współdzielonego świata życia. To, co ‘prawdziwe’ można wyrazić w prawdziwych twierdzeniach, gdzie ‘prawdziwe’ da się wytłumaczyć twierdzeniem, które jednostka kieruje do innych, wypowiadając twierdzenie”¹¹⁸.

Co jednak istotne, „żadne twierdzenie o ważności normatywnej podnoszone w świecie życia nie jest odporne na kwestionowanie; wszystko liczy się jako hipoteza, dopóki nie odzyska swojej ważności dzięki autorytetom dobrych racji”¹¹⁹, co należy już do zadań dyskursu argumentacyjnego (praktycznego):

„Nasza praktyka argumentacyjna [praxis] należy do formy życia, która jest całkowicie ustrukturyzowana przez komunikację, a używanie języka codziennego zorientowane na osiągnięcie zrozumienia jest już powiązane z nieuniknionymi założeniami pragmatycznymi, które w żaden sposób nie są moralnie neutralne. W działaniu komunikacyjnym jako takim zawsze poruszamy się już w granicach świata życia nasyconego wartością etyczną”¹²⁰.

j) Wartości. Między „światem życia”, interakcją komunikacyjną a dyskursem

Z całą pewnością wartości – choć nie są ze swej natury ani obiektywne, ani absolutne, za to są wielorakie i wszechobecne – nie tylko należą do świata/światów życia i wszelkiego

¹¹⁷ J. Habermas, *Justification and Application*, s. 121.

¹¹⁸ Tamże, s. 52–53.

¹¹⁹ Tamże, s. 120.

¹²⁰ Tamże, s. 77.

rodzaju kulturowego, a także tradycyjnego „tła” życia, lecz niezależnie od wyparcia wartości poza sferę norm (zwłaszcza tych już uprawomocnionych w dyskursie praktycznym i zinstytucjonalizowanych) „wartości przenikające świat życia nie są (...) żadnym partykularnym dodatkiem (*keine partikulare Zutat*) do uniwersalnego dyskursu o sprawiedliwości”, by raz jeszcze przywołać argument Somka.

Ze swej istoty wartości moralne i kulturowe (w przeciwieństwie do epistemologicznych) nie mają odniesienia do prawdziwości¹²¹. Nie są też uniwersalnie ważne ani obowiązujące: przypisywanie wartościom moralnym lub kulturowym roszczenia do uniwersalności nie czyni ich automatycznie uniwersalnymi. Ich ważność wyznacza uznawanie i stosowanie przez uczestników danego „świata życia” w granicach horyzontu tego świata, często (ale nie zawsze) pokrywającego się z granicami określonej kultury. Wartości nie można wprawdzie uzasadnić ani uprawomocnić dyskursem, ale można je uwiarygodnić poprzez określoną, nawet partykularną formę życia¹²² – właśnie uwiarygodnić, ale nie zuniwersalizować. Jest o tym mowa *explicite* w *Teorii działania komunikacyjnego*. W oryginale: „kulturelle Werte gelten nicht als universal (...) können (...) nur im Kontext einer besonderen Lebensform plausibel gemacht werden“ (wartości kulturowe nie obowiązują jako uniwersalne (...) mogą być uwiarygodnione tylko w kontekście jakiejś poszczególnej formy życia). To właśnie odróżnia nie dającą się zuniwersalizować wartość o silnym podłożu kulturowym od normy.

Nieco inaczej wygląda sprawa wartości o najszerzej akceptowanym roszczeniu do ważności na gruncie dyskursu etycznego. W *Wahrheit und Rechtfertigung* Habermas określa je jako centralne: „Okrutnym nazywamy torturowanie ludzi nie tylko tutaj, ale i wszędzie. Nie czujemy się jednak upoważnieni do sprzeciwu wobec osobliwych praktyk w związkach i ceremoniach małżeńskich, tzn. rdzennym elementom etosu obcej kultury, o ile nie są one sprzeczne z naszymi standardami moralnymi – mianowicie z wartościami centralnymi, które wyróżniają się spośród innych wartości swoim uniwersalistycznym roszczeniem do ważności”¹²³. W tym samym źródle powiada o „obiektywności sądów wartościujących, rozumianej jako intersubiektywność”¹²⁴, czyli konsensualnej zgodzie na wartości bardziej „centralne” od innych. Wartości można zatem rozważać jako podzielane (a więc nie tylko wkomponowane w indywidualną, osobistą – do pewnego stopnia egocentryczną – sferę wartości), łączące ludzi w grupę poprzez uznawanie, wyznawanie, poszanowanie i

¹²¹ J. Habermas, *Teoria działania komunikacyjnego*, t. I, s. 157.

¹²² Tamże, s. 120.

¹²³ J. Habermas, *Wahrheit und Rechtfertigung*, s. 290.

¹²⁴ Tamże, s. 291.

praktykowanie tych samych wartości ze względu na te same potrzeby. Oprócz potrzeb wspólnych istnieje też cały szereg potrzeb zindywidualizowanych i osobistych, gdzie wartość (lub preferencja oparta na wartościowaniu) staje się pobudką do działania na rzecz zaspokojenia potrzeby lub uzyskania stanu rzeczy sprzyjającego zaspokajaniu potrzeby i realizacji wartości.

Wartości kandydują do tego, by stać się składową norm¹²⁵, a to z kolei zależy od losów odnośnego dyskursu praktycznego. *Zreflektowane* (czyli już nie po prostu intuicyjne lub stanowiące czyjaś li tylko wewnętrzną motywację) i wyrażone w dyskursie wartości mogą być elementem argumentacji aksjologicznej na rzecz uprawnomocnienia jakiejś normy. Mogą zjednać sobie szersze poparcie pod warunkiem, że przekonają uczestników dyskursu do ich uznania; ale mogą też uczestników poróżnić i zostać odrzucone. Nawet jako element jakichś uprzednio, odwiecznie, dawniej przyjętych norm wartości nie zyskają ważności, dopóki nie zostaną konsensualnie uznane (zaakceptowane) przez uczestników dyskursu: czy to jako element norm prawno-naturalnych, metafizycznych, religijnych, czy to jako element pryncypiów filozoficznych. Takie nasycone wartościami projekty normatywne pozostają normami problematycznymi (nm. *rechtfertigungsbedürftige Normen*; ang. *naive, innocent*).

Z kolei zreflektowane i poddane transformacji dyskursywnej, zaakceptowane w dyskursie wartości mogą być uwzględnione – „ucieleśnione” – w normach, jak powiada Habermas. Mogą też stanowić element uzasadnienia (uprawnomocnienia) danej normy w jej roszczeniu do ważności (albo podważenia tego roszczenia) na etapie dyskursywnej argumentacji. Uznane i przyjęte, mogą zyskać choćby *implicite* moc wspólnormowania praktyk społecznych i wpisywać się w kontekst normatywno-instytucjonalny życia społecznego. Co do wartości kulturowych, ich obecność i działanie są bardziej oddolne społecznie i tu właśnie – niezbywalne, wytwarzające coś w rodzaju „etycznego życia” w jakimś konkretnym kształcie (*konkrete Sittlichkeit*):

„W świetle wartości kulturowych potrzeby jednostki jawią się również innym jednostkom, które przynależą do tej samej tradycji, jako przekonujące. Transformacja potrzeb – zinterpretowanych w sposób zrozumiały i przekonujący – w uprawnione motywy działania następuje jednak dopiero na skutek tego, że przy regulowaniu określonych sytuacji problemowych

¹²⁵ J. Habermas, *Teoria działania komunikacyjnego*, t. I, s. 167–168.

odpowiednie wartości stają się normatywnie wiążące w kręgu osób zainteresowanych. Wszyscy członkowie mogą wówczas wzajemnie od siebie oczekiwać, że każdy z nich w odpowiednich sytuacjach orientować będzie swe działanie według wartości, które w sposób normatywny są ustalone jako wiążące dla wszystkich zainteresowanych. Wywód ten ma uzmysłwić, że normatywny model działania wyposaża działających nie tylko w ‘układ kognitywny’, lecz również w ‘układ motywacyjny’, który umożliwia zachowania zgodne z normami. Model działania zostaje nadto powiązany z modelem uczenia się [w toku] internalizacji wartości. W myśl tego modelu obowiązujące normy uzyskują siłę motywującą działanie o tyle, o ile ucieleśnione w nich wartości prezentują sobą standardy, według których potrzeby są przez adresatów normy interpretowane i w procesie uczenia się wykształcają się jako dyspozycje do posiadania [określonych] potrzeb”¹²⁶,

interesów, preferencji; i najpewniej też wykształcają dyspozycje aretaiczne w sensie osobistych bądź obywatelskich cnót, które motywują od wewnątrz – drogą prudencjalną i fronetyczną – w ramach bardziej konkretnych form życia lub kooperacji, w tym kooperacji opartej na empatii, solidarności, przyjaźni, miłości, trosce, opiece, odpowiedzialności, wewnętrznym przekonaniu, itd. Takie motywacje uważane są niekiedy za przesłanki nie dość rozumne i racjonalne, a co najwyżej rozsądkowe, motywujące subiektywnie, kontyngentnie i wybiórczo, i jako takie – pozbawione prawa do zaistnienia w dyskursie argumentacyjnym. Wszak ogólne normy i abstrakcyjne procedury motywują w sposób odmienny: a trwałe, konieczny, konsekwentny.

Ponadto, potrzeby, pragnienia, interesy można interpretować w świetle wartości w powiązaniu z zagadnieniem preferencji co do „dobrego życia”, tak osobistego, jak i zakładającego relacje, więzi, kooperację z innymi ludźmi; te uświęcone przez tradycję, utarte, samorzutne, ale także te wybierane przez jednostki i wytwarzane w ich wartościotwórczych działaniach. Wreszcie wartości jako godne uwagi, uznania, docenienie w sądach ewaluatywnych, jakie ludzie wytwarzają o sobie nawzajem i za jakie się także uznają i szanują. Ukrytem surowe potrzeby czy interesy mogą podlegać refleksyjnej i aksjologicznej sublimacji, dając początek koncepcjom lub ideom „dobrego życia”. Habermasowi idzie też o takie wartości, dla których istnieją ramy społeczne w formie ról społecznych,

¹²⁶ Tamże, s. 167–168.

profesjonalnych, instytucjonalnych; podobne, lecz bardziej rozwinięte od względem podmiotowo-subiektywnych wartości reprezentuje A. Honneth¹²⁷. Kwestie te nie są wyłącznie przedmiotem osobistych intuicji, nastawień, monologów, jednak Habermas wyraźnie oddziela je np. od sprawiedliwości jako interesu wspólnego i najbardziej uniwersalnego dla jednostek i obywateli demokratycznego „państwa prawa”. W kontekście dyskursu jako procedury normotwórczej i nadającej normom legitymizację sprawiedliwość interesuje Habermasa najbardziej: to przede wszystkim z tego powodu dla sądów ewaluatywnych: wartościowań w kategoriach aksjologii (zwłaszcza kulturowych), a także projektów i wizji dobrego życia jest miejsce w działaniu komunikacyjnym (jego odmianą może być także relacja wzajemnego uznania zwłaszcza w kontekście waloryzacji i uznawania i innych osób ich indywidualnych cech, celów i form samorealizacji, wreszcie właśnie wizji dobrego życia¹²⁸), a dla sądów normatywnych (decyzji, rozstrzygnięć i twierdzeń normatywnych) jest miejsce w dyskursie, zgodnie z „formalną” etyką dyskursu:

„Jeśli zagadnienia praktyczne zdefiniujemy jako kwestie dobrego życia, które niezmiennie dotyczą całości określonej formy życia lub całości indywidualnej historii życia, to formalizm etyczny jest wyrazisty w sensie dosłownym: zasada uniwersalizacji działa jak nóż, dokonuje ostrych jak brzytwa cięć między stwierdzeniami wartościującymi a ściśle normatywnymi, między dobrem a sprawiedliwym. Chociaż wartości kulturowe mogą sugerować roszczenie do intersubiektywnej akceptacji, są one tak nierozzerwalnie splecione z całością określonej formy życia, że nie można powiedzieć, że roszczą sobie prawomocność normatywną w ścisłym tego słowa znaczeniu. Ze swej natury wartości kulturowe są w najlepszym razie kandydatami do ucieleśnienia w normach, które mają na celu wyrażenie interesu ogólnego”¹²⁹.

(Podnoszą ‘roszczenie’ do ważności, ale jej nie uzyskują w drodze konsensualnego uznania przez uczestników dyskursu). Wartości i normy stanowią u Habermasa dwie odrębne sfery. Mogą one bezkolizyjnie współistnieć w indywidualnej osobowości i być praktykowane w jej działaniach i prowadzonym przez nią życiu: „W drodze internalizacji wartości nośne i podstawy normatywne społeczeństwa zostają literalnie wbudowane w struktury osobowości

¹²⁷ Zob. M. Byczyński, *Społeczne oraz instytucjonalne wymiary uznania w teorii Axela Honnetha*. Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź 2021.

¹²⁸ Tamże.

¹²⁹ J. Habermas, *Teoria działania komunikacyjnego*, t. I, s. 104 (podkreśl. K.N.).

jego członków"¹³⁰. Trudniej może być z koordynacją działań między osobami o odmiennych wartościach. Dlatego społeczeństwo jako 'ogół' będzie raczej „ucieleśniać” (*verkörpert*) uniwersalne normy, zaś poszczególne osoby – wartości w ich różnorodności i poszczególności, które to wartości zdaniem Habermasa przeistaczają się w osobiste dyspozycje:

„Co prawda, te nastawienia aksjologiczne (*Wertorientierungen*), które przekształciły się w dyspozycje, są powiązane z odnośnymi tradycjami kulturowymi. Społeczny system normatywny jest bowiem osadzony w uprawomocniającym go kontekście pojmowania świata i siebie przez daną społeczność (*sozialen Kollektiv*). Przesłanki tej prawomocności są również ucieleśnione w wytworach kultury materialnej”¹³¹.

Jednak w mniej homogenicznych i tradycyjnych, a coraz bardziej złożonych i zróżnicowanych aksjologicznie, wielokulturowych społeczeństwach to osadzenie staje się problematyczne. Nie wszystkie wartości przenikają tu do norm czerpiących legitymizację z dyskursu. Ich reprezentacja może być ograniczona zwłaszcza w normach konotujących obowiązki powszechne. Wartości zalecane powszechnie (*Sollwerte*) nie mogą być wartościami większości, mniejszości, ani poszczególnej jednostki. W kompleksowych społeczeństwach ogółu obywateli nie da się już zjednoczyć mocą substancjalnego konsensu co do wartości metafizycznych czy religijnych, a jedynie poprzez konsens co do procedury tworzenia prawa i sprawowania władzy. „Istnieją trzy kryteria, za pomocą których Habermas dokonuje rozróżnienia. *Po pierwsze*, normy i wartości różnią się w odniesieniu do obligatoryjnego lub teleologicznego aspektu działania. *Po drugie*, przypisuje im się różnicę w odniesieniu do ich zamierzonej mocy obowiązującej (*Sollgeltung*), mianowicie że normy są przeznaczone do uniwersalności, podczas gdy wartości są przeznaczone do partykularności. *I po trzecie*, Habermas wyjaśnia, że normy z konieczności dotyczą regulacji stosunków międzyludzkich, podczas gdy wartości odnoszą się do celowości (*telos*) własnego życia każdej jednostki i dlatego 'w żadnym wypadku nie wymagają całkowitego zerwania z perspektywą egocentryczną’”¹³².

¹³⁰ J. Habermas, *Nachmetaphysisches Denken*, s. 116.

¹³¹ Tamże.

¹³² „Putnam, Habermas und Joas über Werte und Normen”, *Information Philosophie*. URL: <https://www.information-philosophie.de/?a=1&t=9081&n=2&y=2&c=99>.

Gdy uniwersalizm wartości podlega pluralizacji, różnicowaniu i fragmentacji, jego miejsce zajmuje konsensualny uniwersalizm norm prawnych osadzony w historycznie uwarunkowanej „kulturze politycznej, niejako dziedzictwie konstytucyjnym”, twierdzi Habermas w *Faktyczności i obowiązaniu*.

k) Idealna versus usytuowana i ukontekstowana sytuacja komunikacyjna

Odsyłając do idei kantowskich (zwłaszcza intelligibilnej podmiotowości, *homo noumenon*, a także idealnej lub – jak powiada Marek Siemek – transcendentalnej intersubiektywności¹³³), sytuacja komunikacyjna wraz z dyskursywną są „idealne” – zarazem jednak od początku „usytuowane”, tzn. osadzone językowo, intersubiektywnie (społecznie), historycznie. Sam istniejący tylko tak właśnie rozum nie jest zawieszony w powietrzu (*freischwebender*)¹³⁴, lecz „každorazowo usytuowany” (*die jeweils situierte Vernunft*)¹³⁵.

Usytuowanie ma zasadniczo przewyższać dwoistość (dualizm) idealności i zmysłowości: jednak przewyżczenie to nie może być pełne i o tym właśnie mówi pojęcie *kontrfaktyczności*¹³⁶. Mamy oto ideał wspólnoty rozumnych uczestników kierujących się zasadami komunikacji (a także dyskursu) i dążących do pełnego porozumienia. Wszak ideał ten mogą jedynie „antycypować”. Wyrażnie z inspiracji Hegłowskiej krytyki wyidealizowanego modelu podmiotowości i prawodawstwa u Kanta (zasadniczo nie wiadomo jak i kiedy dającego się urzeczywistnić z uwagi na dualizm *homo noumenon* / *homo phaenomenon*) – zwłaszcza w kontekście prawodawstwa jurydycznego, stanowiącego

¹³³ M. J. Siemek, *Inedita*. Red. naukowa E. Nowak, Wydawnictwa Uniwersytetu Warszawskiego, Warszawa 2020, zwł. rozdział „Jedność apercepcji a wielopodmiotowość”, s. 171n.: „Podmiot może (...) cokolwiek przyjmować, rozumieć i uznawać dopiero w porozumieniu z *innym* podmiotem. Racjonalna forma wszelkiego *prawidła* o ważności powszechnej (...) zakłada bowiem od razu empiryczną wielość i różnorodność [*Pluralität*] podmiotów rzeczywistych. Wobec tego na epistemologicznym podłożu Kantowskiego transcendentalizmu, w idei samo-odniesienia podmiotu (...) została też *implicite* skonceptualizowana konieczność *międzypodmiotowej wspólnoty* (*intersubjektive Gemeinschaft*) ‘skończonych istot rozumnych’. Możliwa w wielopodmiotowym świecie koegzystencja i współdziałanie pozwalają dążyć do jedności w racjonalnej interakcji społecznej”. Ta uzmysłowiona (*versinnlicht*) zwłaszcza w znaczącej i sensownej rozmowie/komunikacji i pozostałych znaczących i sensownych interakcjach, i tak właśnie ucieleśniona czy usytuowana intersubiektywność nie tylko zachodzi – ale przede wszystkim wytwarza, to jest konstytuuje to, co społeczne i społecznie znaczące. To jest już nie po prostu transcendentalny ideał, ale „Gegebenheit” na przecięciu dwóch światów (*Zweiweltenthesen*), por. J. Habermas, *Filozoficzny dyskurs nowoczesności*, s. 334 n.

¹³⁴ J. Habermas, *Wahrheit und Rechtfertigung*, s. 281.

¹³⁵ Tamże, s. 281.

¹³⁶ J. Habermas, *Nachmetaphysisches Denken*.

instytucje publiczne, jakiego potrzebuje społeczeństwo oparte na wolności wszystkich, legitymizującej państwo prawa, Habermas od początku urealnia sytuację komunikacyjną, osadzając ją (*situiert*) (1) w intersubiektywnej relacji rzeczywistych (czyli skończonych) podmiotów zamiast umieszczać jej konstrukcję „w głębi ducha” jednoosobowego podmiotu. Dzięki temu rozum komunikacyjny nie będzie już „ześrodkowany w podmiocie”¹³⁷. Habermas nie oszczędza też podmiotowości w jej samo-odniesieniu opisanym w fenomenologii, ponieważ w interakcji komunikacyjnej chodzi właśnie o to,

„by horyzontów wykładni świata jako źródła sensu nie wiązać z *Dasein*, które heroicznie projektuje samo siebie, ani z działaniem się, które wyznacza strukturalne tło, lecz ze światami przeżywanymi o strukturze komunikacyjnej, które reprodukują się przez konkretne medium działania nastawionego na porozumienie”¹³⁸.

(2) W języku, który artykułuje i nadaje charakter *explicite* wszelkiemu rozumieniu, argumentacji i porozumieniu, udostępniając je wszystkim podmiotom komunikacyjnej interakcji (Etyczne reguły i ideały sytuacji); 3) w określonym czasie historycznym; 4) w określonych realiach społecznych. Jednak rozrzut pomiędzy niedoskonałą, bo „uzmysłowioną” interakcją a jej ideałem – rozumianym nie tylko jako transcendentalne założenie, lecz także jako pełna realizacja idealnego porozumienia staje się stosunkiem kontrfaktycznym. Jej uczestnicy – czyli rzeczywiste, zmysłowe, posługujące się językiem złożonym ze znaczących i sensownych wypowiedzi (a także językiem znaczących i sensownych zachowań pozawerbalnych w ramach interakcji symbolicznej) realizują idealne porozumienie jako rezultat komunikacyjnego współdziałania tylko w wymiarze i jakości leżącej w ich mocy. Pełną realizacją byłoby osiągnięcie ideału, do którego można i warto zmierzać. Jego funkcja jest regulatywna, a zdaniem niektórych (np. K.-O. Apla) wręcz „utopijna”. Kontrfaktyczność jeszcze wyraźniej naznacza dyskurs praktyczny, który odrywa się od surowych, subiektywnych, egocentrycznych (i często naturalnych) potrzeb, interesów, doświadczeń, emocji (także ewaluatywnych) i ‘wirtualizuje’ się, jak powiada Habermas, a także ‘przyjmuje wyraz zreflektowany’, ‘duchowy’, jak powiada znów A. Honneth¹³⁹,

¹³⁷ J. Habermas, *Filozoficzny dyskurs nowoczesności*, s. 334–335.

¹³⁸ Tamże, s. 336.

¹³⁹ Zob. A. Honneth, „Reality or Appearance of Ethical Life?”, *Ethics in Progress* 2022, Vol. 1(13) (w druku); zob. też M. Byczyński, *Spoleczne oraz instytucjonalne wymiary uznania w teorii Axela Honnetha*.

wreszcie komunikowalny – czyli dostępny tak samorozumieniu, jak i rozumieniu przez inne osoby, z którymi podmiot się porozumiewa, przez które może być też w jakiejś mierze oceniany – ale przede wszystkim powinien być doceniany, uznawany, szanowany. „Przecież nawet kontrfaktyczne idealizacje, które pozwala skutecznie stosować bezprzymusowy przymus lepszego argumentu, nie bytują w bezczasowym świecie bezcielesnych idei, mających się do tego tutaj świata jak wzorce i mierniki. Jako warunki udanej komunikacji stanowią one element rzeczywistości społecznej – i w niej właśnie ich przymus jest skuteczny”¹⁴⁰. Ponadto, jak powiada sam Habermas, świadomy rozrzuć między ideałem a rzeczywistością, „Bez względu na to, jak bardzo zdeformowana (*deformed*) może być intersubiektywność wzajemnego porozumienia, projekt (*the design*) idealnej sytuacji komunikacyjnej jest z konieczności wpisany w strukturę potencjalnej komunikacji, ponieważ wszelka komunikacja – nawet ta umyślnie zafałszowana – jest ukierunkowana na ideę prawdy. Tę ideę można rozpatrywać tylko w kategoriach konsensusu uzyskanego w nieskrępowanym i powszechnym dyskursie”¹⁴¹.

Kontrfaktyczność sytuacji komunikacyjnej przysporzyła Habermasowi niemało krytyki. Już jednak sam termin „sytuacja” sugeruje usytuowanie komunikacji, a ponadto, z uwagi na przedmiotowo-esencjalne odniesienia szeregu wypowiedzi padających w komunikacji – czyni działanie komunikacyjne przedmiotowym, zamiast zupełnie sformalizowanym i abstrakcyjnym (jako miało to miejsce w kantyzmie). Wreszcie konkretnie istniejące, uznawane przez daną społeczność, wielorakie dziś (*spluralizowane*), historycznie zaś i kulturowo zmienne spektrum wartości (*konkrete Wertordnung*) i priorytetów uosabianych przez ludzi (nie mówiąc już o skrajnym zróżnicowaniu posiadanej przez nich wiedzy, kognicji i rozumienia) sprawia, że interakcja komunikacyjna i jej przebieg są „osadzone” (*Einbettung; embeded*). Sama racjonalność tej interakcji (idealna w sensie objaśnionym już wyżej) w zastosowaniu, którego dokonują istoty nie-idealne, lecz empiryczne, także ulega urzeczywistnianiu i zastyga w swych zawsze niedoskonałych, ale niezbędnych dla samoregulacji „konkretnej wspólnoty” (*konkrete Gemeinschaft*) wytworach: w „faktyczności” rozstrzygnięć i norm, które mają nas obowiązywać właśnie jako instytucje czerpiące ważność i legitymizację z dyskursów toczonych przez nas. „Regulują one konteksty

¹⁴⁰ H. Brunkhorst, „Deliberative Politik – ein Verfahrensbegriff der Demokratie”, w: P. Koller, Ch. Hiebaum (Hgg.), *Jürgen Habermas: Faktizität und Geltung*. De Gruyter, Berlin – Boston 2016, s. 127.

¹⁴¹ J. Habermas, „Towards a Theory of Communicative Competence”, s. 372.

życia obywateli konkretnej wspólnoty prawnej” (*sie regulieren den Lebenszusammenhang der Bürger einer konkreten Rechtsgemeinschaft*)¹⁴² z namacalnymi i dotkliwymi dla osób zainteresowanych komunikacją i dyskursem problemami, antagonizmami, konfliktami, ale też celami, interesami, dobrami (historycznie zmiennymi, w pewnej zaś mierze tradycyjnymi). Ich ustalenie wymaga odniesienia do kontekstu życia (*Lebenszusammenhang*) i świata życia (*Lebenswelt*), a więc czerpania z socjopsychologicznej i socjomoralnej kognicji; z „usytuowanego” i uspołecznionego, a nie „czystego” rozumu praktycznego; wymaga wsłuchania się w dysonans i kakofonię jego głosów, by przeobrazić je z czasem w polifonię, harmonię, a może jeden wspólny głos¹⁴³. „Uczestnicy, mając na uwadze to, co celowe, dobre i sprawiedliwe, czynią każdorazowo inny użytek z praktycznego rozumu. Odpowiadają temu różne typy dyskursu”¹⁴⁴, toczzonego w ramach sytuacji komunikacyjnej. Założenia te mogą wydać się antyuniwersalistyczne, nie dość formalistyczne, kontyngentne i relatywistyczne: nie mogę w tym miejscu analizować całej debaty. Dość powiedzieć, że w kontekście niniejszej rozprawy doktorskiej osadzenie (usytuowanie), ukontekstowanie, konkretyzacja i bliskość „świata życia” stanowią atuty sytuacji komunikacyjnej.

Do nieusuwalnego odniesienia „osadzonego” rozumu komunikacyjno-praktycznego przynależy więc sam świat (światy) życia¹⁴⁵ jako ‘horyzonty’, ‘konteksty’ (słowo ‘tło’ sugeruje jakieś zaplecze, a tutaj chodzi o ulokowanie *wewnątrz*, w samym środku jakiejś społecznej materii życia), wreszcie przedmiotowe, a także aksjonormatywne (etyczne i moralne) odniesienie dla działania komunikacyjnego¹⁴⁶. Podobnie będzie z odniesieniem dla dyskursu teoretycznego z jego pytaniem, ‘jak się rzeczy mają’ i praktycznego z jego pytaniem, ‘co powinniśmy robić, jak powinniśmy postępować’. Świat życia nie jest izolowaną osobistą ‘monadą’, lecz pozostaje włączony w rozmaite międzypodmiotowe relacje

¹⁴² J. Habermas, *Faktyczność i obowiązywanie*, s. 174–175.

¹⁴³ Somek podaje następujący przykład: „Jestem przeciwny otwieraniu sklepów w weekend. Dni wolne od pracy to element zrównoważonego sposobu życia. Bywam gościem w świecie, gdzie przez siedem dni w tygodniu można zrobić zakupy (...) to nie jest mój świat (*ich bin... nicht zu Hause*) ... i możliwe, że także nie mój interes. Jednak coś może ‘dotyczyć’ *nas* nawet, gdy nie mamy w tym bezpośrednio własnego interesu. Wartości przenikające świat życia nie są więc żadnym partykularnym dodatkiem (*keine partikulare Zutat*) do uniwersalnego dyskursu o sprawiedliwości”, A. Somek, „Zur Rekonstruktion des Rechts (2): Die Prinzipien des Rechtsstaates”, w: P. Koller, Ch. Hiebaum (Hgg.), *Jürgen Habermas: Faktizität und Geltung*, s. 80.

¹⁴⁴ J. Habermas, *Faktyczność i obowiązywanie*, s. 174.

¹⁴⁵ Jak pisze Habermas: „Pojęcie świata życia należy do teorii działania” (*das Lebensweltkonzept muß handlungstheoretisch*), J. Habermas, *Diskursethik*, s. 166.

¹⁴⁶ „Świat życia jest, jak widzieliśmy, horyzontem [dla] procesów dochodzenia do porozumienia, w trakcie których uczestnicy zgadzają się ze sobą bądź spierają co do czegoś w jednym świecie obiektywnym, w ich wspólnym świecie społecznym bądź też w subiektywnym świecie każdego z nich”, J. Habermas, *Teoria działania komunikacyjnego*, t. I, s. 240.

i praktyki (*eine intersubjektiv geteilte Lebenswelt*)¹⁴⁷. Praktyki te – jak i sama wielość i różnorodność podmiotów w intersubiektywnych relacjach – mogą obfitować w problemy, antagonizmy, konflikty natury *praktycznej*, ale wzywają też do ich rozpoznania i zrozumienia na gruncie sytuacji komunikacyjnej, w której uczestniczą podmioty tych samych praktyk. Podmioty, dopóki reprezentują tylko „światy życia”, reprezentują też potoczną, naiwną, pre-konsensualną kognicję (wiedzę) i przekonania. Niekiedy uosabiają perspektywy, nie umiejąc ich uwspólnić i ‘stopić’ z perspektywami innych, by lepiej się z nimi porozumieć.

Tymczasem w interesującej mnie tu dalej sytuacji komunikacyjnej w publicznej opiece zdrowotnej ta właśnie, „naiwna”, jak powiada Habermas, potoczna wiedza i przekonania będą musiały ulec pewnym korektom *na drodze porozumienia z lekarzem i pielęgniarem* co do wyboru i zastosowania wiedzy medycznej jako kluczowej wartości epistemicznej w publicznej opiece zdrowotnej, przykładowo wtedy, gdy przyjdzie porzucić ludowe wierzenia, tradycyjne praktyki lecznicze i współpracę z uzdrowicielem na rzecz planu leczniczego oferowanego przez medycynę konwencjonalną zgodną z aktualnym stanem nauk medycznych, do której praktykowania zobowiązani są pracownicy publicznej opieki zdrowotnej.

Z drugiej strony, we wzajemnym rozumieniu – zważmy: najpierw co do „jednostronnych” racji i wartości (zob. wyżej na temat dwojakiego rodzaju działania komunikacyjnego) lekarz w wypowiedziach pacjenta (o ile takowe padną) zidentyfikuje, zrozumie i przyjmie pewne pozamedyczne – to jest społeczne, kulturowe i osobiste – wartości i odniesienia przedmiotowe, jako ważne elementy sytuacji medyczno-zdrowotnej pacjenta „ukontekstowanego” w światach życia. Właśnie w sferze opieki zdrowotnej (poza orzecznictwem sądowym, gdzie występuje raczej dyskurs praktyczny i aplikacyjny, mające uprawomocnić rozstrzygnięcia i wyroki) ukontekstowanie sytuacji komunikacyjnej będzie najsilniejsze. Pomijam tu kolizje pomiędzy konwencjonalnymi i publicznymi wartościami systemu zdrowia a wartościami zdrowotnymi z zakresu medycyny ludowej i tradycyjnej, dla których w publicznej opiece zdrowotnej nie ma miejsca i wybór między jednym a drugim nie będzie mógł być racjonalnie legitymizowany przez pracowników medycznych; będzie on prywatną sprawą pacjenta i jego „światów życia”. Jednak ze światów życia niezmiennie pochodził będzie sens nadawany zdrowotności, potrzebom zdrowotnym, chorobie, praktykom klinicznym i medycznym z punktu widzenia pacjenta, a ten punkt widzenia jest nieusuwalny z komunikacyjnej interakcji i sytuacji typu klinicznego z udziałem pacjenta. Pacjent zawsze

¹⁴⁷ J. Habermas, *Diskursethik*, s. 122.

będzie nośnikiem i uosobieniem „znaczeń dosłownych i znaczeń zależnych od kontekstu” (światów życia) i będzie się wypowiadał, przytaczał sensy i znaczenia, wreszcie podnosił roszczenia do prawdziwości, ważności i słuszności na tym „tle”, czy to *explicite*, czy *implicite*¹⁴⁸.

Publiczna opieka zdrowotna *realizuje* praktycznie (czyli aplikuje – konkretyzując sytuacyjnie) już zuniwersalizowane i raczej niekontrowersyjne (w przeciwieństwie do jakości samych praktyk, alokacji i dystrybucji środków, itp.), powszechno-społeczne priorytety aksjonormatywne ujęte w ustawy regulujące praktyki medyczne świadczone na rzecz społeczeństwa. Z drugiej strony, w obrębie tej centralnej, wielopoziomowej instytucji każdego dnia poszukuje się rozwiązań i podejmuje decyzje kliniczne w interesie *poszczególnego pacjenta*, który ze swymi potrzebami i preferencjami osadzony jest w określonym „kontekście życia”. Podejmuje się uzgodnienia, rozwiązania i decyzje z jego udziałem na podstawie przysługujących mu praw pacjenta, względem których pracownicy medyczni realizują zobowiązania, zasadniczo uruchamiając każdorazowo intersubiektywny (w mikroskali), z całą pewnością „osadzony” rozum komunikacyjno- praktyczny (jako jeden i ten sam rozum o różnych zastosowaniach) na poczet nowych, skonkretyzowanych uzgodnień, rozwiązań i decyzji, które będą dalej wiążące dla wszystkich uczestników określonej interakcji kliniczno-komunikacyjnej. W uzasadnieniach przewiną się powszechne i publicznie uznawane normy prawa i etyki lekarskiej, a także protokoły kliniczne. Niektóre będą rutynowo stosowane w trakcie diagnostyki czy zabiegów. W sytuacjach trudniejszych – gdy znajdzie ryzyko, kontrowersja, spór, konflikt dóbr, dylemat, etc. (w który może też być uwikłany lekarz), gotowych rozstrzygnięć i decyzji, kategorii do przypisania z ‘wykazu’ i procedur do zastosowania ‘z protokołu’ może zabraknąć. Zwłaszcza, że już sam interes (dobro) pacjenta będzie wymagać konkretyzacji, a niejednokrotnie – uwzględnienia wartości i priorytetów należących do jego „kontekstu” i „świata życia” dzielonych np. z rodziną, partnerem życiowym, grupą zawodową, grupami zaangażowanymi w jakieś ludzko-społeczne praktyki; wreszcie uwzględnienia osobistych priorytetów (wartości i celów). Na przeciwnym biegunie tego ukontekstowania i konkretyzacji zawsze stoi idealizacja: wertykalne przekraczanie subiektywnego zapatrywania już choćby przez jego nagłośnienie w sytuacji komunikacyjnej; *transcendowanie* partykularyzmów i subiektywnych prawd poprzez „orientację na prawdziwość”, ku której aktorzy zmierzają wspólnie ponad różnicami, angażując się w to przedsięwzięcie aktywnie, a nie ‘deklaratywnie’. „Tu idealizacja polega na

¹⁴⁸ J. Habermas, *Teoria działania komunikacyjnego*, t. I, s. 453 n.

prowizorycznym abstrahowaniu od odchyleń, indywidualnych różnic i ograniczających kontekstów (...) jeżeli te odchylenia przekraczają jakiś poziom tolerancji, dochodzi do zaburzeń komunikacji”¹⁴⁹. „Przekraczać” skrajnie różne, zgoła antagonizujące sytuacje wyjściowe w obliczu praktycznych konfliktów i wyzwań, by „osiągać intersubiektywnie podzielane zapatrywania na sporną sprawę”¹⁵⁰ to idealny cel komunikacji według Habermasa, cel mieszczący się w dużej mierze w sferze aspiracji, a mimo to realizowany. „Aż do momentu, w którym rozbieżność między ideałem a jego niepełną realizacją staje się w konkretnym przypadku zbyt jaskrawa, działający – dopóki zachowują postawę performatywną – nie przyjmują do wiadomości empirycznie obserwowalnych niedoskonałości”¹⁵¹ i dalej próbują komunikować się, refleksyjnie przekraczając bariery i antycypując możliwe porozumienie. „Nie możemy wykluczyć, że jakaś, choćby idealnie uzasadniona wypowiedź okaże się fałszywa”, że „to, co tu i dziś akceptowane jest jako racjonalne, w lepszych warunkach epistemicznych, przed inną publicznością i w obliczu obiekty, które mogą się pojawić w przyszłości, może okazać się fałszywe”¹⁵² – acz tylko i jedynie argumentacja pozwala badać „prawdziwość wypowiedzi problematycznych”¹⁵³ lub ponownie problematycznych. Innej drogi godnej polecenia racjonalnym, autonomicznym i uspołecznionym istotom nie widać¹⁵⁴.

¹⁴⁹ J. Habermas, *Działanie komunikacyjne i detranscendentalizacja rozumu*, s. 28.

¹⁵⁰ Tamże, s. 29.

¹⁵¹ Tamże, s. 28.

¹⁵² Tamże, s. 70.

¹⁵³ Tamże, s. 31.

¹⁵⁴ Choć proponuje się je, poczynając od rozmaitych form deliberacji (także z elementami emocjonalności i agresji) przez konstruowanie sądów monologicznych, które nie „spotkają się” w „intersubiektywnym uznaniu”, por. tamże, s. 68, aż po rozwiązania strategiczne, autorytarne, siłowe czy – dla odmiany – altruistyczne.

ROZDZIAŁ IV

Dyskurs

- a) Dyskurs, jego istota i uwarunkowanie przez działanie komunikacyjne**
- b) Dyskurs teoretyczny, dyskurs praktyczny, dyskurs, który sądzi**
- c) Argumentacja jako istota dyskursu praktycznego**
- d) Dyskurs etyczno-praktyczny i dyskurs moralno-praktyczny**
- e) Dyskurs eksplikacyjny („terapeutyczny”)**
- f) Ogólna charakterystyka reguł dyskursu**
- g) Reguły etyki dyskursu (przed dyskursywną teorią prawa i polityki)**
- h) „Reguły rozumności” w dyskursie praktycznym**
- i) Reguły tranzykcji pomiędzy dyskursami praktycznym i teoretycznym**

a) Dyskurs, jego istota i uwarunkowanie przez działanie komunikacyjne

Generalnie habermasowski model dyskursu służy uzasadnianiu (uprawomocnianiu) i konsensualnemu uznawaniu norm lub rozstrzygnięć i decyzji o znaczeniu normatywnym (zgodzie *na nie*). Aby mogły one mieć uniwersalną „ważność”, czyli uniwersalnie wszystkich obowiązywać, również ich uprawomocnienie musi być uniwersalne. Taki model dyskursu może wydać się zbyt abstrakcyjny – a nawet ponadwymiarowy w swoich zadaniach i ambicjach – dla użytku w kontekstach medyczno-klinicznych, gdzie przecież nie tworzy się nowych norm (te bowiem należą do legislacji), lecz podejmuje praktyczne decyzje i rozstrzygnięcia już w zdefiniowanych ramach normatywnych, na które składają się różnego rodzaju ustawy, procedury i protokoły kliniczne, a także kodyfikacje etyczne. Jednak prezentacja ogólnego modelu *etyki* dyskursu i pewnych bardziej specyficznych odmian dyskursu w jego obrębie jest tutaj konieczna choćby po to, by pokazać, że w drodze od jednostkowych i konkretnych „intuicji” i „przeświadczeń” moralnych ku najbardziej powszechnym normom (a są to normy prawne) występują *etapy* bądź *stadia* dyskursu, na których mogą odnaleźć się i z których mogą skorzystać uczestnicy wielopodmiotowych sytuacji bądź procesów decyzyjnych w medycynie. Prezentacja założeń dyskursu pokazuje też, że Habermas równoważy i łagodzi każde skrajne podejście: Kantowski, formalistyczny i abstrakcyjny, a także dokonywany w głębi indywidualnego umysłu („ducha”) sprawdzian uniwersalizowalności maksym praktycznych ma tu przeciwwagę w konkretnych „moralnościach” (*Moralen*), a etyka dóbr resp. „powszechnego dobra” (*aufs allgemeine Wohl*), etyka solidarności (*Solidarität*) i etyka deontologiczna oparta na „zasadzie sprawiedliwości” (*aufs Gerechtigkeitsprinzip*)¹ okazują się mieć jeden społeczny korzeń: dyskursywne porozumienie. Jednocześnie ogólny model dyskursu, od którego rozpoczną omawianie dyskursywności według Habermasa, zakłada uniezależnienie – czyli ubezstronnienie – normatywnej ważności swych rezultatów od „konkretnego partykularyzmu” (zwłaszcza wartości, których wielość i zróżnicowanie nadaje nowoczesnemu życiu i relacjom społecznym charakter agonistyczny lub potencjalnie konfliktogenny) w imię imię dóbr i interesów, co do których zgoda możliwa jest tylko z punktu widzenia

¹ J. Habermas, „Treffen Hegels Einwände gegen Kant auch auf die Diskursethik zu?”, w: tegoż, *Erläuterungen zur Diskursethik*. Suhrkamp, Frankfurt am Main 1991, s. 17.

komunikującego i dyskutującego „my” (*Wir*)². Nie zajmuje się ono uspołeczniającą „walką o uznanie” między samowiedzami „panującymi” i „służebnymi”. „My” jest tu każdorazowo nowym wytworem konkretnego dyskursu, w którym najpierw spotyka się pluralistyczna mnogość konkretnych osób, manifestująca „ten sam” (*dieselbe*) – komunikacyjny i dyskursywny – rozum.

Habermasowski „moralny punkt widzenia” jako perspektywa właściwa ogólnemu dyskursowi (praktycznemu) jest więc więc ponadpartykularny i należy go odróżniać o *moralności* (w liczbie mnogiej), które toczą bardziej niszowe społecznie, a mniej centralne i publiczne dyskursy: w niniejszym rozdziale będzie o nich mowa w oddzielnym punkcie.

Inaczej niż działanie komunikacyjne, dyskurs nie jest interakcją międzypodmiotową (intersubiektywną), a tylko na niej niejako ‘pasożytuje’ jako nowy i niezależny proces. Interaktywność to tutaj „refleksywność” argumentu: w odpowiedzi na jeden argument odzywają się kolejne argumenty. Związek dyskursu z działaniem komunikacyjnym jest też taki, że dyskurs szuka zasadnych i akceptowalnych dla wszystkich uczestników (i jednocześnie zainteresowanych) regulacji lub rozwiązań dla praktyk, których koordynacja nie powiodła się w *działaniu komunikacyjnym*, tak, jak opisałam je w poprzednim rozdziale.

Spśród istotnych znamion dyskursu należy wskazać też takie: jest on transpodmiotową manifestacją normotwórczej lub decyzyjotwórczej, refleksyjnej i argumentacyjnej³ rozumności. W *Nachmetaphysisches Denken* Habermas pokazał, że nie jest to rozumność jakiegoś uprzednio „jednego” rozumu (*die Einheit der Vernunft*)⁴ poddającego spójną i kompletną „wizję świata” (*weltbildend, weltkonstituierend*). Tutaj w każdym głosie daje o sobie znać tylko „częstka rozumu” (*Vernunftpartikel*), tzn. rozpoznanie lub rozumienie fragmentu świata – nigdy już całości. Rozum może być „jednym”, ale tylko jako wielgłos (*die*

² Por. J. Habermas, „Werte und Normen“, w: tegoż, *Wahrheit und Rechtfertigung*, s. 279. Zdaniem Habermasa wzajemne uznanie należy do procesu uspołecznienia (*Vergesellschaftung*), gdzie większe znaczenie ma komunikacyjną interakcją, a samo uznanie ma znaczenie konstytutywne dla ukształtowania „samodzielnej podmiotowości” (*selbsttätiges Subjekt; freitätige Subjektivität*), „relacji ja – ty” i „ja – mnie”, „tożsamości uspołecznionych jednostek kształtujących się w medium językowego porozumiewania się z innymi i w medium biograficzno-intrapodmiotowego porozumienia ze sobą samym”, zob. J. Habermas, *Nachmetaphysisches Denken*, s. 191–199; wreszcie „niezbędnej dla życia tkanki stosunków wzajemnego uznania”, J. Habermas, „Treffen Hegels Einwände gegen Kant auch auf die Diskursethik zu?”, s. 16. Wedle Habermasa wzajemne uznanie to domena filozofii podmiotu lub, jak powiada Siemek polemizując z Habermasem, „inter-podmiotu”, M. Siemek, *Inedita*, op. cit. Z kolei akcent na kooperatywne „my” pierwotne wobec „Ja” i mające zapobiegać konfliktom czy „kryzysom” definiującym nowoczesność zdaniem Hegla i Habermasa położy A. Honneth, *Das ich im wir. Studien zur Anerkennungstheorie*. Suhrkamp, Frankfurt am Main 2010; zob. M. Byczyński, *Społeczne oraz instytucjonalne wymiary uznania w teorii Axela Honnetha*, dz. cyt. Z kolei Kloc-Konkołowicz pisze o społecznych procesach edukacyjnych jako kwintesencji „walki o uznanie”, zob. tegoż, *Anerkennung als Verpflichtung*. Königshausen & Neumann, Würzburg 2015.

³ Nie należy refleksyjności utożsamiać z refleksywnością (responsywnością wobec czegoś, albo ekwiwalencją).

⁴ J. Habermas, *Nachmetaphysisches Denken*, s. 155.

Einheit der Vernunft allein in der Vielheit ihrer Stimmen)⁵. Jest to rozum „etyczno-obywatelskiej społeczności” (*ethisch-bürgerliches Gemeinwesen*) „wiedzionej pytaniami natury etycznej” (*von ethischen Fragestellungen leiten*)⁶ ku wspólnej konstrukcji, nadającej się do konsensualnego przyjęcia. Członkami tej społeczności (i występujących w niej grup, które korzystają z dyskursu) są istoty rzeczywiste i skończone (*homo phaenomenon*, jak powiada Kant).

Do tej społecznie wytwarzanej rozumności ścieranie się opinii i argumentów wnosi nową jakość, najpierw zróżnicowaną, nierzadko agonistyczną. Jednak zdaniem Habermasa „celebrowanie” sporu nie wystarczy do powzięcia pilnych rozwiązań i ustalenia regulacji dla poważnych konfliktów praktycznych. Ponadto, zróżnicowanie celów czy interesów ma być ujmowane w jednolitych (*gleich*) – a więc bardziej ogólnych i abstrakcyjnych regulacjach. „Im więcej dyskursu, tym więcej przestrzeni dla niezgody i różnicy. Im bardziej abstrakcyjny jest poziom konsensu, tym bardziej różnorodne dyssensy może on pomieścić, a przy tym dawać gwarancję, że da się z nimi żyć *bez stosowania przemocy (gewaltlos)*”⁷ i czerpać z niego szereg innych pożytków społecznych. Osiągane w takim dyskursie uzasadnienia i zgody nie implikują „przymusowej integracji różnorodności”, „opresywnej” i „wrogiej indywidualizmowi uniwersalizacji”⁸.

Dyskurs jest więc po to, by zróżnicowana zbiorowość wzniosła się ponad partykularyzmy i uzasadniła (uprawomocniła, zalegitymizowała) normę, decyzję lub rozstrzygnięcie adresowane do niej samej na poziomie spornych, rodzących konflikty, godzących w czyjeś dobra, interesy, wreszcie poczucie sprawiedliwości praktyk. Habermas przeważnie – choć nie zawsze – ma tu na uwadze normy i postanowienia natury prawno-instytucjonalnej bądź politycznej. Z punktu widzenia niniejszej rozprawy istotne będzie owo *nie zawsze*, najpierw jednak należy je odpowiednio usytuować na gruncie teorii i etyki dyskursu w ogóle.

Habermas nadbudował teorię dyskursu na teorii działania komunikacyjnego, co nie znaczy, że stworzył założenia dyskursu *po* komunikacji. W „*Theorie der Gesellschaft oder Sozialtechnologie?*” (1971) o jednym i drugim powiada jednym tchem⁹, dopiero jednak

⁵ Tamże, s. 155.

⁶ Tamże, s. 157.

⁷ Tamże, s. 180. Dotyczy to także norm: im bardziej abstrahują od poszczególności, tym więcej jej obejmują i harmonizują.

⁸ Tamże, s. 180.

⁹ W literaturze przedmiotu postuluje się włączanie *ogólnie i niespecyficznie pojętych* narzędzi dyskursywnych do debat publicznych, jak i do stricte bioetycznych praktyk decyzyjnych, toczących się w strukturze opieki zdrowotnej każdego dnia, jednak ich rzeczywisty udział w tych debatach i procesach jest wciąż nikły i zorientowany na tzw. rozległe doktryny etyczne i najogólniejsze, ramowe założenia demokracji. „Istotą bioetyki,

przeczuwając, czym będzie dyskursywnie umocowana norma. Przejście między działaniem komunikacyjnym do procesu dyskursywnej formacji woli opisuje w kategoriach uczenia się, rodzaju nowego etapu „Bildung”, wymagającego wyjścia z bezpośredniej samooczywistości życia i wykroczenia poza zwykłość komunikacji jako przekazu, wymiany, obiegu, itp. informacji.

Z drugiej strony, komunikacja zawsze stanowić będzie jeden z koniecznych warunków podjęcia dyskursu. „Możemy więc wyróżnić dwie formy komunikacji (lub ‘mowy’, *Rede*): *działanie komunikacyjne* (interakcja) (...) oraz *dyskurs*”¹⁰. Jednokierunkowe warunkowanie (dyskursu przez działanie komunikacyjne) polega, jak już wspomniano wyżej, na tym, że

„Tutaj – czyli w dyskursie – tematyzowane będą problematyczne roszczenia ważnościowe – ale nie będzie się już wymieniać informacji. W dyskursach będziemy starali się najpierw odtworzyć problem porozumienia zrodzony na etapie działania komunikacyjnego [np. polegający na niemożliwości skoordynowania jakichś praktyk przez co najmniej dwóch aktorów, dwa podmioty, – K.N.], ale odtworzyć go teraz na poziomie uzasadnienia (*durch Begründung wiederherzustellen*). W związku z tym od tej pory będę mówił o porozumieniu poprzez dyskurs. Celem porozumienia jest przezwyciężyć taką sytuację...”¹¹.

jak i dyskursu jest przywiązanie jego członków do wartości i ideałów społeczeństwa demokratycznego, które stanowią kryteria regulacji publicznej, oraz świadomość nieuniknionego pluralizmu światopoglądowego w takim społeczeństwie. Jest ono ze swej istoty zróżnicowane i nie można w nim tworzyć powszechnie obowiązujących norm, które uprzywilejowałyby wybrane światopoglądy kosztem innych. Tym, co ma decydować o trafności publicznie obowiązujących rozstrzygnięć normatywnych, nie mogą być osobiste przekonania wybranych członków społeczeństwa lub należących do niego grup (...) Podstawowym ‘instrumentem’ dyskursu bioetycznego jest publiczna debata, w której prezentowane są stanowiska o różnych zaplecach...”, wykorzystujące „zasoby rozmaitych normatywnych teorii etycznych”; „bioetyka jako dyskurs nie ma określonego wymiary światopoglądowego lub teoretyczno-filozoficznego, z wyjątkiem założenia demokratycznych wartości i ideałów”; „publiczny dyskurs bioetyczny odbywa się na wielu forach. Należą do nich seminaria i wykłady dla przyszłych i obecnych pracowników służby zdrowia oraz innych profesjonalistów w czasie kształcenia zawodowego (...) Innym ważnym forum dyskursu bioetycznego są obecne w coraz większej liczbie krajów (w tym i w Polsce) szpitalne komisje etyczne, które pomagają profesjonalistom medycznym, pacjentom i ich rodzinom podejmować trudne decyzje (...) ciała doradcze przy urzędach i organach władz publicznych, jak ciała ministerialne (...) narodowe komitety bioetyczne (...) które przygotowują raporty i rekomendacje, następnie wykorzystywane w procesie legislacyjnym. Ważnym oddolnym forum dyskursu bioetycznego są organizacje i inicjatywy pacjenckie. Przedstawiają one opinii publicznej swoje rozumienie specyficznych problemów związanych z pewnymi chorobami (...) W debacie bioetycznej szczególnie cennym forum są też media”, P. Luków, „Prawo medyczne a bioetyka i etyka lekarska”, w: E. Zielińska, R. Kubiak, L. Kubicki (red. naukowa), *Pojęcie, źródła i zakres prawa medycznego*. Warszawa, Wolters Kluwer 2018, s. 60–61.

¹⁰ J. Habermas, „Vorbereitende Bemerkungen zu einer Theorie der kommunikativen Kompetenz“, s. 115.

¹¹ Tamże, s. 115.

Jednak dyskurs jako odrębny i swoisty proces toczy mocą więcej niż reguł mowy i założeń działania komunikacyjnego. W porównaniu z nimi jego reguły, cele i ‘budulec’ są zupełnie nowej natury. Budulec dyskursu to (1) twierdzenia, które pretendują do bycia ważną wiedzą lub normą, decyzją, rozstrzygnięciem, opatrzone „roszczeniem do ważności” (obowiązywania) uniwersalnej (nm. *Geltungsanspruch*; ang. *claim for validity*), ale roszczenie to nie ma jeszcze uznania czy akceptacji (nm. *Anerkennung*, *Akzeptanz*; ang. *recognition*) ze strony wszystkich pozostałych uczestników, co wymaga żmudnego procesu uzasadnienia przez argumentację. Początkowo roszczenie do ważności jest „kontrowersyjne”, „naiwne” i znamionuje spór wokół jakiejś praktyki/praktyk na poziomie intuicyjnych przeświadczeń o tym, jaka praktyka byłaby tu najlepsza, najbardziej sprawiedliwa i w związku z tym – ‘powinna’. By takie przeświadczenia można było poddać transformacji przechodząc od zaprzątnięcia „codzienną praktyką komunikacyjną” (*kommunikative Alltagspraxis*) i konfliktami do dyskursu (choć właśnie w tej praktyce, „w życiu” (*vom Leben erzeugt*) powstają – a dyskurs je tam odnajduje i identyfikuje – „konflikty praktyczne wymagające moralnego osądu i konsensualnego rozwiązania”¹²), społeczność musi być rozwinięta etycznie. To zaś oznacza, że nie może być zbiorem atomów o czysto partykularnych przekonaniach moralnych.

Nie zdoła ona podjąć dyskursu, a co najwyżej agonistyczną deliberację dopóty, dopóki nie uświadomi sobie idei bądź ideału *wspólnego* dobra, sprawiedliwości czy solidarności. Takie ideały nie są subiektywne i egocentryczne. Przekraczają wąskie, subiektywne czy nawet mniejszościowe ramy poszczególnych moralności, obyczajów, wartości czy ideologii, między którymi łatwo o konflikt lub. Te najszerzej podzielane ideały są niezbędne do wszczęcia dyskursu praktycznego, mającego nadać uprawomocnienie prawom jako najbardziej centralnym i powszechnym normom społecznym. W kontekście prawa obowiązuje (*zur Geltung*) „nietykalność indywiduów, jednakowy szacunek dla godności każdego i jednakowa ochrona intersubiektywnych relacji wzajemnego uznania”. *Komplementarne* „zasady” to (1) sprawiedliwość, czyli „równe poszanowanie tych samych praw dla wszystkich” (w tym również konstytucyjnych i wyrażonych w prawach człowieka praw zdrowotnych każdego i z nich wyrastających praw pacjenta), (2) solidarność, czyli „empatia i troska o pomyślność (*Wohlergehen*) bliźnich” w ramach „intersubiektywnie podzielanych z nimi form życia”¹³, a ponadto, idee składające się na tzw. moralność prawa (zob. przypis 26).

¹² J. Habermas, „Treffen Hegels Einwände gegen Kant auch auf die Diskursethik zu?”, s. 21.

¹³ Tamże, s. 16.

Tym samym, społeczno-etyczne podłoże dyskursu nie jest abstrakcyjne, a orientacja praktyczna na porozumienie „nie narusza więzi społecznej (*das soziale Band*), która obiektywnie łączy każdego ze wszystkimi”¹⁴ nawet, gdy prawomocny konsens (*ein begründeter Konsens*) dotyczy regulacji brzmiącej abstrakcyjnie i bezosobowo.

Ten najbardziej centralny i powszechny dla Habermasa dyskurs nie może się wyczerpywać w grze partykularyzmów, fundamentalizmów ani roszczeń metafizycznych. Jego racjonalność zakłada nie-fundamentalny, nie-dogmatyczny, nie-metafizyczny status racji (argumentów), z którymi można podjąć krytyczną dyskusję. Stanowisko Habermasa wobec takich racji ewoluuje, jednak najbardziej miarodajny jego wyraz byłby taki, że

„Bez oparcia w religijnych lub metafizycznych światopoglądach, które są odporne na krytykę, praktyczne orientacje można w ostatecznym rozrachunku wyprowadzić tylko z racjonalnego dyskursu, to znaczy z refleksyjnych form samego działania komunikacyjnego. Racjonalizację świata życia mierzy się stopniem, w jakim potencjały racjonalności wbudowane w działania komunikacyjne i uwolnione w dyskursie penetrują struktury świata życia i powodują ich przepływ”¹⁵.

Odporność na krytykę mogłaby prowadzić do pozadyskursywnie osiąganego dominacji pewnych stanowisk czy racji (choćby wywodzonych z jakiejś „doktryny”, zob. niżej w tym rozdziale) – a przecież dyskurs ma zapobiegać dominacji zarówno normatywnej, jak i pozanormatywnej. Dlatego nie dopuszcza on stosowania innej siły niż „siła lepszego argumentu” (inne siły okazują się niezdolne do takiego uregulowania życia społecznego, które nosiłoby znamiona racjonalności, autonomii i uniwersalności)¹⁶. Dyskurs „sam z siebie”

¹⁴ Tamże, s. 18.

¹⁵ J. Habermas, *Faktyczność i obowiązki*, s. 114.

¹⁶ Istnieją różne rodzaje siły, niekoniecznie fizycznej, obecne w radykalnym agonie i niezgodzie (dyssens), na którą można też zgodzić się konsensualnie; również takie, zob. P. W. Juchacz, „Perswazja i przymus. Analiza filozoficzna pierwszej sceny *Politei* Platona”, *Principia* 2004, Vol. XXXVII-XXXVIII, s. 195–203; I. Kapoor, „Deliberative Democracy or Agonistic Pluralism? The Relevance of the Habermas-Mouffe Debate for Third World Politics”, *Alternatives* (Special Issue: *Global, Local, Political*), Vol. 27(4), s. 459–487; R. Levy, G. Orr, *The Law of Deliberative Democracy*. Routledge, New York 2017; L. Witkowski (red. naukowa), *Dyskursy rozumu: między przemocą a emancypacją. Z recepcji Jürgena Habermasa w Polsce*. Wyd. Kolegium Otryckie, Warszawa 1990; D. Wilkinson et al., „In Favour of Medical Dissensus: Why We Should Agree to Disagree about End-of-Life Decisions”, *Bioethics* 2016, Vol. 30(2), s. 109–118.

wysuwa dwa roszczenia: (1) „do wirtualizacji praktyk przymusu”¹⁷ i (2) do wirtualizacji „roszczeń ważnościowych”¹⁸, jakie towarzyszą potencjalnym normom lub rozstrzygnięciom. Gdy mowa o bezstronności (*Unparteilichkeit, Unbefangenheit*), wszelkie interesy artykułowane podczas dyskursu muszą być rozpatrywane bezstronnie, „stanowisko moralne” (*moralischer Gesichtspunkt*) potrafi rozpatrywać kwestie normatywne bez użycia siły i z zachowaniem bezstronności¹⁹.

Bezstronność wiąże się z rezyliencją, czyli odpornością (*Unbeeinflussbarkeit*) na wpływ nacisków (*Zwänge*) politycznych, strategicznych, ideologicznych (odgórnych, ale i poziomych; wyjąwszy racjonalną perswazję społeczną, na którą uważny jest uczestnik nie jako izolowany egocentryk, lecz jako członek wspólnoty – „bez przewyciężenia perspektywy egocentrycznej (...) o żadnej faktycznej i prawdziwie powszechnej zgodzie nie może być mowy”²⁰). Pozwala „zachować niezależny osąd co do wszelkich interesów rozpatrywanych w dyskursie” (*Haltung der unparteiischen Berücksichtigung aller berührten Interessen einnehmen*)²¹. „Bez nieograniczonej swobody zajmowania stanowiska w sprawie diskutowanych roszczeń ważnościowych nie ma mowy o faktycznej i prawdziwie powszechnej zgodzie”²². Racjonalny uczestnik jest podatny tylko na „bezprzymusowy przymus lepszego argumentu” (*der zwangslose Zwang des besseren Arguments*)²³, racjonalną perswazję i „władzę społeczną”. Wszelako, argumenty mogą artykułować ból, cierpienie, poczucie krzywdy i niesprawiedliwości, których sens rozumieją i na tej podstawie potrafią przełożyć na język sprawiedliwego prawa uczestnicy dyskursu: że oto nikomu nie wolno szkodzić, sprawiedliwości trzeba uczynić zadość, a każdemu zapewnić to, co jemu należy²⁴. Natura argumentów z takim zapleczem moralnym jest postkonwencjonalna: są one częścią „postkonwencjonalnych dyskursów legitymizacyjnych, głęboko przenikających świat życia”,

¹⁷ W *teorii działania komunikacyjnego* autor powiada, że „rozstrzygnięcie nie powinno zapaść w trybie bezpośredniego bądź strategicznego użycia przemocy”.

¹⁸ J. Habermas, „Vorbereitende Bemerkungen...”, s. 117.

¹⁹ J. Habermas, „Treffen Hegels Einwände gegen Kant auch auf die Diskursethik zu?”, s. 13.

²⁰ Tamże, s. 19.

²¹ J. Habermas, *Moralbewußtsein und kommunikatives Handeln*, s. 82; Inny rodzaj bezstronności występuje u J. Rawlsa, gdzie chodzi o uwzględnienie i wyważenie wszystkich podnoszonych interesów w ramach „threshold” (*das Prinzip des Durchschnittsnutzens*), podkreśla Habermas. U Rawlsa każdemu przysługuje ma prawo do sprawiedliwego (choć nie maksymalnego) udziału w publicznych świadczeniach zdrowotnych, podkreśla W. Kersting, *Gerechtigkeit und Medizin*. Wissenschaftsverlag Bachem, Köln 1995, s. 46.

²² J. Habermas, „Treffen Hegels Einwände gegen Kant auch auf die Diskursethik zu?”, s. 19.

²³ J. Habermas, „Vorbereitende Bemerkungen...”, s. 137.

²⁴ Habermas nie odbiega tu od idei sprawiedliwości Ulpiana i Justyniana, według której „sprawiedliwość to stała i wieczna wola oddawania każdemu tego, co mu się należy. Zasady prawa są takie: żyć uczciwie, nie szkodzić drugiemu, oddać każdemu, co mu się należy” (*Iustitia est constans et perpetua voluntas ius suum cuique tribuendi*), konkretyzowana przez dane społeczeństwo i jego instytucje – oby w jak najwyższym stopniu (Justynian, *Digesta*).

czytamy w *Wahrheit und Rechtfertigung*²⁵. Postkonwencjonalność obejmuje ponadto ideę kontraktu społecznego (umowy społecznej), którego wariant stanowi Habermasowski dyskurs, i często właśnie takie idee, jak idea sprawiedliwości Ulpiana-Justyniana czy reguła złotego środka Arystotelesa²⁶.

Ale nie wszystko może i będzie podlegać dyskursowi tak centralnemu i powszechnemu. Nowoczesność niesie tak radykalną pluralizację i partykularyzację stosunków życiowych, interesów, dóbr i wartości, że mogą albo mogą się one pomieścić i zostać zharmonizowane w wysoce ogólnych i abstrakcyjnych normach „regulujących indywidualne przestrzenie działania w interesie ogółu”²⁷, albo „skala spraw dotyczących już *tylko* partykularnych interesów rośnie tak bardzo, że da się je regulować na drodze kompromisu (*Aushandlung von Kompromissen*), zamiast poprzez konsensy osiągnąć dyskursywnie”²⁸.

Jak widać, dyskurs praktyczny ma swoiste podstawy, naturę i zadania – a w związku z tym swoiste środki i rygory wewnętrzne, i czyni go to dość wymagającym przedsięwzięciem społecznym. Odpowiednio do tego jest też swoiście uregulowany (będzie o tym mowa poniżej), co ma sprzyjać wytwarzaniu norm i rozstrzygnięć praktycznych, które będą dalej promować społeczne pojednanie lub przynajmniej rozstrzygać poważniejsze konflikty praktyczne, w ten właśnie sposób służąc odtwarzaniu „pojednania w wewnętrznie rozpadającej się nowoczesności” (*Versöhnung der mit sich selbst zerfallenden Moderne*)²⁹, między podmiotami indywidualnymi, grupowymi, instytucjonalnymi. Habermas podkreśla, że dyskursy to „formy, dzięki którym da się konflikty przetrwać po ludzku” (*humanen Formen, in denen man Konflikte überleben kann*)³⁰.

Przed wyodrębnieniem bardziej specyficznych odmian dyskursu³¹, w tym (1) teoretycznego i (2) praktycznego z podziałem na (2a) etyczne i w jego ramach – (2b) jurydyczne, Habermas zakładał, że „dyskurs ma służyć uzasadnianiu kontrowersyjnych

²⁵ Elementarnym etapem tych dyskursów jest też przekroczenie po kantowsku rozumianej „społecznej” części nowoczesnej, egocentrycznej świadomości i funkcjonowanie w sposób „towarzyski”, por. M. J. Siemek, *Inedita*, dz. cyt. W niniejszej pracy koncentruję się na możliwie oddolnym aktywizmie społecznym, zorientowanym – jak powiada Habermas – na postkonwencjonalne porozumienie, konsens między jednostkami (kontraktualizm w tradycji ‘umowy społecznej’ posiada też takie oddolne aspekty); por. też K. M. Cern, „Jürgen Habermas’s Postconventional Contractarianism as Cosmopolitan Constitutionalism”, *Lingua Posnaniensis* 2018, Vol. LXI (1), s. 27–38.

²⁶ Z którą powiązane jest „równoważenie” interesów u Rawlsa.

²⁷ J. Habermas, „Treffen Hegels Einwände gegen Kant auch auf die Diskursethik zu?”, s. 23.

²⁸ Tamże, s. 23.

²⁹ J. Habermas, *Die neue Unübersichtlichkeit*. Suhrkamp, Frankfurt am Main 1985, s. 202.

³⁰ Tamże, s. 202.

³¹ Zasadniczo (1) dyskurs jest jeden, lecz ma wiele zastosowań, (2) rozum jest jeden, lecz mówi wielogłosem, (3) moralność jest jedna, lecz ma wiele „historycznych manifestacji” (*historische Ausprägungen ein und derselben Moral*), (4) etyczność jest jedna, ale „różnokształtna”, J. Habermas, *Erläuterungen zur Diskursethik*, s. 17.

roszczeń ważnościowych dla opinii (*Meinungen*) i norm (*Normen*)”³². Uzasadnienia, a ściślej, transformacji w należyte i akceptowalne dla wszystkich uzasadnienie wymagają też opinie, w tym oceny i osądy. Powstają one, gdy ludzie przechodzą od zwykłych, ale nastroczających problemów praktyk na grunt dyskursu (*die handelnden Subjekte aus dem Handlungszusammenhang heraustreten und einen Diskurs führen*)³³.

b) Dyskurs teoretyczny, dyskurs praktyczny, dyskurs który sędzi

Ważność normy czy decyzji musi być powszechna – i dlatego stanowi przedmiot racjonalnej, bezstronnej, refleksyjnej argumentacji wszystkich, prowadząc z rezultacie do „uprawomocnienia pewnej nomologicznej wiedzy”³⁴. Zanim jednak Habermas rozwinie koncepcję dyskursu praktycznego, wielokrotnie – często polemizując z innymi filozofami – będzie przybliżać pojęcie dyskursu teoretycznego, którego przedmiot stanowi *ważność* wiedzy o faktach. Wiedza powinna spełniać standardy fachowości, wiedzy eksperckiej (*als sachverständig gelten*)³⁵, jednak w świetle konsensualnej teorii prawdziwości, gdy uczestnicy dyskursu uznają wiedzę za ważną, nabiera ona dodatkowej wagi. Habermasowi nie chodzi bowiem o scjentyzm i scjentystyczne społeczeństwo. „Dyskursy niemające charakteru naukowego (*nicht-wissenschaftlich sind*) nie są od razu sprzeczne z nauką (*unwissenschaftlich*)”³⁶, ponadto, „naukowe dyskursy mają też osadzenie w kontekstach świata życia”³⁷ i znaczenie pragmatyczno-praktyczne.

Założenie to może mieć ważne następstwa dla teoretycznych dyskursów medycznych, gdzie po jednej stronie występować będą specjaliści nauk medycznych, zobowiązani kierować się i dzielić z pacjentem aktualnym stanem wiedzy medycznej, a po drugiej stronie – pacjenci wnoszący do dyskursu opinie o proveniencji niekoniecznie naukowej, czerpane z wiedzy potocznej, tradycji, kulturowego „tła”, źródeł o spornych walorach poznawczych. Jako

³² J. Habermas, „Theorie der Gesellschaft oder Sozialtechnologie?”, s. 117.

³³ J. Habermas, „Vorbereitende Bemerkungen...“, s. 134.

³⁴ J. Habermas, „Theorie der Gesellschaft oder Sozialtechnologie?”, s. 237 (nomologia traktuje o prawidłach, które rządzą rzeczywistością).

³⁵ Konsensualna koncepcja prawdy nie wyczerpuje idei prawdy. Realizuje ona nastawienie krytyczne – a także wykraczające poza językową poprawność twierdzeń – jako zainteresowana osiągnięciem „konsensu co do prawdziwości bądź fałszywości twierdzeń, w pierwszym rzędzie empirycznych”, J. Habermas, „Vorbereitende Bemerkungen...”, s. 125.

³⁶ J. Habermas, „Theorie der Gesellschaft oder Sozialtechnologie?”, s. 282.

³⁷ J. Habermas, „Werte und Normen“, w: tegoż, *Wahrheit und Rechtfertigung*. Suhrkamp, Frankfurt am Main 2004 s. 280.

medycznie relewantne lub przynajmniej nie podważające ustaleń nauk medycznych i ekspertyzy klinicznej traktowane będą informacje pochodzące z doświadczenia i praktyk społecznych otaczających pacjenta; natomiast te, które przeczą aktualnemu stanowi nauk medycznych, są potencjalnie szkodliwe, opóźniają lub kontaminują procesy terapeutyczne, będą przez profesjonalistę ignorowane lub kwestionowane jako *nieważne*. W spornych wypadkach poprosi on o dodatkowe świadectwa, eksplikacje, racje (*Nachprüfung*)³⁸. Kwestionowanie, sceptycyzm, potrzeba dodatkowego świadectwa – lepszego *uzasadnienia* – mogą jednak wystąpić po obu stronach. Jeśli zaistnieć ma tutaj dyskurs, to żadne „tak” i „nie” nie powinno pozostać bez takiego uzasadnienia, które wszystkie strony konsensualnie zaakceptują wraz z decyzją (rozstrzygnięciem). W sytuacjach bardziej typowych strony będą rozmawiać w już istniejących ramach normatywnych i proceduralnych, tylko precyzując je do konkretnego, jednostkowego „przypadku” i koordynując swe – pozawerbalne i werbalne – działania komunikacyjne. W trudniejszych sytuacjach zwyczajne zastosowanie ogólnej normy do poszczególnego „przypadku” okaże się niemożliwe. Strony będą więc szukać rozstrzygnięć w szerszym gronie lub konsultacji ze specjalistami, a przecież zawsze, gdy to możliwe, z udziałem niespecjalistów, sięgając do „wiedzy” i doświadczeń pacjenta, rodziny, opiekuna prawnego, etc. Wszystkie te wiedze będą niezbędne dla uzyskania możliwie pełnego i adekwatnego obrazu sytuacji i dalszych rokowań, dla określenia pilnych potrzeb praktycznych – a w związku pojawią się wyzwania normatywne, dylematy, ryzyka, konieczność rozważenia alternatywnych scenariuszy działania, gdy rokowania są niepewne, a sytuacja medyczna, społeczna, zawodowa pacjenta – zmienia się, itd. Zdarzą się też sytuacje, gdy nauka ujawni niedostatki (*Unvollständigkeit*)³⁹. Taką sytuację w ostatnich latach na całym świecie wywołał wirus Sars-CoV-19 w połączeniu z nieistnieniem, a następnie – reglamentacją stosownych szczepionek.

Dla odmiany, uzasadnieniem i konsensualną akceptacją innego rodzaju rozpoznań z uwagi na ich *śluszość* (*Richtigkeit*), rozstrzygnięć i norm mających w przyszłości regulować praktyki zajmuje się dyskurs praktyczny (*praktischer Diskurs, praktisches Diskursverfahren*), w zarysie przedstawiony już na początku tego rozdziału. Dyskurs ten oprócz ważnych norm i decyzji ma też na celu formułowanie „uprawomocnionych zaleceń i zastrzeżeń”⁴⁰ (*zielt auf*

³⁸ J. Habermas, *Faktyczność i obowiązywanie*, s. 124–125.

³⁹ J. Habermas, „Werte und Normen”, s. 282.

⁴⁰ Dosł. „ostrzeżenia”, J. Habermas, „Vorbereitende Bemerkungen...”, s. 130.

gerechtfertigte Empfehlungen und Warnungen), co może mieć znaczenie w interesującym mnie tu dalej kontekście podejmowania decyzji medyczno-klinicznych.

Dyskurs jest też procesem (procedurą), która oprócz komunikowania się będzie wymagała od uczestników zastosowania się do warunków i reguł, zapewniających prawidłowy przebieg i nadających status *etyczny* jemu i jego wytworom. „Wszelkie dyskursy toczą się międzypodmiotowo. (...) Nie możemy jednak toczyć dyskursu, dopóki nie upewnimy się co do tego, że spełnione są wszelkie warunki przystąpienia do dyskursu”⁴¹. Nie ma tu zastosowania „metadyskurs”, który poddawałby sprawdzianowi dyskurs, podkreśla Habermas. Uczestnicy winni dołożyć wszelkich starań w jakość dyskursywnych zachowań i ufać⁴² w powodzenie przemiany początkowo naiwnych i spornych (*naiv; kontroversvoll*) “roszczeń do ważności” (obowiązywania) w ważność na mocy akceptacji. Nie chodzi przy tym o prawdziwość (wartość zdań wyrażających wiedzę), lecz o słuszność zdań normatywnych wyrażających powinności, obowiązki, nakazy, zakazy, zalecenia, zastrzeżenia, etc. Można powiedzieć, że słuszność i obowiązywalność (*Richtigkeit; Sollensgeltung*) jest ‘prawdą’ normatywności, albo, jak przyjmuje Habermas, analogią epistemicznej (*epistemischer Begriff*) prawdziwości twierdzeń o faktach (*Wahrheit; Wahrheitsgeltung*)⁴³. Słuszność normatywna znaczy dla Habermasa tyle, co roszczenie do obowiązywania, które zyskało uzasadnienie akceptowalne dla wszystkich uczestników. Słuszność nie wynika z gramatyki twierdzenia i nie wyczerpuje się w sylogizmie. Podstawy zarówno prawdziwej wiedzy, jak i słusznej normatywności nie są ostateczne (np. transcendentálne). Odpowiadają aktualnemu stanowi wiedzy i interesom przyjętym przez dyskursywną zbiorowość.

Podwaliny *etyki* dyskursu – jest to bowiem *etyka* – tworzą dwa, centralne pryncypia (zasady): (1) „pryncypium D” (od dyskurs), zgodnie z którym do obowiązywania pretendować mogą tylko te normy, na które mogliby przystać (*Zustimmungsfähigkeit*) wszyscy zainteresowani i zarazem uczestnicy odnośnego dyskursu praktycznego, uznając je za słuszne. „Słuszne są te sądy moralne, które *zasługują* na powszechne uznanie” (*universale Anerkennung verdienen; Anerkennungswürdigkeit*)⁴⁴. Równolegle (2) „pryncypium U” (od uniwersalizacji), zgodnie z którym dla danej, mającej obowiązywać normy wszyscy dobrowolnie zgodziliby się na następstwa i skutki uboczne (*Folgen und Nebenfolgen*)

⁴¹ J. Habermas, „Vorbereitende Bemerkungen...”, s. 135, przyp. 32.

⁴² Ta ufność jest bardziej ufnością uczestników dyskursu w to, że razem wypracują rzeczywiste normatywne gwarancje „przyjaznego współżycia” (*freundlichen Zusammenlebens*) i interakcji, których wizje – skądinąd „wielce udatne” (*es sind immer Vorstellungen von geglückter Interaktion*) roztaczali m.in. Schelling i Hegel. „Przyjazność nie wyklucza konfliktu, pozwala jednak sprostać konfliktom po ludzku”, J. Habermas, *Die neue Unübersichtlichkeit*, s. 203.

⁴³ J. Habermas, „Richtigkeit versus Wahrheit“, w: tegoż, *Wahrheit und Rechtfertigung*, s. 299 n.

⁴⁴ J. Habermas, „Werte und Normen”, s. 291.

wynikając dla użytkowników z powszechnego przestrzegania odnośnej normy⁴⁵. To są fundamenty, a zasadniczo – imperatywy *etyki dyskursu*. Tymczasem

„W etyce filozoficznej (...) nie ma zgodności co do tego, że powiązaniem z normami kierującymi działaniem roszczeniom ważnościowym, na których wspierają się nakazy oraz zdania powinnościowe, można zadośćuczynić w trybie dyskursywnym analogicznie jak roszczeniom do prawdziwości. W życiu codziennym jednakże w wymianę argumentów moralnych nie wdawałby się nikt, kto nie wychodziłby intuicyjnie z mocnego założenia, że w kręgu osób zainteresowanych zasadniczo jest możliwe osiągnięcie konsensu opartego na uzasadnieniu (*ein begründeter Konsens*). Wynika to (...) w sposób konceptualnie konieczny z sensu normatywnych roszczeń ważnościowych. Normy kierujące działaniem występują w obrębie obszaru swojej ważności z uwagi na materię wymagającą w danym wypadku uregulowania – z roszczeniem do wyrażania wspólnego interesu wszystkich zainteresowanych [jest to właśnie konkretna treść roszczenia do ważności, – K.N.] i dlatego też do zasługiwania na powszechne uznanie; z tego względu konieczne jest, by prawomocne (*gültige*) normy mogły w warunkach neutralizujących wszelkie motywy poza kooperatywnym poszukiwaniem prawdy zasadniczo spotkać się też z racjonalnie umotywowanym przyzwoleniem ze strony wszystkich zainteresowanych”⁴⁶.

Już ta wstępna prezentacja unaocznia, że dyskurs praktyczny pomyślano jako w ogóle *etyczny* i społeczny, mający służyć inkluzyjnemu, jawnemu i otwartemu (publicznemu) kształtowaniu norm i instytucji publicznych (*öffentliche Normativität*) o centralnym, autoregulacyjnym znaczeniu dla społeczeństwa. Opinie zawierające oceny spornych praktyk i interesów (celów działań celowo-racjonalnych) jako pozostałości po nieudanej kooperacji i koordynacji działań to pretekst i wstęp do rozpoczęcia „dyskursywnego formowania woli” (*diskursive Willensbildung*) na rzecz nowych i dla wszystkich akceptowalnych uregulowań. To one będą dalej normatywnie „panować” do chwili, gdy pojawi się społeczna potrzeba ich aktualizacji.

⁴⁵ J. Habermas, „Treffen Hegels Einwände ...“, s. 12.

⁴⁶ J. Habermas, *Teoria działania komunikacyjnego*, t. I, s. 48–49.

Odróżniając dyskurs praktyczny od teoretycznego, zachowujemy klasyczną kantowską (a źródłowo arystotelesowską), funkcjonalnie i teleologicznie rozumianą dystynkcję między rozumnością „praktyczną” (normotwórczą lub prudencjalną) i „teoretyczną” (wiedztwórczą)⁴⁷, która teraz przyjęła postać dyskursu (aczkolwiek dyskurs nie wyczerpuje całej aktywności poznawczej człowieka). Przy okazji warto podkreślić, że Habermas ma zawsze na uwadze nie „zawieszony w powietrzu proces” (*freischwebender Prozeß*), ale „rozum każdorazowo usytuowany i ukontekstowany” (*die jeweils situierte Vernunft*), który za sprawą pewnych założeń idealnych (w tym roli uczestnika i reguł dyskursu) „transcenduje” wszelkie konkretne sytuacje i konteksty (*alle Kontexte von innen zu transzendieren*)⁴⁸.

Dualizm ‘rozum praktyczny’ versus ‘teoretyczny’ uwierał Habermasa także jako dualizm właśnie, trzecią kluczową zdolnością jednego i tego samego rozumu jest władza sądenia (*Urteilstkraft*), deprecjonowana u Kanta i także we współczesnej refleksji społecznej. Sądenie jako zdolność wydawania osądów mieści się pomiędzy twierdzeniem w sensie teoretycznym i normatywnym „prawodawstwem”, a raczej uzasadnianiem słuszności i uniwersalizacją ważności norm, które mają regulować ludzkie działania. Także o twierdzeniach pretendujących do prawdziwości bądź słuszności powinno się mieć osąd, uważa Habermas. Ocnom i osądom z przywołaniem rozmaitych kryteriów poddajemy też działania, ich cele, konsekwencje i skutki uboczne (w tym pożytki, szkody i krzywdy). Wreszcie ocnom i osądom co do jakości poddajemy mniej lub bardziej udane doświadczenia kooperacyjne, w tym działania komunikacyjne niemożliwe do skoordynowania, antagonizujące aktorów. W tym celu używamy tzw. „niższej”, rozsądkowej (*gemeiner Verstand*) władzy sądenia, przez Kanta „deprecjonowanej” (*Herabwürdigung*)⁴⁹, zrehabilitowanej u Hegla, a zastosowanie znajdujące u Habermasa.

Sądenie może być sądeniem na poziomie moralnym, etycznym bądź prawnym (prawa jako normy zinstytucjonalizowane i najbardziej powszechne) zależnie od tego, skąd czerpie kryteria tam, gdzie brak stosownych regulacji, gdzie jakość regulacji jest niska (to też kwestia osądu – nie tylko indywidualnego, ale publicznego – ze strony opinii publicznej), gdy regulacje kolidują ze sobą i trzeba wskazać najlepszą; gdy powstają nowe regulacje i dyskurs bada ich warianty, itd. Czuła na różnicowanie aksjologiczne i normatywne władza sądenia pozwala rozpoznać, respektować i zabezpieczać „pole swobodnej realizacji wartości”⁵⁰, ale

⁴⁷ A ponadto, hermeneutyczną, czyli sensotwórczą, zob. punkt (e).

⁴⁸ J. Habermas, „Werte und Normen“, dz. cyt., s. 281 (dla orientacji wersja anglojęzyczna, J. Habermas, *Truth and Justification*. Tł. B. Fultner. The MIT Press, Cambridge, Mass. 2003, s. 221.

⁴⁹ J. Habermas, „Richtigkeit versus Wahrheit“, s. 300.

⁵⁰ Por. G. Radbruch, *Filozofia prawa*. Tł. E. Nowak. PWN, Warszawa 2008.

też abstrahować od wartości tam, gdzie konieczne jest uniwersalne uzasadnienie (wartości zaś to kwestia specyfiki, różnicy i nie-uniwersalizowalności). Wprawdzie stanowisko Habermasa zdaje się w ostatnim czasie ewoluować od „braku słuchu religijnego” (*religiöse Unmusikalität*)⁵¹ do zwrotu teologicznego zwrotu⁵². Generalnie jednak „moralne standardy zachowania różnią się od innych norm społecznych – takich, jak obyczaje i konwencje”⁵³: niektóre z nich – np. standardy religijne – ich proponenci uważają za prawdziwe w sensie epistemicznym, bo należące do jakiejś „doktryny”, np. nauki kościoła. Jednak wykazanie ich słuszności nie jest możliwe na drodze dyskursywno-konsensualnej.

Dyskurs słabo sobie radzi także z pozapoznawczymi (*nonkognitivistisch*) przekazami: sądami, które odwołują się wprost do subiektywnych „emocji, dyspozycji bądź decyzji” i „etycznego subiektywizmu”⁵⁴. Dyskurs poddaje też zbiorowemu osądowi (i konsensualnemu werdyktowi) reguły poszczególnych moralności, jeśli te trafią do argumentacji w dyskursie:

„Reguły moralne tkwiące u podstaw moralnych przekonań uczestnika, który zabiera głos, muszą przejść krytyczny sprawdzian co do ich historycznej genezy. Reguła moralna nie przejdzie go pomyślnie, jeśli (a) pierwotnie miała uzasadnienie racjonalne, ale w międzyczasie je utraciła; (b) pierwotnie brakowało jej racjonalnego uzasadnienia, obecnie zaś nie sposób wskazać dla niej wystarczających racji (...) Reguła moralna nie przejdzie też takiego sprawdzianu, jeśli dana osoba przyjęła ją w efekcie socjalizacji. Wówczas socjalizacja przesądziła o niezdolności tej osoby do udziału w dyskursie, bowiem wyznawana przez nią reguła moralna nie posiada racjonalnego uzasadnienia”⁵⁵.

c) Argumentacja jako istota dyskursu praktycznego

⁵¹ D. Kaesler, „’Religiös unmusikalisch’. Anmerkungen zum Verhältnis von Jürgen Habermas zu Max Weber“, *Literaturkritik.de*, Nr. 6, Juni 2009, URL: <https://literaturkritik.de/id/13142>; por. E. Thaidigsmann, „Religiös unmusikalisch“, *Zeitschrift für Theologie und Kirche* 2011, Vol. 108(4), s. 490–509.

⁵² P. Verovšek, „Habermas’s Theological Turn and European Integration“, *The European Legacy* 2017, Vol. 22(5), s. 528–548.

⁵³ J. Habermas, „Richtigkeit versus Wahrheit“, s. 301.

⁵⁴ Tamże, s. 303.

⁵⁵ R. Alexy, *Theorie der juristischen Argumentation*, s. 253.

Jak zwraca uwagę Habermas w *Teorii działania komunikacyjnego*, racjonalność praktyki komunikacyjnej odsyła do rozmaitych „możliwości kontynuowania działania komunikacyjnego za pomocą narzędzi dostarczanych przez refleksję” właśnie w argumentacji, gdzie w ferworze wymiany racji bada się roszczenia do słuszności normatywnej. Argumentacja jest wytwarzaniem „trafnych – przekonujących z racji swej struktury wewnętrznej argumentów”⁵⁶, ale nie wprost dla działań, lecz dla regulacji działań. To nowy poziom w porównaniu z działaniem językowym, działaniem komunikacyjnym i działaniem strategicznym czy teleologicznym.

W dyskursie zachodzi nie tylko wytwarzanie, lecz także sprawdzanie, a w efekcie – wzmacnianie lub osłabianie argumentów w konfrontacji z innymi (często przeciwnymi lub krytycznymi) argumentami. Uczestnicy od początku, niezwłocznie „tematyzują sporne roszczenia ważnościowe oraz próbują z pomocą argumentów im zadośćuczynić bądź je skrytykować”⁵⁷, dyskutując samą „możliwość uzasadnienia kwestii praktycznych” (*die Wahrheitsfähigkeit praktischer Fragen zur Diskussion*) i „otwierając na nie oczy sceptykom”⁵⁸.

Szczególnie przydatną własnością argumentacji jest ich refleksywność. Jedne argumenty odnoszą się do drugich i współzawodniczą, poddając się nawzajem sprawdzianowi, co skutkuje albo akceptacją, albo dalszym kwestionowaniem i odrzuceniem. Jak podkreśla Habermas, „po pierwsze, argumenty mają być zasadne i przekonujące mocą swoich immanentnych własności, aby móc potwierdzać lub podważać roszczenia ważnościowe”⁵⁹.

Jakość praktyki argumentacyjnej (*Argumentationspraxis*) zależy od umiejętności argumentujących. Nawet uczestnicy sfrustrowani nieudaną koordynacją praktyk i poróżnieni (*Dissens*) mogą kontynuować argumentację i razem dążyć do wykazania zasadności i konsensualnego przyjęcia ważności rozstrzygnięcia czy normy⁶⁰.

⁵⁶ J. Habermas, *Teoria działania komunikacyjnego*, t. I, s. 48–59.

⁵⁷ Tamże, s. 46.

⁵⁸ J. Habermas, *Moralbewußtsein und kommunikatives Handeln*, s. 86.

⁵⁹ Tamże, s. 97.

⁶⁰ „Racjonalność tkwiąca immanentnie w codziennej praktyce komunikacyjnej” sama „nie zobowiązuje” i dlatego „odsyła (...) do praktyki polegającej na argumentowaniu jako do instancji odwoławczej, która umożliwia kontynuowanie działania komunikacyjnego za pomocą innych narzędzi, jeśli z brakiem zgody (*Dissens*) nie można sobie już poradzić w zrutynizowany w życiu codziennym sposób (*durch Alltagsroutinen*) (...) uważam, że pojęcie racjonalności komunikacyjnej (...) trzeba wyeksplikować w sposób adekwatny z pomocą teorii argumentacji”, J. Habermas, *Teoria działania komunikacyjnego*, t. I, s. 45–46 („w sposób zrutynizowany”, ale z wykorzystaniem koordynującej i konsolidującej mocy interakcji komunikacyjnej, co opisałam w poprzednim rozdziale).

Warunki i reguły udziału w dyskursie, jego proceduralność dość rygorystycznie opracowana dla dyskursu znajdującego zastosowanie w kontekście legislacji i jurysprudencji, którego tu szczegółowo nie rozważam – nie mogą być barierą dla uczestników. Działa tu arystotelesowsko-deweyowska zasada ćwiczenia kompetencji dyskursywnych poprzez ich używanie. Regularny udział wzmacnia szereg umiejętności, od refleksyjnej po argumentacyjną, regulacyjną (zob. dalej w tym rozdziale), ewaluatywną i normatywną u każdego aktywnego uczestnika. W dyskurs praktyczny z zasady wpisana jest niedoskonałość – i permanentna korekta uchybień i błędów:

„Dzięki wymianie argumentów możliwe jest zachowanie, które uchodzi za, w szczególnym sensie, racjonalne, a mianowicie uczenie się na błędach. Podczas gdy poddawalność krytyce i uzasadnialność racjonalnych ekspresji jedynie sygnalizuje (*verweist*) wymianę argumentów, to procesy uczenia się – dzięki którym uzyskujemy wiedzę teoretyczną oraz moralne rozeznanie, tudzież odnawiamy i poszerzamy język [naszych] ocen (*evaluative Sprache*), przezwyciężamy autoiluzje i trudności z uzyskaniem porozumienia – zdane są na argumentowanie”⁶¹.

Argumenty jako „racjonalne ekspresje” są możliwe do skorygowania, ale pod warunkiem, że zostanie rozważona krytyka, kontrargumenty skierowany do tych argumentów, wreszcie mniej lub bardziej przekonująca siła – „przymus wolny od przymusu” – każdego prawidłowo zbudowanego i nagłośnionego argumentu. Potrafiąc korygować nieudane próby i identyfikować błędy w rozumowaniach, uczymy się budować argumenty coraz lepszej jakości. Habermas zwraca uwagę, że racjonalność dbająca o uzasadnienie swoich opinii zyskuje stabilny poziom, jeśli potrafi uczyć się na błędach i niepowodzeniach⁶² i pozostaje otwarta na racjonalne zarzuty. Wzmacnia to umiejętność argumentowania i stabilizuje argumentację jako właściwy dyskurs:

„(...) możliwie inkluzywna i ustabilizowana praktyka argumentacyjna wpisuje się w ideę zawsze postępującego rozszerzenia aktualnych form porozumienia w odniesieniu do przestrzeni społecznych, epok historycznych i rzeczowych kompetencji. Tym samym rozszerzeniu ulega potencjał wzajemności, w

⁶¹ J. Habermas, *Teoria działania komunikacyjnego*, t. I, s. 54.

⁶² Tamże, s. 47.

którym utrzymują się racjonalnie akceptowalne roszczenia do obowiązywania”⁶³.

Wysiłek uczestników na rzecz jakości i siły argumentów ma podstawowe znaczenie, gdyż dyskurs praktyczny wyklucza użycie argumentu siły. Habermas zwraca uwagę na to, że jedynie jawny, intersubiektywny (nie zaś skryty, monologiczny) proces rozumowania może prowadzić do zgodnego uznania dyskutowanych i wymagających uzasadnienia twierdzeń – przyszłych norm, rozstrzygnięć o wadze normatywnej, instytucji publicznych, itd. – za zasadne (prawomocne). Nie jest to jednak *wzajemne* porozumienie czy uznanie, ale przekonanie się wszystkich uczestników *do czegoś*, co ma stać się normatywnością ich przyszłych działań, stosunków, kooperacji (wszak sama „racjonalność nie jest zobowiązaniem”⁶⁴).

Do najważniejszych warunków dyskursu należą (1) publiczny i powszechny (inkluzyjny) charakter: nikt, kto może wnieść istotny wkład w dyskusję nad twierdzeniem o „kontrowersyjnym” roszczeniu do prawdziwości lub słuszności (ważności; obowiązywania) nie powinien być z niej wykluczony; (2) komunikacyjne równouprawnienie: wszyscy otrzymują takie same szanse wyrażenia stanowiska; (3) wykluczenie oszustwa, wprowadzania w błąd, iluzji: uczestnicy zobowiązani są mówić tak, jak myślą i w zgodzie z przekonaniem; oraz (4) niewymuszoność, dobrowolność (*Zwanglosigkeit*): udział wolny od restrykcji, które krępowałyby lub ograniczały nagłośnienie lepszych argumentów a nawet eliminowałyby ich proponentów, narzucając np. nieadekwatny moment wygłoszenia ich podczas dyskusji. Założenia (1), (2), (3) narzucają argumentacji jako praktyce społecznej regułę „egalitarnego uniwersalizmu”. W świetle pytań natury praktyczno-etycznej (a zwłaszcza praktyczno-moralnej) skutkuje to tym, że interesy i orientacje światopoglądowe każdego są w równej mierze nagłaśniane i uwzględniane w dyskursie. Założenie (3) wymaga uczciwego formułowania i rozważania argumentów, a także „hermeneutycznego otwarcia na rozumienie świata i samowiedzę innego”⁶⁵.

Praktyką argumentowania zajmuje się bliżej teorii argumentacji. Jej zadaniem jest „rekonstruowanie formalnopragmatycznych przesłanek i warunków zachowania *explicite*

⁶³ J. Habermas, *Działanie komunikacyjne i detranscendentalizacja rozumu*, s. 42.

⁶⁴ Tamże, s. 23.

⁶⁵ Tamże, s. 47.

racjonalnego”⁶⁶, zwłaszcza dla potrzeb legislacji i jurysprudencji w warunkach demokratycznego państwa prawa, zajmowało Habermasa i Alexy’ego.

d) Dyskurs etyczno-praktyczny i dyskurs moralno-praktyczny

Rozważmy następujące zagadnienie: czy w dyskursie praktycznym chodzi o uzasadnianie i uniwersalizację dotyczącą (1) społecznej doniosłości celów i interesów w sensie teleologicznym, jakich pragną i do jakich dążą ludzie? (*um Fragen des teleologischen Handelns; was will ich tun*)⁶⁷, które to cele i interesy mają być treścią przyszłych norm; (2) dóbr w rozumieniu teleologiczno-moralnym – wszak nie wszystkie cele i interesy mają walor moralny (mogą bowiem mieć wartość rynkową i służyć zaspokajaniu codziennych, życiowych, pozamoralnych potrzeb; (3) obowiązków w sensie deontologicznym, jak wyraża to klasyczne Kantowskie pytanie „was soll ich tun”, u Habermasa jednak (zob. poniżej) uzupełnione o konsensualne uznanie także przyszłych konsekwencji (i skutków ubocznych!) stosowania odnośnej i mającej obowiązywać normy przez wszystkich uczestników dyskursu praktycznego. Już pobieżny ogląd tych kryteriów moralnych (cele, dobra, interesy, konsekwencje, wreszcie ‘same’ normy) pokazuje, że spektrum kryteriów dopuszczalnych wówczas, gdy uczestnicy dyskursu praktycznego argumentują i ‘transformują’ je w normę jako „ekwiwalent” moralności czy etyczności społecznej, obejmuje, ale też znacząco przekracza znany dotychczasowej historii filozofii, szkolny trójpodział „rozumu praktycznego” na aspekty: (i) teleologiczno-pragmatyczny, (ii) etyki dóbr, (ii) sprawiedliwości jako kwestii w ostatecznym rozrachunku moralnej (*den Gebrauch des Zweckmäßigen = pragmatischen, des Guten = ethischen, und des Gerechten = moralischen*)⁶⁸.

Owszem, wymienione kategorie racji moralnych przewijają się w dyskursie praktycznym, który ma odpowiedzieć na pytanie: a jakim to prawem i z jakiej to racji obowiązywać miałyby jakaś konwencja, której prawomocność – ale i prawowitość (a ta ma konotacje moralne) mamy tu wykazać i zaakceptować. I mamy to uczynić nie za pomocą

⁶⁶ J. Habermas, *Teoria działania komunikacyjnego*, t. I, s. 18.

⁶⁷ J. Habermas, *Moralbewußtsein und kommunikatives Handeln*, s. 80–81.

⁶⁸ J. Habermas, s. 361. Rewiduje on też (co może wprowadzać zamęt) obiegowe definicje i dystynkcje np. pomiędzy moralnością, etycznością (i etyką), zwłaszcza w połączeniu z tym, co określa się mianem wewnętrznej „moralności prawa” na czele ze sprawiedliwością; rewiduje wreszcie kantowską deontologię.

innych konwencji, ale za pomocą racji i zasad postkonwencjonalnych (ponadkonwencjonalnych). Dyskursywnie i konsensualnie mamy tu jednak „formować wolę” (*Willensbildung*) nie poszczególnych dóbr czy interesów, ale wolę odpowiednio wyrażających (uogólniających) i zabezpieczających ich realizację norm społecznych (lub postanowień i decyzji, które nabrały wkrótce mocy faktu instytucjonalnego). Chodzi tu mniej o woluntaryzm ‘pragnienia’, bardziej o refleksyjność. Jeśli zaś postkonwencjonalną wartością lub pryncypium jest także sprawiedliwość (a jest, co nie podważa innych wymiarów sprawiedliwości, np. jako wytworu określonych praktyk, jako jednej z cnót, itd.), to „te normy praktyczne, które zawierają dające się uogólnić interesy”, mają „odpowiadać” naszym (tj. uczestników dyskursu) „wyobrażeniom o sprawiedliwości”⁶⁹. Normatywne i aksjologiczne argumenty (racje) postkonwencjonalne pozwalają nam też kwestionować i doskonalić (na poziomie treści i uzasadnień) istniejące, ale złe lub niesprawiedliwe normy czy praktyki instytucjonalne (również prawo w zastosowaniu, np. w orzecznictwie, jest taką praktyką – a nie martwą literą wpisaną w kodeks). Tworzenie i stosowanie tak ‘pozytywnych’ i konwencjonalnych wydawałoby się norm, jak normy prawa, ignoruje – a przynajmniej nie powinno – ignorować społecznych pokładów moralności, a w nich: indywidualnych lub podzielanych grupowo „etyczności” i obyczajów, żywych i autentycznie praktykowanych, czy to tradycyjnych, czy to przyjmowanych przez ludzi za sprawą świadomego i wolnego wyboru. Nie należy tych autentycznych „etyczności” złożonych z indywidualnych lub z kimś podzielanych celów, dóbr, wartości, preferencji, interesów, etc. mylić z kodyfikacjami etycznymi ani prawnymi. Przysługuje im bowiem niezależna, oddolna doniosłość społeczna. Zaś normy, postanowienia, decyzje, itd. znajdujące uzasadnienie w dyskursie winny być wobec tamtych autentycznych celów, dóbr, wartości, itd. *ekwiwalentem*. Już samo „wytwarzanie prawa musi być takim ekwiwalentem wobec moralności” (*law-making works at a level equivalent to morality*)⁷⁰.

⁶⁹ J. Habermas, *Moralbewußtsein und kommunikatives Handeln*, s. 88.

⁷⁰ A. Edgar, *Habermas. The Key Concepts*. Routledge, New York 2006, s. 57. Autor ten podaje taki oto przykład emancypacji indywiduum względem norm i kolegiąlnie – a nawet dyskursywnie – uzasadnionych decyzji medycznych: „demokracje konstytucyjne muszą chronić tradycyjną liberalną wolność jednostek i grup do realizowania swobodnie wybranych przez siebie istotnych celów życiowych. Liberalny eugenik może zatem argumentować, że genetyk (i przyszły rodzic) muszą mieć prawo do realizacji swoich celów (co do pożądanego dziecka). Habermas odpowiada, że wiąże się to z nieuchronną sprzecznością. Sam proces udoskonalania genetycznego narzuca przyszłemu dziecku cel. Wolność projektanta (*designer*) jest nie tylko sprzeczna z wolnością dziecka, ale narusza jego własne wolności liberalne. Dokładniej, dziecko nie może swobodnie uczestniczyć w dyskusji, której celem jest usankcjonowanie (*validates*) prawa dopuszczającego udoskonalenia genetyczne. Albo dziecko jeszcze nie istnieje, a wtedy usankcjonowanie prawa zakłada nader wątpliwy konsens, albo też zdolność istniejącego dziecka do udziału jest zagrożona przez samą modyfikację genetyczną. Ulepszanie genetyczne nie może więc być prawnie usankcjonowane w ramach konstytucji demokratycznej,

Dlatego, pomimo, iż w ogólnym dyskursie praktycznym nie rozmawia się o moralności czy moralnościach po to, by sprawdzać ich prawowitość i prawomocność, to uczestnicy bardzo często powołują się na moralność (moralności), by sprawdzać prawowitość i prawomocność przyszłych norm, postanowień, rozstrzygnięć. Ale jest coś jeszcze u Habermasa, usytuowanego na poziomie innym, niż bezpośrednia, emocjonalna, intuicyjna, sumienna („sumienie moralne”), często przed-refleksyjna lub niedostatecznie *zreflektowana* przez swego wyznawcę lub wyznawców: jest to mianowicie refleksyjna i samorefleksyjna, umożliwiająca i pogłębiająca samorozumienie, a także samoocenę (łącznie z samokrytyką) *etyczność*. Etyczność rozumie Habermas jako zjawisko więcej niż ‘naturalne’ (tzn. więcej niż Hegłowskie „prawo serca”, miłości, oddania innemu człowiekowi). W procesie takiego samorozumienia i samorefleksji człowiek odkrywający swoją tożsamość moralną zachowuje się jak psychoanalityk docierający do podświadomości; i trochę też jako ktoś, kto rozumie, że autentyzm „ego” może być przedmiotem kontroli, opresji, itd. ze strony „super-ego”, które u S. Freuda uosabia władza patrymonialna, normująca i normalizująca: najpierw ojcowska (czy generalnie rodzicielska), a dalej kulturowa, ideologiczna, polityczna, itd. Dlatego obok i niezależnie od ogólnego dyskursu praktycznego konceptualizuje Habermas dodatkowo dwa inne, w pewnym sensie emancypacyjne dyskursy:

- (1) dyskursy etyczno-praktyczne rozważające pytanie, „co jest każdorazowo dobre dla mnie bądź dla nas”, gdzie rozum praktyczny występuje w „zastosowaniu etycznym” (*einen ethischen Gebrauch, wenn wir fragen, was jeweils gut ist für mich oder für uns*⁷¹), w rozumieniu dobrego i autentycznego życia. Zasadniczo przykładem takich dyskursów jest dyskurs eksplikatywny w zbiorowości lub wspólnocie o pewnej cementującej ją tożsamości, tradycji, kulturze (zob. w punkcie e);
- (2) dyskursy moralno-praktyczne (*moralisch-praktische Diskurse*) rozważające pytanie, „co jest w tej samej mierze dobre dla każdego“, gdzie rozum praktyczny występuje w „zastosowaniu moralnym” – w domyśle jednak *etycznym*, z nastawieniem na etyczność dla której „ekwiwalentem” może winna być odnośna norma, prawo, postanowienie, decyzja wynikająca z odnośnego dyskursu praktycznego (*wir machen von der praktischen Vernunft einen moralischen Gebrauch, wenn wir fragen, was*

właśnie dlatego, że osoby, których proces ten dotyczy w sposób najbardziej bezpośredni, nie mogą wyrazić na to dobrowolnej zgody”, tamże. Zwróćmy w tym miejscu uwagę, że uzasadnianie czy uprawomocnianie czegoś dla kogoś bez jej/jego udziału może być ograniczeniem dla zastosowania dyskursu praktycznego w kontekstach medyczno-klinicznych.

⁷¹ J. Habermas, *Moralbewußtsein und kommunikatives Handeln*, s. 80–81.

*gleichermaßen gut ist für jeden*⁷²): rozważania dotyczą tutaj tego, co dobre dla wszystkich, czyli dobra możliwie powszechnego.

Jak powiada Habermas w dziele *Faktyczność i obowiązanie*,

„wejście (...) w dyskursy moralne wymaga odejścia od wszelkich przygodnie istniejących kontekstów normatywnych. Dyskursy moralne podlegają pewnym założeniom komunikacyjnym [i zapewne także refleksyjnym, – K.N.], które wymagają zerwania z oczywistościami świata życia, w szczególności wymagają nastawienia hipotetycznego wobec (...) tematyzowanych norm działania i ich roszczeń do ważności”⁷³.

‘Przygodność’ to jeszcze nie jest odpowiednio znaczący, doniosły, normatywnie konieczny i ważny w oczach uczestników walor racji (argumentu), który mają oni uznać za dostatecznie uzasadniający jakąś normę czy postanowienie. Podobnie ‘samooczywistość’ (naturalność jakiegoś/czyjegoś postępowania w świecie życia) wymaga zrozumienia i zreflektowania, by można ją było wziąć pod rozważenie w dyskursie, który tematyzuje przyszłą normę i jej roszczenie ważnościowe. Więcej o roli jednych i drugich dyskursów powiada dyskurs eksplikacyjny, na którym te dwa dość mocno się wspierają.

e) Dyskurs eksplikacyjny („terapeutyczny”)

Dyskurs eksplikacyjny, zwany też u Habermasa terapeutycznym, krytycznym, psychoanalitycznym, itp. (nm. *eksplikativer Diskurs, therapeutisches, kritisches, psychoanalytisches Gespräch*; ang. *explicative discourse, psychoanalytic conversation*) stanowi dodatkowy rodzaj dyskursu, w którym uczestnicy zadając dodatkowe pytania i uzyskując objaśnienia (eksplikacje, eksplikaty) mogą lepiej zrozumieć rozmaite treści i przekazy. Wspomaganie samorozumienia, wzajemnego rozumienia bądź interpretacji należy m.in. do filozofów, czytamy w *Teorii działania komunikacyjnego*. W przekonaniu Habermasa rola filozofów nie może już polegać na dostarczaniu ostatecznych czy nawet nieostatecznych, ale mimo wszystko filozoficznej legitymizacji dla norm i rozstrzygnięć podejmowanych

⁷² J. Habermas, *Texte und Kontexte*. Suhrkamp, Frankfurt am Main 1991, s. 149.

⁷³ J. Habermas, *Faktyczność i obowiązanie*, s. 178–179.

samodzielnie przez współczesne społeczeństwa. Odnosząc się w dziele *Faktyczność i obowiązanie* do Rawlowskiej *Teorii Sprawiedliwości*, frankfurcki filozof broni wyraźnego rozgraniczenia „między sprawą filozoficznego uzasadniania zasad sprawiedliwości z jednej strony, a przedsięwzięciem politycznego samoporozumienia się konkretnej wspólnoty prawnej co do normatywnych podstaw jej życia, do którego to przedsięwzięcia eksplikacyjne propozycje filozofów mogą mieć co najwyżej funkcję katalizującą bądź rozjaśniającą – z drugiej”⁷⁴ strony. Być może trafne jest przypomnienie w tym miejscu książki Z. Baumana o znamienym tytule *Prawodawcy i tłumacze*⁷⁵, gdzie właściwą funkcją społeczną intelektualisty jest objaśnianie ludziom świata, a nie budowanie dla nich ładu aksjologicznego, normatywnego, scjentyistycznego, patrymonialnego, itp. Oznaczałoby to bowiem, że intelektualiści mają władzę, uprawnienia bądź przywileje fundamentalistyczne, jakich nie dopuszcza dyskurs celujący w powszechny konsens. Dla odmiany, „tłumacze” nie władają, lecz szukają sensu i rozmawiają o nim, dlatego mogą być przydatni w dyskursach, „katalizując” ich przebieg i „rozjaśniając” niejasności.

Dyskurs o działaniu terapeutycznym pojawia się już w *Moralbewußtsein und kommunikatives Handeln*⁷⁶, gdzie konotuje aktywności hermeneutyczne, eksplikacyjne, komunikacyjne, itd. mające podnosić stan „zdrowia” innych dyskursów, co oznacza, że inne dyskursy (zwłaszcza argumentacja) mogą cierpieć na jakieś zaburzenia i być trapiące problemami, na które da się oddziaływać „lecniczo”, polepszając ich jakość. Te sugestywne wyrażenia stosuje Habermas także w przykładach „klinicznej” (np. seminaryjnej), nieskrępowanej argumentacji, w której zachodzą procesy uczenia się, a przede wszystkim rozumienia, interpretacji, wykładni wypowiedzi. Przebieg i narzędzia stosowane w tych procesach pozwalają Habermasowi porównać je do seansu psychoanalitycznego. Istnienie takich form dyskursu jest nie mniej konieczne od istnienia dyskursu teoretycznego i praktycznego.

Wreszcie do dyskursu eksplikatywnego włącza Habermas (za Kantem i Fichtem) indywidualną deliberację, a nawet wzajemne udzielanie porad, wskazówek, zaleceń (*von Ratschlägen der Klugheit; Handlungsanweisungen*) w trybie fronetyczno-prudencjalnej mądrości praktycznej, wyrażającej się w „pragmatycznych” lub „technicznych” imperatywach

⁷⁴ Tamże, s. 75. Ponadto, filozofowie mogą ‘rozświecić’ kontekst powstania własnych teorii wiążąc takie „rozświecanie (...) z sensem egzystencjalnego rozjaśniania czy etycznego samoporozumiewania się” (tamże, s. 77) na poziomie zrozumienia jego istoty i sensu.

⁷⁵ Z. Bauman, *Prawodawcy i tłumacze*, tł. A. Ceynowa, J. Giebułtowski. PAN, Warszawa 1998.

⁷⁶ J. Habermas, *Moralbewußtsein und kommunikatives Handeln*, s. 115.

co do jakichś działań w kontekście sytuacyjnym, w obliczu dylematów i kontrowersji, co spójności, celu, sensu, etc. życia (stąd dodatkowa konotacja terapeutyczna lub psychoanalityczna określenia ‘dyskurs eksplikacyjny’). „Praktyczne wskazówki co do działania mówią o tym, co ‘należy’ lub ‘trzeba’ zrobić w odniesieniu do pewnego problemu, jeśli chce się zrealizować pewne wartości lub cele. Gdy tylko same wartości stają się problematyczne, pytanie [klasyczne i podstawowe dla rozumu praktycznego jaki zna filozofia – a nawet filozoficzna terapia, K.N.]: co powinienem zrobić? (*was soll ich tun*), wykracza poza horyzont tego, co celowo-racjonalne”⁷⁷, czy też poza ramy racjonalnej ludzkiej teleologii.

Dyskurs terapeutyczno-kliniczny nie ma ściśle zdefiniowanych reguł, choć ma nazwę wpisującą się w zainteresowania towarzyszące niniejszej rozprawie doktorskiej, zwłaszcza, że znajduje zastosowanie poza głównym (publicznym) nurtem dyskursywności, w warunkach bardziej kameralnych, w kontekstach życia indywidualnego i życia dzielonego z bliskimi (tam, gdzie toczy się autentyczna „egzystencja” i tętni „życie”), które nie podlegają upublicznieniu (lub „kolonizacji”). W tych okolicznościach rodzą się jednak wyzwania wymagające także indywidualnej „autorefleksji [własnego, K.N.] procesu formacyjnego”⁷⁸, by dzięki temu bardziej samoświadomie i rozumiejąco funkcjonować jako żyjąca samodzielnie – a zarazem żyjąca w społeczeństwie – jednostka:

“Refleksyjna interwencja w toczące się i dziejące życie, w jego przebieg, tworzy nowego rodzaju napięcie między świadomością przygodności, autorefleksją i odpowiedzialnością za własną egzystencję. W tej mierze, w jakiej ta konstelacja zatacza coraz szersze kręgi, obejmując panujące wzory socjalizacji, etyczno-egzystencjalne bądź kliniczne dyskursy stają się nie tylko możliwe, lecz w pewnym sensie nieuniknione: konflikty wynikające z takiej konstelacji, jeśli nie są z wolą i świadomością rozwiązywane, dochodzą mianowicie do głosu w postaci natrętnych symptomów”⁷⁹.

Dlaczego interesują Habermasa owe objawiające się „natrętnymi symptomami”, wewnętrzne, psychologiczne i psychomoralne konflikty związane z socjalizacją – z intrapsychicznie (ze

⁷⁷ J. Habermas, „Vom pragmatischen, ethischen und moralischen Gebrauch der praktischen Vernunft“, w: tegoż, *Diskursethik*. Suhrkamp, Frankfurt am Main 2018 (2009¹), s. 363.

⁷⁸ J. Habermas, *Faktyczność i obowiązki*, s. 77.

⁷⁹ Tamże, s. 112.

świata społecznego, z wychowania, z edukacji; ale też pod presją „superego”) internalizowanymi wzorcami, wartościami – a nierzadko z przymusowo wpojonymi wzorcami, które kłócą się z autentycznością i autonomią preferowanego przez jednostkę sposobu życia? Otóż interesują go one w kontekście *prawowitości* norm, decyzji, rozstrzygnięć mających wynikać z dyskursu, która oznacza, by w oczach uczestników były one tym, „co *powinno* obowiązywać” bez „aparatu wymuszania”⁸⁰. Porządki prawowite – powiada Habermas – podlegają analizie „od góry” i „od dołu”. Habermas jest świadom „napięcia między poszerzaniem autonomii prywatnej i polityczno-obywatelskiej”⁸¹, a także instytucjami. Dlatego przyjmuje, że również do prawa przynależą „wszystkie komunikacje, które zorientowane są na prawo”, a przy normy prawne (i zasadniczo wszystkie instytucje prawne) powinny zachowywać aktywne refleksyjnie odniesienie, wyczulenie, „łączność” z procesami porozumiewania się – i zapewne także nieporozumieniem, dyssensem – w świecie życia, gdzie toczy się „komunikacja moralna”⁸².

Aby jednak i w tej ostatniej sferze funkcjonować świadomie i autorefleksyjnie, będąc zdolnym do samodzielnych osądów w jakże wielorakich dziś kategoriach teleologicznych, normatywnych czy aksjologicznych (choćby po to, by umieć uszanować cudze przekonania normatywno-aksjologiczne i style życia), a przede wszystkim, aby móc rozważać w swoim osobistym kręgu, lub w wąskim, międzyludzkim kręgu stosowne wybory, także potrzebny jest dyskurs eksplikatywny. Może on manifestować się we wzajemnym świadczeniu „porad klinicznych”⁸³, rodzaju hermeneutyczno-dyskursywnej klaryfikacji takich pojęć, jak dobre życie, autentyczny sposób życia, tożsamość kulturowa. Umożliwiają one jednostkom

- (i) „hermeneutycznie pogłębione samorozumienie” (*Selbstverständnis*);
- (ii) opisanie siebie w sensie autobiograficznym „i to nie w sposób aksjologicznie indyferentny, ale razem z kontekstami normatywnymi”, a przy tym „krytycznie” (*das kritische Bewußtmachen der Lebensgeschichte*). Zaś takie „pogłębione” i „krytyczne” samorozumienie”
- (iii) „zmienia postawy – również te substancjalnie normatywne – na których wspiera się projekt życiowy (...) Pytania natury etycznej wcale nie wymagają zerwania z

⁸⁰ Tamże, s. 84.

⁸¹ Tamże, s. 95.

⁸² Tamże, s. 97.

⁸³ Tamże, s. 178.

perspektywą egocentryczną; są bowiem zorientowane na *telos* każdorazowo mojego życia” (*auf das Telos je meines Lebens bezogen*)⁸⁴.

(iv)(i, ii, iii) umożliwiają autentyczne osądy, argumenty, postanowienia i decyzje przez kogoś, kto jest członkiem określonej zbiorowości lub mniejszości scalonej przez określoną tożsamość i kto jednocześnie pragnie realizować „życie dobre dla mnie osobiście” (*das Leben, das gut für mich ist*) równoległe do takich „form życia, które są nam wspólne” (*auch die Lebensformen, die uns gemeinsam sind*)⁸⁵.

Dlatego też

„Powinność zrelatywizowana do telosu każdorazowo naszego dobrego życia, o którą chodzi w poradach klinicznych, adresowana jest do *władzy decydowania* jakiejś zbiorowości, która chce się upewnić co do tego, jaki sposób życia jest autentyczny. W takich procesach dochodzenia do samoporozumienia krzyżują się role uczestników dyskursu i członków historycznej wspólnoty. Tutaj geneza i obowiązywanie [takiego a nie innego sposobu życia, uważanego za wartościowy, godny, dobry, etc., K.N.] nie dają się od siebie oddzielić (...) Poglądy, które zyskują poparcie w dyskursach etyczno-politycznych, zmieniają wraz z hermeneutycznie wyklarowanym samorozumieniem danej grupy także jej tożsamość; wraz z uzasadnieniem ważkich decyzji aksjologicznych postanowienia indukowane są przez wglądy, jako że tutaj argumenty spotykają się z dążeniem do autentycznego sposobu życia. Z drugiej strony w takich hermeneutycznie oświeconych decyzjach wyraża się też afirmacja danej formy życia w świetle krytycznie przyswojonych tradycji (...) Uczestnicy argumentacji nie mogą w hermeneutycznym dochodzeniu do samoporozumienia wydostać się z formy życia, w której faktycznie siebie zastają”⁸⁶,

ale mogą ją lepiej rozumieć, reflektować o niej, i czynić to także w sposób krytyczny, być może aktualizujący lub korygujący (przykładowo, jeśli dana forma życia rościłaby sobie pretensje do dominacji nad innymi formami).

⁸⁴ J. Habermas, „Vom pragmatischen, ethischen und moralischen Gebrauch der praktischen Vernunft“, s. 367.

⁸⁵ Tamże, s. 366–367.

⁸⁶ J. Habermas, *Teoria działania komunikacyjnego*.

f) Ogólna charakterystyka reguł dyskursu

Aby nakierować dyskurs na osiągnięcie rezultatów względnie uwspólnionych, uzasadnionych i akceptowalnych dla uczestników oraz osiągnąć podstawowy cel, jakim jest wzajemne rozumienie i porozumienie, potrzeba swoistych regulacji, jednolitych „reguł gry”. Habermas uważa dyskurs właśnie za rodzaj swoistej, zespołowej „gry językowej”⁸⁷, w której uczestnicy są świadomi wiążących ich i obowiązujących reguł. Pytaniem częściowo otwartym pozostaje, jak świadomość owych reguł w dyskursie powinna być wyrażona – czy dzieje się to skutek pewnych nastawień, performatywnie w działaniu, czy to za przyczyną słownych deklaracji uczestników. Reguły dyskursu zostały przez Habermasa po części zaczerpnięte z teorii Roberta Alexy’ego, choć wykraczają poza nie i stają się przedmiotem polemiki, co zostanie pokazane w dalszej części tego rozdziału.

Na uwagę zasługuje samo pojęcie „reguł” i ich zakres znaczeniowy. W jednej z prac pojawia się metafora gry w szachy, mająca dać wytłumaczenie mechanizmowi działania reguł. Jednak zdaniem Habermasa „termin ‘reguła’ jest dwuznaczny”, a „ekwiwalencja między dyskursem a grą w szachy – ograniczona”:

„... reguły dyskursu w sensie Alexy’ego nie konstytuują dyskursu tak, jak reguły szachowe faktyczną grę w szachy. Reguły szachowe determinują faktyczną grę w szachy, tymczasem reguły dyskursu są jedynie manifestacją milcząco przyjmowanych, intuicyjnych presupozycji co do perfekcyjnej praktyki mowy. Chcąc na poważnie przyrównać praktykę argumentacji do gry w szachy, za równoważne regułom szachowym uznamy raczej tylko te, które odpowiadają za zbudowanie i wymianę pojedynczego argumentu. Takie faktycznie reguły należy stosować, by zapewnić poprawność argumentacji”⁸⁸.

⁸⁷ Działanie komunikacyjne dokonuje się według Habermasa w ramach społecznie „osadzonych i zabezpieczonych normatywnie gier językowych”, J. Habermas, „Theorie der Gesellschaft oder Sozialtechnologie?”, s. 115; zob. też R. Tanajewska, „Dyskurs prawniczy ze szczególnym uwzględnieniem argumentu *a coherentia*, *a completudine* oraz argumentu systematycznego”, *Studia Prawnicze KUL*, nr 1(61), 2015, s. 181.

⁸⁸ J. Habermas, *Moralbewußtsein und kommunikatives Handeln*, s. 101–102.

Habermas zwraca uwagę, że innych reguł (poza tymi, które dotyczą konstrukcji poszczególnego argumentu) można przestrzegać „tylko do pewnego stopnia (*annähernde*), gdyż mogą mieć charakter kontrfaktyczny”⁸⁹.

Praktyczny dyskurs argumentacyjny jest procesem złożonym i długotrwałym. Jak zostało już powiedziane, zasada uniwersalizacji (uzasadniania) gwarantuje bezstronność oraz wysuwa na pierwszy plan dokładnie te normy, których słuszności mogliby chcieć wszyscy zainteresowani⁹⁰. Dyskursu nie da się jednak uregulować wyłącznie za jej pomocą. Procedura uniwersalizacji musi obejmować znacznie więcej, aniżeli akt jednostkowej rozumnej woli („rozumu praktycznego” u Kanta), nawet, jeśli jest to wola świadoma, co znaczy powszechność.

Dlatego oprócz pryncypiów (nm. *Grundsätze*; ang. *principles*) konstytuujących i strukturyzujących przestrzeń dyskursu praktycznego Habermas i Robert Alexy zaproponowali szereg reguł (*Diskursregeln*) mających zapewnić dyskursom uczciwy, inkluzywny, etyczny przebieg, wspomagać jakość argumentacji i ułatwiać konsensus. Na etykę (tudzież *procedurę*) dyskursu składają się reguły, których nie da się zredukować do konwencji językowych. Są to m.in. „niemożliwe do zignorowania presupozycje, których łamanie prowadzi do sprzeczności performatywnych. Przykładowo, kłamstwo to nie jest argument, który przekonuje, ale próba wmówienia komuś czegoś”⁹¹. Reguły etyki dyskursu mają chronić przed podobnymi nadużyciami. Ponadto, mają być stosowane intuicyjnie (*intuitiv*) i być kontrfaktyczne (*kontrafaktisch*), tj. regulować rzeczywiste dyskursy (*reale Diskurse*), nieidealne i niepozbawione błędów i zdarzeń kontyngentnych. Prócz reguł intuicyjnych obaj filozofowie równolegle przyjęli, że pewne reguły mogą być sformułowane *explicite*, a nawet stać się elementem pewnych instytucji publicznych (przykładowo, wymóg prawdomówności obowiązuje już w sądownictwie, a na oddzielnych zasadach – w medycynie⁹²). Niezależnie od tego, prawdomówność stanowi integralną regułę etyki dyskursu wraz z innymi regułami.

g) Reguły etyki dyskursu (przed dyskursywną teorią prawa i polityki)⁹³

⁸⁹ Tamże.

⁹⁰ Zob. J. Habermas, „Gerechtigkeit und Solidarität”, s. 54.

⁹¹ J. Habermas, *Moralbewußtsein und kommunikatives Handeln*, s. 101.

⁹² W praktyce zaś można zniuansować pomiędzy różnymi rodzajami prawdomówności, w zależności do sytuacji klinicznej i określenia dobra pacjenta, a także rozważyć na ile obowiązek prawdomówności nadrzędny jest wobec obowiązku dobroczynności czy szacunku dla autonomii („przywilej terapeutyczny”, praktyki przekazywania złych wiadomości), zob. A. Przyłuska-Fischer, „Etyka lekarska i cnota prawdomówności”, *Diametros* 2005, nr 4, s. 143–136.

⁹³ J. Habermas, *Erläuterungen zur Diskursethik*, s. 162.

Jako punkt wyjścia dla sformułowania reguł dyskursu praktycznego, Habermas przyjmuje koncepcję Roberta Alexy'ego, którego prace filozoficzne zyskały uznanie zwłaszcza na gruncie teorii i filozofii prawa. Sam zaś pisze za Alexym (*ich halte mich... an den Katalog... den R. Alexy aufgestellt hat*⁹⁴) o regułach dyskursu w *Moralbewußtsein und kommunikatives Handeln* (1983). Punktem wyjścia jest krytyczna weryfikacja pryncypium uniwersalizacji:

“Musimy więc ponownie zająć się uzasadnieniem pryncypium uniwersalizacji. Rolę, którą przejmują argument transcendentally-pragmatyczny, można teraz opisać w ten sposób: argument ów pozwala wykazać, w jaki sposób presupozycje co do argumentacji nieuchronnie implikują pryncypium uniwersalizacji w funkcji reguły argumentowania. Wymóg wyrażony w tej regule będzie spełniony, jeśli każdy, kto akceptuje uniwersalne i niezbywalne presupozycje argumentacji poprzez komunikację werbalną i kto wie, co to znaczy uzasadnić normę praktyczną, musi *implicite* przyjąć obowiązywanie pryncypium uniwersalizacji”⁹⁵.

Alexy uznał, że reguły dyskursu winny mieć uzasadnienie w dyskursie. Jest tu zatem obecna autoregulacyjna właściwość dyskursu. Tym samym „sensowny jest także dyskurs (meta-dyskurs) dotyczący samych jego reguł (*Diskursregeln*) (...) ‘teoretyczno-dyskursywnym’”⁹⁶. Z punktu widzenia teorii języka te same reguły mogą być też przedmiotem rozważań „dyskursu analitycznego-językowego” (*sprachanalytischer Diskurs*)⁹⁷. Alexy wykazał ponadto, że wśród reguł dyskursu występują „reguły po części faktycznie obowiązujące w grupie uczestników, a po części takie, które wymagają dodatkowego uzasadnienia (...) Gdy inicjuje się dyskurs, rozumne jest poleganie na takich regułach”⁹⁸. Alexy zwraca uwagę na to, że niektóre reguły obowiązują tylko w dyskursach praktycznych, a inne – także w „pozostałych grach językowych” (*auch in anderen Sprachspielen gelten*)⁹⁹. Ponadto,

⁹⁴ J. Habermas, *Moralbewußtsein und kommunikatives Handeln*, s. 97.

⁹⁵ Tamże, s. 97.

⁹⁶ R. Alexy, *Theorie der juristischen Argumentation: Die Theorie des rationalen Diskurses als Theorie der juristischen Begründung*. Suhrkamp, Frankfurt am Main 1983, s. 233.

⁹⁷ Tamże, s. 237.

⁹⁸ Tamże, s. 233.

⁹⁹ Tamże, s. 233.

„Istnieją nakazy, zakazy i przyzwolenia. Niektóre reguły wymagają ścisłego przestrzegania, inne z kolei zawierają wymogi dające się spełnić tylko w przybliżeniu. Dalej, pewne reguły normują zachowanie w dyskursach praktycznych, podczas gdy inne reguły ustalają, jak przejść do innych odmian dyskursu. Od reguł dyskursu należy wreszcie odróżnić formy argumentacji”¹⁰⁰.

Reguły etyki dyskursu, które przyjęli Habermas i Alexy, można podzielić na trzy grupy: (1) reguły podstawowe (*Grundregeln*), (2) reguły dialektyki dyskursu, (3) reguły retoryczno-proceduralne.

Reguły podstawowe umożliwiają i warunkują wszelką komunikację z udziałem języka, w której „chodzi o prawdziwość lub słuszność” (*Wahrheit oder Richtigkeit*)¹⁰¹. Mają one naprowadzać uczestników na spójne i konsekwentne używanie wyrażen językowych o jednolitej konotacji znaczeniowej w wypowiedziach i torować drogę ku wzajemnemu rozumieniu i porozumieniu. W wypowiedziach normatywnych słuszność jest odpowiednikiem prawdziwości twierdzeń propozycyjalnych, zatem w tych pierwszych logiczne „wartości prawdy (*wahr*) i fałszu (*falsch*) zastępuje się wartościami ważności (*gültig*) i nieważności (*ungültig*) bądź prawomocności (*rechters*) i nieprawomocności (*nicht rechters*)”¹⁰². Zestaw logiczno-semantycznych „reguł podstawowych”, porządkujących zachowania komunikacyjne i dyskursywne, przedstawia się następująco:

(1) Żadnen mówca nie może przeczyć sam sobie (*kein Sprecher darf sich widersprechen*);

(2) Każdy mówca przypisujący predykat *F* przedmiotowi *a* musi być gotów przypisać *F* każdemu innemu przedmiotowi, który we wszelkich kluczowych aspektach jest taki sam, jak przedmiot *a*”.

Ta sama reguła w odniesieniu do twierdzeń normatywnych powiada, że „Każdy mówca może wypowiadać tylko takie sądy aksjologiczne lub konotujące zobowiązanie, (*Verpflichtungsurteile*), które wypowiedziałby we wszelkich sytuacjach o takich samych znamionach kluczowych”¹⁰³.

¹⁰⁰ Tamże, s. 234.

¹⁰¹ Tamże, s. 234.

¹⁰² Tamże, s. 235.

¹⁰³ Tamże.

(3) Różni mówcy nie mogą posługiwać się tym samym wyrażeniem w odmiennych znaczeniach, lecz winni używać go w sposób znaczeniowo spójny i koherentny (*betrifft die Konsistenz der Sprecher*), stosować je wtedy i tam, gdzie należy (*ihn anzuwenden, wenn er anwendbar ist*)¹⁰⁴, a tym samym, dbać o „wspólne używanie języka” (*die Gemeinsamkeit des Sprachgebrauchs*)¹⁰⁵ podnoszące szansę na wzajemne porozumienie.

Reguły podstawowe odnoszą się zatem do i) reguł logicznych, ii) szczerości wypowiedzi (prawdomówności), iii) konsekwentnego stosowania wyrażen przez jednego i tego samego mówcę, iv) wspólnego uzusu wyrażen przez różnych mówców w jedynym dyskursie.

Druga grupa to reguły dialektyki dyskursu, a także „reguły kompetencyjne i reguły prymatu, które strzegą proporcjonalnego obciążania uczestników argumentowaniem”. Habermas „ponownie czerpie tu z katalogu reguł Alexy’ego”¹⁰⁶. Oto one:

- (1) Każdy mówca może twierdzić wyłącznie to, o czym sam jest przekonany (*jeder Sprecher darf nur das behaupten, was er selbst glaubt*);
- (2) Kto podważa jakąś wypowiedź lub normę, która nie jest przedmiotem dyskusji, musi podać stosowną podstawę (*wer eine Aussage oder Norm, die nicht Gegenstand der Diskussion ist, angreift, muß hierfür einen Grund angeben*).

Trzecia grupa to reguły retoryczno-proceduralne, z których pierwsza jest „regułą dostępu do dyskursów” (*Eintritt in Diskurse*), pozostałe zaś mają gwarantować uczestnikom wolność od wzajemnego wywierania przymusu, równe szanse udziału w dyskursach, wreszcie normować swobodę poruszania się w przestrzeni dyskursu dla wszystkich. Reguły te brzmią następująco:

- (1) Każdemu podmiotowi obdarzonemu zdolnością mowy i działania wolno brać udział w dyskursie¹⁰⁷ (*jedes sprach- und handlungsfähige Subjekt darf an Diskursen teilnehmen*).

¹⁰⁴ Tamże, s. 236.

¹⁰⁵ Tamże, s. 237.

¹⁰⁶ J. Habermas, *Moralbewußtsein und kommunikatives Handeln*, s. 98.

¹⁰⁷ R. Alexy, *Theorie der juristischen Argumentation*, s. 240; J. Habermas, *Moralbewußtsein und kommunikatives Handeln*, s. 99.

Następnie reguły normujące „swobodę dyskursywną” (*Freiheit des Diskutierens*), konkretyzujące wyżej wymienioną regułę:

(2.1) Każdemu uczestnikowi wolno zakwestionować każde twierdzenie¹⁰⁸ (*jeder darf jede Behauptung problematisieren*).

(2.2) Każdemu wolno wprowadzić do dyskursu dowolne twierdzenie (dowolną liczbę takich twierdzeń)¹⁰⁹ (*jeder darf jede Behauptung in den Diskurs einführen*).

(2.3) Każdemu wolno wyrazić swe nastawienia, życzenia i potrzeby¹¹⁰ (*jeder darf seine Einstellungen, Wünsche und Bedürfnisse äußern*).

(3) Żaden mówca nie może być ograniczany w korzystaniu ze swych uprawnień wymienionych w punktach (2.1) i (2.2) czy to przez przymus panujący w dyskursie, czy przez przymus pozadyskursywny¹¹¹.

Jak głosi „reguła dostępu” do dyskursu, każdy podmiot obdarzony zdolnością mowy i działania może uczestniczyć w dyskursie, co czyni dyskurs inkluzyjnym i egalitarnym urządzeniem społecznym. Stając się uczestnikiem dyskursu, nie trzeba też legitymować się wiedzą ani kompetencjami na poziomie eksperckim. Wydaje się, otwartość dyskursu dla każdego (pod warunkiem stosowania się do reguł) czyni go możliwym do zastosowania nie tylko w kontekstach tak centralnych, jak instytucje publiczne, ale także w wielu społecznie oddolnych i pośrednich kontekstach, np. profesjonalnych (choćby takich, jak medyczne) i społecznych, na które zorientowani są przedstawiciele licznych profesji.

Choć na pierwszy rzut oka uczestnik dyskursu staje przed dość licznymi i precyzyjnymi i rygorami, wiele z nich ma nieskomplikowany charakter, mimo, że zostały pomyślane jako wstęp do argumentacji na rzecz uprawnomocnienia (usankcjonowania) nowych reguł prawa lub w jurysprudencji. Wyżej wymienione i dalej tutaj przywoływane reguły niosą podstawowy przekaz etyki społecznej (*einen ethischen Gehalt*), w tym równoprawny dostęp do dyskursu, wolność słowa, zachowanie „relacji wzajemnego uznania” (*Verhältnisse reziproker Anerkennung*)¹¹², przekonywanie argumentami zamiast wmawiania¹¹³, itd., od którego zależeć może wzajemne poszanowanie dyskursywnych swobód i praw – wszak w regułach zakonotowano nie tylko rygory, ale i prawa. Reguły dyskursu nie podlegają i zgoła nie powinny podlegać instytucjonalizacji, aby ich *etyczno-*

¹⁰⁸ R. Alexy, *Theorie der juristischen Argumentation*, s. 240.

¹⁰⁹ Tamże, s. 240.

¹¹⁰ Tamże.

¹¹¹ J. Habermas, *Moralbewußtsein und kommunikatives Handeln*, s. 99.

¹¹² Tamże, s. 98.

¹¹³ Zob. R. Alexy, *Theorie der juristischen Argumentation*, s. 207.

moralne podstawy nie posłużyły manipulacji politycznej. Są to immanentne reguły ogólnej etyki dyskursu¹¹⁴, którego zadaniem jest rozważanie treści i walorów normatywnych „takich zasad i norm, które stanowią *przedmiot* argumentacji moralnej”¹¹⁵.

Nadto, od reguł ważniejsza okazuje się „praktyczna rozwaga”, którą Habermas uznał za podstawową kompetencję jej rolę oraz rozważyć jakiego rodzaju kompetencje jej towarzyszą:

„Stosowanie reguł wymaga praktycznej rozwagi, która jest nawet ważniejsza od samego rozumu praktycznego, w każdym razie ważniejsza od reguł jego dyskursu. Główne pryncypium etyki dyskursu [jak i reszta reguł, – K.N.] może w ogóle zadziałać dopiero pod warunkiem umiejętności (*Vermögens*) powiązania reguł etyki dyskursu z lokalnymi konwencjami sytuacji wyjściowej w sensie hermeneutycznym, razem z jej peryferiami i historycznie określonym horyzontem”¹¹⁶.

„Praktyczna rozwaga” to jednak nie tyle znajomość brzmienia reguł (Habermas zdaje sobie sprawę z tego, że „wiedza teoretyczna nie ma żadnych następstw praktycznych”¹¹⁷), ile habitus pozwalający stosować się do reguł dyskursu w każdej sytuacji wynikłej z tych form praktyki, w których pojawiła się potrzeba uregulowania jakiejś praktyki lub rozwiązania jakiegoś praktycznego konfliktu czy problemu¹¹⁸. Habitus wiąże się ze stosowaniem reguł w sposób intuicyjny, nieangażujący świadomości (*tacit*), dostępny wszystkim, których interesy rozważa się w dyskursach. Dyskurs nie odcina się od codzienności i form życia, ale ich dotyka (tymczasem działanie komunikacyjne nadawało formom życia „strukturę”, powiada Habermas):

“racjonalne rekonstrukcje ujawniają anonimowe systemy reguł, do których stosować się mogą dowolne podmioty, jeśli osiągnęły odpowiednie kompetencje regulacyjne (*Regelkompetenzen*). Odslonięta zostaje subiektywność umożliwiającą doświadczenie właściwe refleksji. W tradycji filozoficznej obie te formy samopoznania pozostawały najczęściej nie

¹¹⁴ Reguł stricte prawnych tutaj nie omawiam, znajdują się one w rozdziale następującym po „Die Regeln und Formen des allgemeinen praktischen Diskurses“, w: R. Alexy, *Theorie der juristischen Argumentation*.

¹¹⁵ J. Habermas, *Moralbewußtsein und kommunikatives Handeln*, s. 103.

¹¹⁶ Tamże, s. 114.

¹¹⁷ Tamże, s. 114.

¹¹⁸ Tamże, s. 102.

rozróżnione, występowały pod wspólną nazwą samorefleksji. Istnieje jednak dokładne kryterium, umożliwiające ich rozróżnienie. Samorefleksja prowadzi do końcowego rozumienia (*Einsicht*) dlatego, że czyni świadomym to, co było przedtem nieświadome – a to pociąga za sobą liczne następstwa praktyczne. Zrozumienie osiągnięte na drodze analizy ingeruje – jeśli wolno mi przejąć od Wittgensteina to nieco dramatyczne sformułowanie – w samo życie. Dobra rekonstrukcja w pewien sposób ujawnia 'nieświadomie' funkcjonujący system reguł, wydobywa na jaw wiedzę intuicyjną, która związana jest z dotyczącą reguł kompetencją jako rodzaj *know how*. Ale ta wiedza teoretyczna nie ma żadnych następstw praktycznych. Ucząc się logiki czy lingwistyki przyswajam sobie wiedzę teoretyczną, lecz ogólnie rzecz biorąc nie zmieniam przez to praktyki wnioskowania czy mówienia, której się do tej pory wyuczyłem”¹¹⁹.

h) „Reguły rozumności” w dyskursie praktycznym

Grupa „reguł rozumności” (nm. *Vernunftregeln*) reguluje prawidłową konstrukcję argumentów i proces uzasadniania wypowiedzianych twierdzeń normatywnych. Głównym zadaniem dyskursów praktycznych jest wszak uzasadnienie (in. uprawomocnienie) twierdzeń normatywnych. Jednakże ten, który coś stwierdza, nie tylko wypowiada to, do czego sam jest przekonany, lecz także przypisuje swej wypowiedzi pretensję do zasadności, to jest do tego, że wypowiedź ta jest prawdziwa albo słuszna (i w jednym lub drugim znaczeniu „ważna”). Dotyczy to wypowiedzi normatywnych, jak i pozanormatywnych¹²⁰.

Jedna z kluczowych „reguł rozumu” to „powszechna reguła uzasadniania” (*allgemeine Begründungsregel*), którą konkretyzują takie oto reguły szczegółowe:

- a) „Każdy mówca musi na żądanie uzasadnić to, co stwierdza, chyba, że przytoczy racje uzasadniające uchylenie się od wymaganego uzasadnienia”¹²¹.
- b) „Każdy uczestnik ma prawo wymagać od mówcy uzasadnienia tego, co mówca stwierdził w swej wypowiedzi (...) Może on, nie tłumacząc powodów, zapytać lub

¹¹⁹ J. Habermas, „Teoria i praktyka”, s. 42–46; J. Habermas, *Theorie und Praxis*. Suhrkamp, Frankfurt am Main 1982, s. 29.

¹²⁰ R. Alexy, *Theorie der juristischen Argumentation*, s. 238.

¹²¹ Tamże, s. 239.

wyrazić wątpliwość (...) Wobec tego, gdy dany mówca coś twierdzi, jego partnerzy w dyskursie mają prawo wymagać od niego uzasadnienia”¹²².

- c) „Kto coś uzasadnia, ten okazuje minimalną akceptację dla innego uczestnika jako równoprawnego partnera i rezygnuje z wywierania przymusu na innych, a także wspierania cudzego przymusu”¹²³.
- d) „Uzasadnienia, których [w dyskursie] nie zaakceptowano mimo spełnionych reguł (...) należy uznać za nieważne (*ungültig*)” albo takie, które stanowi „negatywne hipotetyczne kryterium słuszności wypowiedzi normatywnych”¹²⁴.
- e) „Kto podał argument, który w dalszym przebiegu dyskursu doczekał się kontrargumentu, ten jest zobowiązany podać dalsze argumenty”¹²⁵ (dążąc tym samym do rzetelnej, konsekwentnej, wystarczającej argumentacji i pomyślnego zakończenia dyskursu; dopóki pojawiają się argumenty, dopóty winny one znaleźć wyraz w dyskursie). Jednak „rzeczą niedopuszczalną, aby jakiś mówca wymagał od swego partnera coraz to nowych racji. Partnerowi mogłoby ich wkrótce zabraknąć. Gdy ktoś dostarczył racje zgodnie z obowiązującą regułą uzasadniania (*Begründungsregel*), powinien jedynie reagować na kontrargumenty. Kto już podał argument, ma już tylko obowiązek podania dalszej argumentacji w odpowiedzi na kontrargument”¹²⁶. Liczba racji (argumentów) nie jest przy tym ograniczona, nie ogranicza jej także „wymóg istotności”, bowiem „o tym decyduje sam argumentujący”¹²⁷.

Mimo to jest tu mowa o pewnej dodatkowej regule:

- f) „Kto wyraża w dyskursie argument odwołujący się do własnych nastawień, życzeń lub potrzeb, niepowiązany z uprzednią wypowiedzią, ten na żądanie innych winien powinien uzasadnić, po co to zrobił”¹²⁸. Z nastawieniami, potrzebami i życzeniami wiążą się – odpowiednio – wartości (przekonania lub osądy aksjologiczne), cele i interesy, których realizacji ludzie pragną, jednak realizacja ta, jak i niezbędne do niej środki, mają być właśnie obszarem regulacji dyskutowanych norm, postanowień, itd. (zgodnie z zadaniem dyskursu praktycznego). ‘Uzasadnienie’ tego, że się o czymś w

¹²² Tamże, s. 242–243.

¹²³ Tamże, s. 239.

¹²⁴ Tamże, s. 240.

¹²⁵ Tamże, s. 244.

¹²⁶ Tamże, s. 244.

¹²⁷ Tamże, s. 244–255.

¹²⁸ Tamże, s. 245.

dyskursie mówi, sugeruje tłumaczenie się z zabierania głosu; ale nie o takie uzasadnienie chodzi. Uzasadnieniem jest tu ważka treść twierdzeń, interpretacji, objaśnień i dalszych uzasadnień (*Rechtfertigungen*) podanych przez uczestnika, który argumentuje na rzecz ważności i słuszności przyszłej normy, postanowienia, rozstrzygnięcia i liczy na to, że owe interpretacje, objaśnienia, twierdzenia, etc. spotkają się z akceptacją interlokutorów¹²⁹.

Wyżej wymienione reguły „odpowiadają wskazanym przez Habermasa warunkom idealnej sytuacji językowej w nieco mniej wymagającym ujęciu”¹³⁰. Wszystko to ma tworzyć

„takie warunki komunikacji, które (1) zapobiegają bezzasadnemu zarzuceniu argumentacji; (2) poprzez uniwersalny i równoprawny dostęp do argumentacji oraz poprzez równy co do szans i symetryczny udział w argumentacji zapewniają zarówno wolność wyboru tematów, jak i włączanie najlepszych informacji i racji; i które (3) wykluczają wszelki przymus wywierany z zewnątrz na proces dochodzenia do porozumienia bądź pochodzący z niego samego, poza przymusem lepszego argumentu, i przez to neutralizują wszelkie motywy poza motywem kooperatywnego poszukiwania prawdy. Dla dyskursów moralno-praktycznych Alexy wprowadza jako regułę uzasadniania pewną wersję Kantowskiej zasady uniwersalizacji. Można pokazać, że zasada ta jest ufundowana w idealizujących założeniach argumentacji w ogóle. Ten, kto poważnie chce uczestniczyć w praktyce argumentowania, musi uznać pewne pragmatyczne założenia, które zmuszają go do idealnego przyjmowania ról, a więc do tego, by wszelkie wkłady interpretować i oceniać także z perspektywy każdego innego uczestnika. W ten sposób etyka dyskursowa wychodzi niejako na spotkanie Dworkinowskiej podstawowej normie równego względu i szacunku”¹³¹.

Gdy Habermas podaje, że w dyskursie praktycznym normy lub postanowienia są uzasadniane, uzgadniane, uniwersalizowane i konsensualnie uznawane przez uczestników wraz z konsekwencjami dla wszystkich przyszłych adresatów, Alexy precyzuje, że chodzi o

¹²⁹ J. Habermas, „Vorbereitende Bemerkungen...”, s. 137; J. Habermas, *Legitimationsprobleme...*, s. 148.

¹³⁰ R. Alexy, *Theorie der juristischen Argumentation*, s. 239–240.

¹³¹ J. Habermas, *Faktyczność i obowiązanie*, s. 247–248.

konsekwencjalistyczną zasadę uniwersalizacji Hare'a. Głosi ona, że w dyskursie praktycznym „każdy uczestnik musi móc zaakceptować następstwa regulacji zakładanej we własnej wypowiedzi normatywnej, wynikające z jej stosowania dla interesów każdej jednostki, w której położeniu on sam mógłby się hipotetycznie znaleźć. Krótko mówiąc, wszyscy muszą zaakceptować skutki zakładanych reguł, wynikające z tych reguł dla wszystkich”¹³². Alexy dodaje, iż „skutki, jakie dana reguła może pociągać za sobą dla realizacji interesów każdej jednostki, muszą być możliwe do zaakceptowania dla wszystkich. Krótko: to, że każdy musi zaakceptować każdą regułę, świadczy o idealnym charakterze reguł dyskursu”¹³³. Ta konsensualna uniwersalizacja nawiązuje do procedury imperatywu kategorycznego u Kanta (wykazanie potencjalnej uniwersalizowalności takiej maksymy, co do której podmiot *sam mógłby chcieć*, aby stała się ‘prawem powszechnym’), ale rozszerza regułę o konsekwencje: nie jest to już deontologia czystego obowiązku, ale deontologia w połączeniu z konsekwencjalizmem. Ponadto, w dyskursie praktycznym akceptacja przyszłej reguły być ponadto rzeczywista: każdy rzeczywiście musi uznać regułę. Dopiero to czyni ją uniwersalną dla wszystkich uczestników, którzy ją w opisany tu sposób zalegitymizowali.

i) Reguły tranzykcji pomiędzy dyskursami praktycznym i teoretycznym

Reguły tranzykcji (*Übergangsregeln*) między dyskursem praktycznym i teoretycznym określają, kiedy takie przejście jest możliwe, i czynią rozumność (rozum) jednością. Otóż jest ono możliwe w każdej chwili, co świadczy o umowności podziału rozumności społecznej na ‘teoretyczną’ i ‘praktyczną’. Reguły tranzykcji powiadają, że uczestnik dyskursu praktycznego może w dowolnym momencie przejść na grunt

- 1) dyskursu teoretycznego (empirycznego);
- 2) dyskursu językowo-analitycznego;
- 3) dyskursu teoretyczno-dyskursywnego¹³⁴.

Sytuacje takie mogą mieć miejsce, gdy zachodzi potrzeba uściślenia, sprostowania, udokumentowania, uzupełnienia, sprawdzenia, itd. wiedzy wadliwej, niepełnej, nieaktualnej,

¹³² R. Alexy, *Theorie der juristischen Argumentation*.

¹³³ Tamże, s. 252.

¹³⁴ Tamże, s. 255.

wątpliwej dla uczestników. Tranzycja daje uczestnikom swobodę operacyjną poruszania się pomiędzy różnymi dyskursami.

Opisane wyżej reguły regulują powszechny dyskurs praktyczny, zwłaszcza taki, którego zadaniem jest uprawomocnienie obowiązywania reguł prawa. „W ten sposób dokonuje się przejście od dyskursu praktycznego do dyskursu jurydycznego”¹³⁵, przy czym obydwie są dyskursami praktycznymi.

Dalej – w kolejnym rozdziale – będzie mnie interesować dyskurs praktyczny w wymiarze etycznym, uzasadniającym i w pewnym stopniu instytucjonalizującym decyzje i rozstrzygnięcia dotyczące praktyk medycznych (jednak nie takim, który ma legitymizować i wyłączać prawa, bowiem praktyki medyczne są już w zasadniczych zrębach zinstytucjonalizowane, unormowane prawnie, najczęściej (acz nie zawsze) sproceduralizowane, uregulowane przez protokoły. Jednak nadal wytwarzają one szereg faktów instytucjonalnych natury zdrowotnej. Jak powiada Habermas, „praktyka argumentacji jest jedynie kontynuacją (...) działania komunikacyjnego, rzecz jasna – na płaszczyźnie refleksji”¹³⁶. Nie jest to jednak kontynuacja bezwzględnie konieczna, ponieważ interakcja komunikacyjna może sama przez się koordynować i synchronizować wiele praktyk medycznych. Może się zdarzyć, że w tych praktykach działanie i interakcja komunikacyjna znajdą powszechniejsze i wszechstronniejsze zastosowanie aniżeli dyskurs praktyczny, ale będą to zwykle przypadki dość jednoznaczne w sensie klinicznym, etycznym i prawnym (normatywnym), nie stwarzające kontrowersji i zasadniczo przejrzyste uregulowane. Zaś dyskurs praktyczny w pewnych jego odmianach będzie można adaptować do poszukiwania jak najlepiej uzasadnionych, konsensualnych rozstrzygnięć i decyzji dla przypadków trudnych i wymagających: również takich, gdzie zachodzi dyssens na gruncie społecznych i kulturowych norm i aksjologii. W takich przypadkach procedura i kompetencja dyskursywna mogą być nader pomocne, a przynajmniej oferować nowe platformy i narzędzia, zdolne wspomóc rozstrzyganie złożonych problemów praktycznych typu medyczno-etycznego.

Gdy jednak w dyskursie praktycznym spotkają się lekarz i pacjent (oraz inne kompetentne i upoważnione do tego osoby), to wystąpią oni tutaj *już nie tylko* jako określone z imienia i nazwiska, prywatne osoby i jednostki. Jako beneficjenci i – jak zakłada niniejsza rozprawa – także pełnoprawni uczestnicy decyzji podejmowanych (a nie po prostu ‘zapadających’) w *instytucjach służących publicznej opiece zdrowotnej* – stają się oni

¹³⁵ Tamże, s. 256

¹³⁶ Tamże, s. 69.

konkretyzacjami taki jeszcze, uniwersalnych i powszechnych instytucji, jak *lekarz* (posiadający licencję na wykonywanie swojej szczególnej profesji), jak *pacjent*, *przedstawiciel*, *opiekun prawny*, *uprawniony lub upoważniony członek rodziny lub inna niespokrewniona a ważna dla pacjenta osoba*, itd. Korzystają oni/one ze statusu prawnego i instytucjonalnego. Status ten wynosi je ponad tamte jedynie osobiste i prywatne aspekty, ponad międzyludzką interakcję, a nawet interakcję komunikacyjną – ku sferze, gdzie decyzje, zobowiązania, rozwiązania etc. nabierać mogą mocy i ważności instytucjonalnej, stawać się faktami normatywnymi i instytucjonalnymi, udokumentowanymi np. w kartotece pacjenta i rejestrach systemu opieki zdrowotnej; zaświadczanymi i udokumentowanymi choćby przez skierowania do lekarza specjalisty, wpisy na listy oczekujących na świadczenie medyczne; wypisy szpitalne, recepty honorowane w aptekach, rejestrowane w urzędowych rejestrach. Tamte osobiste ‘określoności’, nawet przygodne, najczęściej empiryczne, ale także zreferowane w mowie, a związane ze stanem zdrowia i jego istotnymi parametrami medycznymi – nie znikają jednak ani nie pozostają wyłącznie w sferze tzw. surowych faktów. Zostają odnotowane, udokumentowane, opisane – stwierdzone – a więc także uznane, a co najmniej przyjęte do wiadomości – przez lekarza lub innego pracownika medycznego, który wykonuje badanie, przeprowadza wywiad, odczytuje wyniki, itd.

ROZDZIAŁ V

O zastosowaniach działania komunikacyjnego i dyskursu w opiece zdrowotnej. Włączenie pacjenta

- a) Usytuowanie i ukontekstowanie sytuacji komunikacyjnej w publicznej opiece zdrowotnej
- b) Gdy prawa wystarczają, ale nie wykluczają czegoś więcej
- c) Od prawa do informacji przez uproszczoną *versus* rozwiniętą 'wolną i kompetentną zgodę' po zgodę konsensualną obejmującą tę ostatnią. Medyczny dyskurs jako 'teoretyczny'
- d) Proceduralizm: ograniczenie czy szansa dla działania komunikacyjnego i etyki dyskursu?
- e) Edukowanie rzecz pomyślnej „komunikacyjnej” koordynacji działań (działania werbalne i dramaturgiczne w *metodzie pacjenta symulowanego*)
- f) Medyczne „hard cases” i zastosowania dyskursu praktycznego (interprofesjonalny model ulmski)
- g) Co zachodzi w decyzji klinicznej?

a) Usytuowanie i ukontekstowanie sytuacji komunikacyjnej w publicznej opiece zdrowotnej

Można przyjąć, że po „przejściu od metateorii do samej teorii społecznej”¹ koncepcja działania komunikacyjnego nie wyczerpuje się w teorii społecznej, ale zawsze będzie miała odniesienie (referencję) w 1) praktykach społecznych, zaś te praktyki osadzone będą 2) w ludzko-społecznych ‘światach życia’, a także rozmaitych instytucjonalnych formach kooperacji i formach życia zawodowego (profesjonalnego). Jak pokazano w rozdziale III, Habermasowska teoria działania komunikacyjnego przeszła dwa zasadnicze zwroty: 1) od słabej do silnej formuły działania komunikacyjnego; 2) od działania komunikacyjnego dążącego do zrozumienia (interpretacji) sensu na podstawie aktów językowych (w tym ekspresji) do działania w szerszej – dramaturgicznej – formule.

Ponadto, wykazano, że działanie komunikacyjne służy do koordynowania wszelkich społecznie relewantnych działań i praktyk ludzko-społecznych spoza jego własnej sfery, do których zawsze się odnosi. Wreszcie stanowi ono grunt i warunek możliwości praktyki argumentacyjnej, także tej, która oprócz norm prawnych uzasadnia i uprawomocnia decyzje, rozstrzygnięcia, postanowienia, werdykty, etc. nabierające mocy instytucjonalnej i stające się faktami instytucjonalnymi. W działaniu komunikacyjnym jest miejsce dla wartości i wartościowań, także o podłożu kulturowym. Na pytanie, dlaczego w instytucji publicznej opieki zdrowotnej, gdzie jakoby wszechobecna jest komunikacja, potrzeba *interakcji komunikacyjnej* można odpowiedzieć następująco: 1) ona już tam jest, ponieważ personel medyczny współpracuje i koordynuje swoje działania z pacjentem (a często innymi jeszcze osobami z kontekstu pacjenta); pokażę poniżej, na czym polega owa koordynacja działań komunikacyjnych; 2) jeśli brakuje koordynacji, lub koordynacja nie przynosi dobrych efektów albo jest niemożliwa (co zachodzi nie tylko wówczas, gdy lekarz ma do czynienia z tzw. ‘trudnym pacjentem’, lecz w przypadkach nie mieszczących się w protokołach i procedurach, a przede wszystkim w trudnych przypadkach – medycznych ‘hard cases’), to wzrost jej jakości wymaga albo treningu i przygotowania, albo 4) nieudana koordynacja i integracja działań we współpracy z pacjentem implikuje potrzebę odrębnych rozstrzygnięć i decyzji w ramach dyskursu praktycznego (i także teoretycznego, eksplikacyjnego, etc.). Stanowią one – raz jeszcze to podkreślmy za Habermasem – kontynuację działania komunikacyjnego, służącą podejmowaniu jak najlepiej uzasadnionych decyzji i rozstrzygnięć,

¹ A. M. Kaniowski, *Wstęp. Rehabilitacja i transformacja filozofii praktycznej*, xxiii.

inkluzyjnych dla pacjenta zgodnie z tym, co zakładają – a czego bliżej nie określają – normy prawne instytucjonalizujące partycypację pacjenta w decyzjach medycznych dotyczących jego osoby, takie, jak zasada autonomii i zasada świadomej zgody.

Intersubiektywne rozumienie i koordynacja mogą mieć miejsce 1) w kontekstach całkowicie lub częściowo uregulowanych (np. abstrakcyjnymi normami prawa albo procedurami administracyjnymi), w których jednak spotykają się lub zderzają różne praktyki i potrzeby z różnych światów życia (w tym różnych kultur mniejszościowych) wymagające skoordynowania; 2) intersubiektywne rozumienie może stanowić grunt pod dyskursy praktyczne, gdzie uczestnicy będą wyrażać interesy i starać się te interesy uogólniać i uniwersalizować poprzez argumenty, w ten sposób uzasadniając (uprawomocniając), ustalając i akceptując nowe normy, decyzje lub rozwiązania, względnie trwale regulujące praktyki dotąd nieuregulowane, słabo uregulowane lub wymagające nowej, *sprawiedliwszej* regulacji.

Istotnym i nader złożonym zagadnieniem, które będzie mnie dalej interesować, jest osadzenie i ukontekstowanie sytuacji komunikacyjnej w publicznej opiece zdrowotnej (a nawet wokół niej, jeśli traktować ją jako instytucję centralną dla społeczeństwa), które może mieć kilka powiązanych ze sobą wymiarów 1) strukturalnych, 2) funkcjonalnych. Jeśli działanie komunikacyjne będzie gruntem dla dyskursu praktycznego z którego ma się wyłonić normatywna instytucja publicznej opieki zdrowotnej służącej wszystkim obywatelom, to wymiary strukturalne będą wymiarami politycznymi i wspólnotowymi na jakimś historycznym etapie publicznego i racjonalnego doskonalenia czy w ogóle dopiero tworzenia instytucji zdrowia publicznego jako centralnej dla wszystkich i służącej uogólnionemu interesowi i wartości, jaką jest zdrowie ludzkie.

Jeśli działanie komunikacyjne będzie podłożem dla dyskursów praktycznych służących dalszej i bardziej precyzyjnej regulacji już istniejącej instytucji opieki zdrowotnej, to oprócz makroskali będą to zazębiające się mezo-, exo- i mikropoziomy², współzależne, ale częściowo autonomiczne; występujące w obrębie tej samej instytucji centralnej, politycznie już zdefiniowanej, prawnie uregulowanej i administracyjnie zarządzanej (choć prawo i procedury administracyjne mogą ulegać zmianom, np. w obliczu epidemii czy pandemii). Jest

² Por. S. Cerderbom i in., "The Tensions between Micro-, Meso- and Macro-levels: Physiotherapists' Views of Their Role Towards Fall Prevention in the Community – a Qualitative study", *BMC Health Services Research* 2020, vol. 20, #97; J. Cioffi, "Decision Making: Towards a Holistic for the Clinical Context", *Academic Letters*, August 2021; J. Freeman, P. Audia, "Community Ecology and the Sociology of Organizations", *Sociology* 2006, vol. 32, s. 145–169; F. Stevenson, G. Scambler, "The Relationship between Medicine and the Public: The Challenge of Concordance", *Health. An Interdisciplinary Journal for Social Study of Health, Illness & Medicine* 2005, vol. 9(1), s. 5–21; S. M. Hodge, "Competence, Identity, and Intersubjectivity. Applying Habermas's Theory of Communicative Action to Service User Involvement in Mental Health Policy Making", *Social Theory & Health* 2005, vol. 3(3), s. 165–182.

ona do pewnego stopnia samorządna, o ile pracownicy mają wpływ na kształt wewnętrznych zarządzeń i procedur; ale jest też hierarchiczna. W warunkach demokracji na określone przepisy prawne mogli mieć wpływ wszyscy obywatele, którzy publicznie partycypowali w rozumieniu i podzieleniu interesów i wartości: eksperci (zwłaszcza bezstronni i niezależni od resortu zdrowia), członkowie stowarzyszeń lekarskich, organizacji i ruchów pacjenckich, wreszcie indywidualni obywatele inicjujący artykułujący i argumentujący na rzecz interesu zdrowotnego: najpierw konkretnego (np. dyskryminowanego na poziomie nierównego dostępu do opieki zdrowotnej), dalej zaś poddanego rozumieniu i uznawaniu, by dotrzeć do świadomości wielu ludzi i stać się argumentem normatywnym w dyskursie, który uprawomocnia nową legislację. Mimo niedoskonałości, taka debata mogła aproksymować nie tylko Habermasowską „sytuację komunikacyjną”, lecz także wymagającą jej, aby w ogóle zaistnieć – dyskursy; na tyle, na ile pozwoliły komunikacyjne i dyskursywne kompetencje uczestników.

Jednak siłą rzeczy najwięcej usytuowanych i ukontekstowanych sytuacji komunikacyjnych służących – jak już wskazano wyżej – wzajemnemu zrozumieniu i skoordynowaniu praktyk z jednej strony *medycznych* (ze strony personelu medycznego), a z drugiej – praktyk ze strony pacjenta zapośredniczonego w swoich społecznych ‘światach życia’ będzie miało miejsce na mikro- i mezopoziomie działalności opieki zdrowotnej: w trójdzielnej sferze 1) podstawowej, 2), specjalistyczno-ambulatoryjnej, i 3) i specjalistyczno-szpitalnej opieki zdrowotnej. Wprawdzie występują tu już normy, procedury i regulacje szczegółowe, ale także przypadki, do których nie da się jedynie *zastosować* gotowych i już przewidzianych reguł, procedur i zarządzeń. Wiele przypadków będzie wymagać mniej lub bardziej radykalnej koordynacji określonych praktyk (np. harmonizacji praktyk diagnostycznych, leczniczych, profilaktycznych z praktykami określonego pacjenta, zanurzonego w określonym kontekście, kulturze, aktywnego zawodowo, prowadzącego określony tryb życia) w ramach istniejących regulacji. Z kolei niektóre przypadki będą wymagać decyzji i rozstrzygnięć nie tylko w kategoriach koordynacji i doboru praktyk na podstawie udanego wzajemnego zrozumienia między aktorami odnośnej sytuacji komunikacyjnej, lecz także w kategoriach normatywnych (etyczno-prawnych, a nawet moralno-prawnych) wówczas, gdy pojawią się kontrowersje, spory, dylematy i konflikty natury kliniczno-etycznej: gdy strony zaangażowane w relację (mówiąc schematycznie: relację lekarza i pacjenta) będą zmuszone poszukać najbardziej słuszych i właściwych rozstrzygnięć i decyzji kliniczno-etycznych dla konkretnego pacjenta na podstawie nie tylko intersubiektywnej refleksji i rozumienia (jak przyjmuje teoria działania komunikacyjnego),

ale także argumentacji. Będą to wymagające sytuacje kliniczne, w których zależnie od modelu decyzyjnego pojawi się miejsce dla zastosowania choćby elementów dyskursu praktycznego. Co więcej, w takich sytuacjach nie da się ostro i podręcznikowo odróżnić, kiedy kończy się sytuacja komunikacyjna, a zaczyna się dyskurs teoretyczny bądź praktyczny. W takich okolicznościach chodzi o to, by zderzenie kontekstów i praktyk przekształcić najpierw w przejrzystą interakcję komunikacyjną (którą w rzeczy samej jest sytuacja komunikacyjna), a dla uzasadnienia słuszności któregoś ze spornych roszczeń zastosować elementy dyskursu praktycznego, który nie jest już interakcją aktorów jako indywidualów uspołecznionych w swoich ‘światach życia’, uosabiających określone wartości, pełniących określone role i zaangażowanych w określone praktyki którym zależy na koordynacji praktyk, ale ta ponosi fiasko.

Dyskurs będzie procedurą argumentacyjną, w której ustala się zasadne decyzje i rozstrzygnięcia normatywne. Tak więc ukontekstowanie, obecność światów życia i obiektywnej rzeczywistości – tj. czyli pacjenta w określonym lub wymagającym określenia i interwencji stanie zdrowotnym, z jego zapleczem i ukontekstowaniem społecznym, rodzinnym, zawodowym, kulturowym – oraz same praktyki medyczne z ich wielorakim, choć z zasady naukowym i profesjonalnym zapleczem – stanowią stałe i najważniejsze punkty odniesienia dla uczestników interakcji komunikacyjnej w opiece zdrowotnej. Wiąże się z nią – albo raczej ona wiąże się z nimi – niego wszelkie relewantne wiedze i rozpoznania, znaczące doświadczenia i obserwacje (a także introspekcje) wydobyte na jaw i poddane obopólnemu zrozumieniu; a także elementy niewiedzy, niepewnych rokowań i ryzyka; wreszcie perspektywy wszystkich zaangażowanych w interakcję komunikacyjną aktorów jako praktyków (także bliskich pacjenta, prezentujących lub niekiedy forsujących własne poznanie albo przekonania, zbieżne lub rozbieżne z ekspercką i profesjonalną wiedzą lekarzy)³.

³ W tym miejscu można odnieść się do ogólnej problematyki poznania innego w świetle badań interdyscyplinarnych. Przyjmowanie i koordynacja perspektyw to jeden z ważnych aspektów społecznej kognicji człowieka. Jakość relacji międzyludzkich w dużej mierze zależy od tego, jak postrzegamy, rozumiemy, poznajemy, a także oceniamy i doceniamy innych, uwzględniając te poznanie i uznania w naszym zachowaniu i postępowaniu w stosunku do nich. Zależnie od ‘szkoły’, *perspective taking* znajdziemy u Meada, Kohlberga, Selmana, Habermasa, Honnetha („widzialność innego”), w teoriach i etyce empatii – jakże wskazanej w profesjach medycznych – itd. Zob. m.in. B. Chyrowicz, *Widok stąd: Dlaczego działamy tak, a nie inaczej?* Znak, Kraków 2021. „Określenie ‘perspektywa’ nie oznacza jakiejś konkretnej treści poznawczej, lecz uosabiany przez ‘ja’, a także drugą i trzecią osobę punkt widzenia, wektor poznania świata i jego funkcjonalne modalności (sposób doświadczania, rozumowania, odczuwania, stanowisko w określonej materii itd.). Jeśli więc powiadam, że rozumiem ciebie, ja, jego, was, ich, to znaczy, że pole mojej percepcji, uwagi i świadomości jest intencjonalnie otwarte na przekaz, jaki wysyłają inni jako odrębne podmioty poznawcze. Interesuje mnie poznanie, które jest właściwością podmiotu a nie przedmiotu (...). Na tym jednak nie koniec: mój umysł odnosi dalej ów przekaz do własnej perspektywy. Konsekwencją otwarcia i korekty mojej perspektywy poznawczej przez cudze perspektywy (które pozostają ‘inne’ niezależnie od tego, czy dołączone do nich treści są zbieżne, czy rozbieżne z moją perspektywą) jest zjawisko zwane (...) poznawczej *decentracją*”, E. Nowak, „Poznajac

Jak wskazałam wcześniej (rozdz. III), według Habermasa nie tylko potrzeba wzajemnego zrozumienia i koordynacji praktyk, ale także – a nawet przede wszystkim – kolizje praktyczne, spory i konflikty związane z działaniem, strategiami i planami działania stanowią wyjściową *sytuację*, tzn. kreują potrzebę wszczęcia interakcji komunikacyjnej (a niekiedy też potrzebę „kontynuacji” – powiada Habermas – tej właśnie interakcji w dyskursie *argumentacyjnym*). Nie jest tu możliwa idealna – wzorcowa i modelowa – komunikacja, a mimo to zachodzi potrzeba komunikacji o jak najlepszej jakości i efektywności. Niezakłócona komunikacja (tudzież dyskurs) nie zawsze będą możliwe w kontekście choroby, dolegliwości, bólu, ryzyka i niepewności z definicji związanych z kondycją i położeniem pacjenta: jednak i tutaj poszukuje się platform komunikacyjnego osiągnięcia rozumienia, a także osiągnięcia zgody zarówno w sensie *adherence*, jak i w sensie 1) *uznania* roszczeń znaczeniowych wypowiedzi na podstawie podanych przez mówcę racji i wartości; 2) w sensie osiągniętego *podzielania* tych racji i wartości ponad subiektywnymi (niepodzielanymi przez słuchacza) życzeniami, wreszcie 3) w sensie dającej się na tej podstawie skoordynować praktyki, w tym: teleologii, planu i strategii działania klinicznego jako w pewnej mierze działania społecznego (działania kliniczne jako podgrupa działań społecznych mają wszak być i celowe, i skuteczne; „pojęcie działania teleologicznego zakłada istnienie relacji między aktorem [w sensie wykonawcy, agensa i współwykonawcy złożonych praktyk podlegających koordynacji – K.N.] i światem istniejących [wzmagających jednak aktywnej praktycznej interwencji – K.N.] stanów rzeczy. Ten świat obiektywny definiowany jest jako ogół stanów rzeczy, które (...) też mogą być wywołane przez zamierzoną interwencję”⁴ – i do nich należeć będzie kondycja zdrowotna poddawana interwencyjnym zabiegom leczniczym, profilaktycznym, rehabilitacyjnym). Wszak lekarz, pacjent, a także pielęgniarz czy pielęgniarka mogą uznać obopólnie racje i wartości wyrażone przez każdego z nich (zob. dwa rodzaje działania komunikacyjnego u Habermasa, w tym rozdziale); a mogą uczynić ten krok

innego: perspektywizm społeczny i jego znaczenie w etyce”, *Etyka* 2015, nr 51, s. 91. Z kolei Selman zwraca uwagę na coś istotnego w kontekście i działania komunikacyjnego jako umożliwiającego koordynowanie praktyk (także medycznych, między osobami wykonującymi czynności i zabiegi z udziałem pacjentów) we współpracy z innymi, w lokalnej wspólnocie celów czy interesów: „Wspólne priorytety nie powstają tylko na poziomie konstrukcji zbiorowych, lecz równolegle także w umysłach jednostek zdolnych do poznania perspektywicznego przy zachowaniu autonomii sądów i decyzji, niepodlegających wymianie na cudze ani cudzemu wpływowi. Tak rozwinięta zdolność przyjmowania i koordynowania perspektyw umożliwia indywidualnym osobom ‘bycie częścią tej a nie innej grupy’ jako pewnej *całości* społecznej i *wspólnoty* podobnych interesów i przekonań (...), w której zachodzi *consensus* co do pewnych oczekiwań i zasad ogólnych”, i której potencjał kooperacyjny jest znacznie wyższy aniżeli wśród osób, które nie potrafią tak sprawnie integrować perspektyw społecznych”, R. L. Selman, *The Growth of Interpersonal Understanding. Developmental and Clinical Analyses*. Academic Press, New York 1980, s. 145–146.

⁴ J. Habermas, *Teoria działania komunikacyjnego*, t. I, s. 163.

dzięki poszanowaniu podstawowych wymogów interakcji komunikacyjnej, poczynając od prawdomówności i równoprawności⁵. Pozwalają na to skądinąd prawa pacjenta, zgodnie z którymi pacjent 1) ma moc poznać i zrozumieć, *jak się mają jego sprawy*; 2) ma moc współkoordynować mające go objąć praktyki medyczne z praktykami życiowymi; 3) ma moc (na gruncie dyskursu) współdecydować o tym, *co leży w jego najlepszym interesie* i *co powinno się/należy uczynić w zgodzie z jego najlepszym interesem* – rozpoznanym, stwierdzonym, uznanym najpierw⁶ przez lekarza, ale tylko mocą przywileju temporalnego. Na podstawie takiego rozumienia i porozumienia znacznie łatwiej będzie mu podjąć samozobowiązanie do wypełniania zaleceń lekarskich niż gdyby takie zalecenia zakomunikowano mu na mocy normatywnej władzy, przywileju decyzyjnego lub lekarskiego paternalizmu.

Badacze zauważyli, że nieprzestrzeganie zaleceń to jedna z największych bolączek medycyny, obniża bowiem skuteczność procesu leczniczego. Sformułowanie „przestrzegać zaleceń” wydaje się semantycznie dominujące i autorytatywne, ponieważ sugeruje jednostronny stosunek lekarza jako „panującego” nad chorym, który z uwagi na swoją szczególną kondycję pasywnie podlega i jest posłuszny. Pasywność (*patients*) tradycyjnie konotuje położenie osoby chorej lub degradująco definiowanej jako „automat kierowany okolicznościami i stanami cielesnymi, psychicznymi i społecznymi”⁷ w przeciwieństwie do położenia osoby samodzielnej i sprawczej. Tymczasem w działaniu komunikacyjnym nie chodzi o mnożenie wyzwań stojącym przed chorym i podważanie prawa do bycia chorym. Mimo to bycie pacjentem to coś więcej niż bycie chorym po prostu powierzonym cudzej opiece, poddanym oddziaływaniu medycznej, eksperckiej kompetencji i *techné*. Już w świetle dzisiejszego prawa pacjent jest sprawczy, upodmiotowiony, racjonalny i autonomiczny, i jako taki staje się nie tylko beneficjentem praktyki medycznej, ale jej uczestnikiem o tyle, o ile jest ona sprofesjonalizowaną i zinstytucjonalizowaną formą kooperacji społecznej; wreszcie legitymizuje tę praktyczną kooperację swym rozumieniem, osądem, argumentem jako uczestnik szeregu sytuacji komunikacyjnych; a także innych form komunikacji i deliberacji – także tych sub-systemowych (dla opieki zdrowotnej jako zinstytucjonalizowanego sub-systemu w ramach ogólnego systemu) – których sytuacja komunikacyjna nie wyklucza.

⁵ R. Mendes, S. Martins, L. Fernandes, “Adherence to Medication, Physical Activity and Diet in Older Adults with Diabetes: Its Association with Cognition, Anxiety and Depression”, *Journal of Clinical Medical Research* 2019, vol. 11(8), s. 583–592.

⁶ Jak podają S. N. Whitney, A. L. McGuire, L. B. McCullough w: “Wspólne podejmowanie decyzji, świadoma zgoda, zgoda uproszczona – typologia”, w: W. Galewicz, *Antologia bioetyki*.

⁷ V. E. Frankl, *Homo patiens*. Instytut Wydawniczy PAX, Warszawa 1971, s. 106. „Znawca stanów słabości jest tu powołany na świadka tego, co nazywamy siłą oporu ducha”, tamże, s. 155; „ta pierwotna możliwość duchowego bytu jest więc sama warunkiem dalszych możliwości, a mianowicie możliwości postrzeżenia, myślenia i mówienia. (...) a to oznacza wzajemne zrozumienie, wzajemne porozumienie się”, tamże, s. 188–189.

W kontekście wyłączenia czy zgoda wykluczenia partnera z komunikacyjno-dyskursywnego uzasadniania (co można bez przeszkód rozważyć na przykładzie lekarza i pacjenta, którzy z powodu silnej asymetrii ich perspektyw, a przecież jeszcze silniejszej normatywnej konieczności opieki pierwszego na drugim *powinni się jak najlepiej zrozumieć i porozumieć*) Habermas mówi o dwóch możliwościach. Może tu zachodzić:

1) stosunek panowania, wykluczający z równoprawnego udziału w sytuacji komunikacyjnej, a „jeśli to prawda” – czytamy w *Wahrheit und Rechtfertigung* – to rozstrzygnięcia, decyzje i normy praktyczne „dające się uzasadnić [przez obu kooperujących – a nie tylko przez jednego, – K.N.] różnią się od takich norm, które jedynie wzmacniają stosunki władzy (*Gewaltverhältnisse stabilisieren*)”, lub

2) jednostronne, illokucyjne kierowanie językowych regumatywów przez lekarza do pacjenta (czyli imperatywów, rozkazów, poleceń i zaleceń), które pacjent rozumie tylko w jakimś stopniu, które budzą jego wątpliwości i zastrzeżenia (lub nie budzą, skoro ich rozumienie jest nikłe), których on sam nie uznaje w sposób, jaki zakłada koncepcja działania komunikacyjnego. Z drugiej strony, w analogicznej sytuacji może znaleźć się lekarz, który nie zna, nie rozumie i na tej wątlej podstawie – nie uznaje zapatrywań pacjenta jako znaczących i sensownych. Ich perspektywy nie mogą się spotkać ani nawet być wzięte pod uwagę już na poziomie rozumienia i uzasadnienia dobrymi racjami; cóż dopiero na poziomie normatywnym. Jest to sytuacja potencjalnie konfliktogenna, jeśli regumatywy wymuszają pewne zachowania u pacjenta lub poddają go przymusowo zgody pewnym działaniom (zabiegom). O połączeniu perspektyw i „pogodzeniu oglądu profesjonalisty z oglądem cierpiącej jednostki” (zwłaszcza pogodzeniu perspektywy klinicznej z perspektywą doświadczenia) powiada Paweł Łuków, że jest możliwe „przez włączenie perspektywy lekarskiej w punkt widzenia pacjenta”⁸. Ale to właśnie wymaga zwrotnej wzajemnej artykulacji podmiotowych perspektyw i zapatrywań, ich zrozumienia, uzasadnienia i uznania tego, co w sytuacji różnicy (i potencjalnego konfliktu praktycznego uniemożliwiającego koordynację praktyk) *o jednym przecież i tym samym stanie rzeczy* (tutaj: chorobie) myśli i sądzi drugi kontrpartner. Ograniczenia mogą mieć też naturę kliniczno-instytucjonalną, zwłaszcza, gdy lekarz ma (często jednak dyskusyjne) prawo do skorzystania z tzw. „przywileju terapeutycznego,” nierzadko rozumianego jako przywilej informacyjny. Explicite lub implicite korzysta się z niego np. wówczas, gdy:

⁸ P. Łuków, *Granice zgody: autonomia zasad i dobro pacjenta*, s. 181–182.

1) Pacjent nie jest zdolny ani gotowy (z obiektywnego: medycznego, psychicznego – w tym zwłaszcza afektywnego punktu widzenia, takiego, jak silny stres, szok, trauma; przy czym nie chodzi tu o sytuację, w której do interakcji komunikacyjnej lub dyskursu *wprowadzana jest emocja w roli bezpośredniego, niezreflektowanego ‘argumentu’*) przyjąć i zrozumieć informacji pomocnej w uzgodnieniu jego perspektywy z perspektywę kliniczną, jednak konieczne jest natychmiastowe działanie interwencyjne (np. podczas akcji ratowniczej lub innych nadzwyczajnych okoliczności) – czyli natychmiastowa koordynacja praktyk. Inny przykład: gdy pacjent „wyraża preferencję, aby nie uczestniczyć w procesie podejmowania decyzji” w „reakcji na konkretną sytuację”⁹ (właśnie otrzymanej diagnozy, przebytego zabiegu, zbyt małej liczby i niskiej jakości informacji, braku czasu na ich przetworzenie, zintegrowanie, przemyślenie, itd.), jednak po pewnym czasie jej gotowość wzrasta i manifestuje się w inicjatywie i aktywności nawiązania interakcji. W tym punkcie należy podkreślić kwestię bardzo istotną dla implementowania wszelkich relacji i interakcji w kontekstach klinicznych i medycznych: „zarówno oczekiwania pacjenta i lekarza dotyczące przeznaczonych im ról, jak i ich zachowania muszą się dopełniać [jednak, K.N.] Bez względu na to, w jakim stopniu pacjent życzy sobie uczestniczyć w procesie, jeśli lekarz nie wykaże odpowiedniej woli, do wspólnego podejmowania decyzji nie dojdzie. Z analogicznym fiaskiem będziemy mieli do czynienia, jeżeli zależeć będzie tylko lekarzowi, a pacjentowi nie. Właśnie to mamy na myśli, gdy mówimy, że ‘do tanga trzeba co najmniej dwojga’”¹⁰ (choć rzadziej mówimy o tym, że tych dwoje musi kiedyś – gdzieś – uczynić pierwsze kroki na parkiecie komunikacji i dyskursu zdrowotnego, i nauczyć się jako tako tańczyć, by nie stać w kacie, nie deptać sobie po nawzajem po palcach, złapać rytm i krok („jakie kroki lekarze i pacjenci muszą podjąć...”¹¹), i ‘zestroić się’ („dynamika interakcji z lekarzem, która jest niezbędna, aby model wspólnego podejmowania decyzji mógł się urzeczywistnić w praktyce”¹² – np. właśnie dyskursywnej, a równolegle – w komunikacyjnym koordynowaniu praktyk wszystkich partnerów interakcji; zob. dalsze sekcje niniejszego rozdziału)¹³.

⁹ C. Charles et al., „Co to znaczy, że pacjent i lekarz wspólnie podejmują decyzję? (Czyli do tanga trzeba dwojga)”, w: W. Galewicz (red. naukowa), *Prawda, poufność, autonomia...*, dz. cyt., s. 143.

¹⁰ Tamże, s. 144.

¹¹ Tamże.

¹² Tamże.

¹³ Metafora tańca ma swoje atuty. Jak podaje A. Malitowska, także w tańcu „*niedyskursywność*, która nie dopuszcza do własnej świadomości żadnych opinii przeciwnych i nie uwzględnia danych doświadczenia, przeczących własnym poglądom, jest wygodna (...) Dekonstruowanie *niedyskursywności* tańca towarzyskiego (...) nie jest też łatwe i skazane na sukces”; „jeśli nie kultywuje [się] kompetencji dyskursywnych”, o postępach i mistrzostwie w tańcu można zapomnieć; nadto, choreografia i ekspresja tańca mają coś strukturalnie wspólnego z samoprezentacją, dramaturgią i rzecz jasna koordynacją praktyk w działaniu komunikacyjnym. „to tłumaczy (...) proces budowania autentycznego i oryginalnego wizerunku jako zarazem odkrywania i konstrukcji”, gdzie

(2) Niepomyślna informacja mogłaby pogorszyć stan pacjenta, zatem przekazuje się ją ustawowemu przedstawicielowi lub opiekunowi (co jednak nie jest jednoznaczne z włączeniem takiego „powiernika” do procesu decyzyjnego¹⁴).

(3) Dorosłego pacjenta uważa się i traktuje – najwyraźniej paternalistycznie – jako niedojrzałego (mimo osiągnięcia pełnoletności), mającego nierozwiniętą lub nieuspołecznioną samoświadomość, niezdolnego samodzielnie uświadomić sobie, rozumieć i oszacować własne „dobro” lub interes (zwłaszcza w perspektywie dłuższej niż doraźna, a przede wszystkim – w zintegrowanych perspektywach medycznych, aksjologicznych, normatywnych, instytucjonalnych i społecznych). Dlatego odmawia mu się świadczenia (np. zabiegu sterylizacji) na tej podstawie, że lekarz samodzielnie dokonuje tu osądów i ocen co do „najlepiej pojmowanego interesu”¹⁵ pacjenta. Ale właśnie dlatego ta praktyka nie znajduje legitymizacji na gruncie założeń działania komunikacyjnego i dyskursu praktycznego, nie może być uznana za uwzględniającą i włączającą innego, ale za infantyliczącą. Z uwagi na trudność zdefiniowania najlepszego interesu (dobra, dobrostanu, jakości życia), która może mieć przyczynę w deficytach działania komunikacyjnego i dyskursu, w niskiej samorefleksyjności pacjenta, w braku umiejętności przyjęcia perspektywy pacjenta przez lekarza, itd., obserwuje się rezygnację z takiego definiowania: wszak „ustalenie, co to znaczy, gdy stwierdzamy, że coś leży w czyimś najlepiej pojmowanym interesie okazuje się bardzo

„wnikliwa samoobserwacja i autoanaliza jako narzędzia w budowaniu samoświadomości” są tak ważne; chodzi wreszcie o „interpretację partnerowania (...) w *uwspólnianym* ruchu”, A. Malitowska, *Filozofia i paso dobre*. Wydawnictwo PPTPN, Poznań 2021, s. 18 i 80, co jest przykładem koordynacji, współpracy, „sztuki relacji” (tamże, s. 95) w wielu sferach praktyki społecznej, także w diagnostyce (np. pomiar ciśnienia), zabiegach opartych na takiej współpracy (np. takim, jak podanie szczepionki).

¹⁴ Zob. R. Kubiak, „Przywilej terapeutyczny”, *Medycyna Paliatywna*, 2017, nr 9(1), s. 12–20.

¹⁵ Trzeba tu wskazać, że niektórzy autorzy odradzają odejście od definiowania *dobrostanu* wspólnie przez lekarza i pacjenta lub przez samego lekarza na rzecz pojęcia najlepiej pojętego interesu lub dobra pacjenta – jednak i to ostatnie, jako nacechowane aksjologią pozamedyczną, okazuje się zbyt dużym wyzwaniem zwłaszcza dla lekarza, bowiem „występują problemy ze stosowaniem modelu najlepiej pojmowanego interesu w osądach klinicznych”. Niekiedy takie osądy nie mają żadnej podstawy epistemicznej i opierają się na domyślnym – domniemanym – sensie. Ale problem wynika właśnie z izolacji perspektyw i braku interakcji komunikacyjnej oferującej ‘uwspólnione’ rozpoznanie. Dlatego autorzy piszą, że aby lekarz „mógł odgadnąć, jaki jest najlepszy tok działania z punktu widzenia”, on sam (!) musi najpierw ustalić trzy kwestie: „po pierwsze, (...) co będzie najlepiej służyło medycznemu, czy też zdrowotnemu interesowi pacjenta; po drugie, (...) jak wyważyć interesu zdrowotne oraz inne interesy pacjenta; po trzecie (...), jak pacjent powinien powiązać działanie w swoim najlepszym interesie z innymi celami etycznymi i zobowiązaniami, w tym ze służeniem interesom innych i wypełnianiem wszelkich moralnych obowiązków, które mogą stać w konflikcie z własnymi interesami pacjenta”, R. M. Veatch, „Świadoma zgoda nie wystarczy”, w: W. Galewicz (red. naukowa), *Prawda, poufność, autonomia – problemy informacji w etyce medycznej*. Kraków, Universitas 2018, s. 116–117. W tym dyskursywnie wadliwym modelu z jednej strony wiele ustaleń ciąży na lekarzu, ale za to „konflikty” aksjologiczne i normatywne między pacjentem, jego zobowiązaniami wobec innych ludzi, instytucji, bliskich (w relacjach zależności, np. opiekuńczych, opartych na trosce i odpowiedzialności rodzica o/za dziecko, więzi, etc.), rozmaitych intersubiektywnych sfer „świata życia”, wreszcie wobec siebie – pozostawia się pacjentowi.

trudnym zadaniem”¹⁶) na rzecz li tylko medycznie definiowanego zdrowia albo „dobrostanu biologicznego (czy też medycznego”. Lekarz ogranicza się tu do zalecenia „tego co jest dla pacjenta najlepsze z *medycznego punktu widzenia*, a następnie pacjent wyraża[...] zgodę”¹⁷. Po stwierdzeniu braku przeciwwskazań zdrowotnych i w zgodzie z prawem pozwalałoby to lekarzowi przyznać np. świadczenie sterylizacji pełnoletniej, nie mniej ‘młodej’ osobie bez względu na jego domniemanie na temat dobra i być może nierozwiniętej jeszcze koncepcji dobrego życia (która może ulec zmianie w toku życia). Ponadto,

(4) Sytuacja, gdy pacjent sam korzysta z prawa do odmowy poznania kluczowej informacji o stanie swego zdrowia (zob. punkt c) w tym rozdziale) i zawiesza swój udział w interaktywnym działaniu komunikacyjnym (jednak może on upoważnić do udziału „opiekuna faktycznego” bądź przedstawiciela ustawowego. „Na żądanie pacjenta lekarz nie ma obowiązku udzielać pacjentowi informacji o stanie jego zdrowia. Pacjent, który skorzystał z prawa do rezygnacji z uzyskiwania informacji o swoim stanie zdrowia, w każdej chwili może takie żądanie odwołać i zażądać informacji, a lekarz jest zobowiązany do jej udzielenia”¹⁸.

(5) Sytuacja, gdy w obliczu eksperckich ustaleń i regulatywów kierowanych przez lekarza do pacjenta temu ostatniemu „przedstawia się obraną drogę postępowania”, a on „przyjmuje” „ofertę”, ale nie czyni tego pod presją, lecz – jak podaje Habermas – stają się one „wezwaniami zinternalizowanymi i skierowanymi do samego siebie”¹⁹ mocą samej funkcji illokucyjnej wpisanej w język polecenia czy imperatywu (zauważmy jednak, że nie zachodzi tutaj sytuacja komunikacyjna). Jednak oferta ekspercka „nie musi (...) prowadzić do wyboru właściwej drogi”²⁰ także przez pacjenta.

¹⁶ R. M. Veatch, tamże, s. 119. Autor ten za D. Parfitem wskazuje trzy konteksty, w jakich można rozumieć „czyjś najlepszy interes”: 1) osobiste szczęście (które jednak nie ogranicza się do hedonizmu, lecz wkracza na teren eudajmonii), 2) spełnienie pragnień i osiągnięcie celów (które znów kojarzą się z samospelnieniem, samorealizacją, czyli eudajmonią), 3) lista celów i wartości „obiektywnych” – racjonalnych, etycznych (ponadsubiektywnych aksjologii w rodzaju „posiadania dzieci” i „bycia dobrym rodzicem”), tamże, s. 118. Jednak lekarz nie może ich stwierdzać i priorytetyzować (nawet tych „obiektywnych”) samowolnie, bez udziału pacjenta: nie istnieje bowiem (albo jest nieznana człowiekowi) sztywna i obiektywna harmonia takich celów i wartości, por. tamże.

¹⁷ Tamże, s. 120.

¹⁸ Podstawy prawne: art. 9 ust. 4 Ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta; art. 31 ust. 3 i ust. 4 Ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty (przesłanki do zastosowania przywileju terapeutycznego: wyjątkowa sytuacja, niepomysłne dla pacjenta rokowanie, dobro pacjenta); por. R. Kubiak, „Przywilej terapeutyczny”.

¹⁹ J. Habermas, *Teoria działania komunikacyjnego*, t. I, s. 502.

²⁰ R. M. Veatch, „Świadoma zgoda nie wystarczy”, s. 123.

(6) Kluczowa okoliczność medyczna, która momentalnie czyni nie tylko standardową i przewidzianą procedurami, ale zwłaszcza „systemowo” komunikacyjną refleksję i rozmowę, a także uzgadnianą czy precyzowaną w nich koordynację właściwych praktyk (między personelem medycznym a pacjentem) – czymś wtórnym w obliczu nagłej, samorzutnie, mimowolnie, gwałtownie ‘*samoprezentującej*’ się, potrzeby zdrowotnej pacjenta jako *wyższej konieczności*, i wobec wpisanych w tę konieczność bezpośrednich zagrożeń i ryzyk. Wówczas lekarz musi polegać na procedurach klinicznych, zarządzeniach administracyjnych, subsystemowych regulacjach i instytucjach, które istnieją po to, by sterować praktykami medycznymi, ‘zarządzać nimi’ i usprawniać je. Nie wyczerpują one całości tych praktyk, ale wydatnie je usprawniają: i nie chodzi o to, by działanie komunikacyjne lub dyskurs praktyczny eliminowały lub kwestionowały te właśnie usprawnienia – skoro w systemie opieki zdrowotnej jest wiele sytuacji, gdzie przychodzą one z pomocą w sytuacji wyższej konieczności:

„chodzi tu o relacje temporalne, które własne ciało [jako ciało pacjenta, – K.N.] narzuca ludzkiej świadomości i komunikacji społecznej. Tylko obserwując własne ciało świadomość wie, że współistnieje równolegle z czymś poza sobą samą. (...) myślenie ma to do siebie, że zawsze odbywa się z minimalną uwagą dla własnego ciała (...) Procesy świadomości, a także komunikacji toczą się dziś w sieci zsynchronizowanych diachronii: według kolejności w czasie, według kalendarza, epizodów odmierzonych interwałami czasu, terminów, spotkań i przypadkowych zakłóceń (...) Ta temporalnie uporządkowana złożoność znika natychmiast, gdy skierujemy uwagę na własne ciało: tu nie ma przedtem i potem, wtedy i wtedy...; ciało zyskuje ważność tu i teraz (...) jego aktualność może narzucać się samoistnie zwłaszcza poprzez ból. Choroby i urazy, które objawiają się bólem, mają więc zdecydowany, nieskończony prymat. Nie wynika on z hierarchii społecznej czy porządku preferencji aksjologicznych, ale po prostu z alarmującej współczesności ciała. Cała misterna chronologia [także komunikacyjna, – K.N.] ulega rozpadowi, gdy pojawia się ból, a obowiązujący skądinąd priorytet czasowy (*des timing*) załamuje się. Lekarz ma pierwszeństwo wkroczenia, gdy

organizm domaga się realnej i natychmiastowej pomocy (*der Arzt hat Vortritt, wenn der Körper aktuelle Hilfe verlangt*)”²¹.

(7) Powiązane z powyższym sytuacje określane jako konieczność działania w trybie ‘monadycznym’²² lub pilnym²³ (*urgent appointment slots*²⁴).

(8) Gdy działanie wszystkich stron wyczerpuje lapidarne zapisy prawne i powielające je kodyfikacje etyczne (przy czym osobnego zbadania wymagałaby relacja procedur i protokołów do tych zapisów, a dodatkowo – rzeczywistych praktyk), lub podmiot decyzyjny – z reguły lekarz – woli zdać się procedurę, podejmując minimalną interakcję komunikacyjną z pacjentem. Może to być podyktowane czynnikami sytuacyjnymi i kontekstowo-ekologicznymi, praktykami w danej placówce opieki zdrowotnej (np. w dużej lub położonej w metropolii w porównaniu z małą, obsługującą ludność niewielkiej miejscowości) lub indywidualnymi zwyczajami, typowością danego przypadku i stąd bardziej rutynowym traktowaniem (gdy tymczasem pacjent może mieć poczucie wyjątkowości swojego przypadku, intensywnie go doświadczać, doświadczać go po raz pierwszy; i w związku z tym oczekiwać tym większej uwagi – wysłuchania i wzięcia pod rozwagę jego pytań, obserwacji, racji).

(9) Wreszcie, gdy strony z jakichś powodów nie przejawiają stosownych komunikacyjno-dyskursywnych oczekiwań, „nie wyrażają preferencji” uczestniczenia we wspólnym „procesie podejmowania decyzji”, nie „podejmują kroków, aby uczestniczyć w procesie podejmowania decyzji dotyczących leczenia”²⁵, zadowolając się praktyczną i pragmatyczną efektywnością spotkania: udzieleniem zaleceń i wypisaniem recepty czy skierowania do specjalisty i ich przyjęciem (co jednak nie musi być regułą, wszak następnym razem mogą podjąć rozbudowaną interakcję).

Jak widać, mogą zachodzić rozmaite sytuacyjne ograniczenia uświadamiające, że komunikacja i dyskurs nie zawsze są możliwe do zastosowania, ale też nie są celami samymi

²¹ N. Luhmann, „Der medizinische Code“, w: tegoż (Hg.), *Soziologische Aufklärung. Konstruktivistische Perspektiven*. Westdeutscher Verlag, Opladen 1990, s. 183–195.

²² K. Bauer, *Der Denkweg von Jürgen Habermas zur Theorie des kommunikativen Handelns*. Roderer Verlag, Regensburg 1987, s. 201.

²³ Por. D. C. Dugdale, R. Epstein, S. Z. Pantilat, „Time and the Patient–Physician Relationship”, *Journal of General Internal Medicine* 1999, vol. 14, s. 34–40.

²⁴ Ch. Braddock, L. Snyder, „The Doctor Will See You Shortly”, *General Internal Medicine* 2005, vol. 20(11), s. 1057–1062.

²⁵ C. Charles et al., „Co to znaczy, że pacjent i lekarz wspólnie podejmują decyzję?”, dz. cyt., s. 142–143.

w sobie. Nie są to środki i narzędzia konieczne dla jak najszybszej i najbardziej skutecznej interwencji medycznej, pragmatycznego zarządzania i dystrybucji ‘świadczeń medycznych’. Podważają one monopol autorytatywnych, arbitralnych, wolicjonalnych (opartych na „imperatywnych ekspresjach woli”²⁶) strategii jawnych czy ukrytych²⁷, „roszczeń władczych”²⁸, ograniczających autonomię pacjenta, albo takich, które zderzają się z pretensjami (do ważności) tzw. pacjentów ‘roszczeniowych’, wdając się z nimi w beznadziejne utarczki. Osobom silnie preferującym te ostatnie mechanizmy dyskursywność wyda się zbędnym, naiwnym pomysłem, którego ‘nie da się’ implementować w opisanych realiach. Jednak z punktu widzenia *zdrowia* pojmowanego jako zjawisko, dobro, wartość nie tylko czysto biologiczna i medyczna, lecz także ludzko-społeczna, będą to struktury i nośniki dokładnie tego, co stanowi ludzko-społeczny aspekt zdrowia razem z upodmiotowieniem i włączeniem pacjenta w dotychczas niedoceniane sposoby współdziałania w jego interesie zdrowotnym jako integralnej części społecznego i wspólnotowego interesu (dobra). Te sposoby nie mają odzwierciedlenia w instytucjach i procedurach – jednak z uwagi na ich etyczną specyfikę nie mogą być przedmiotem ogólnych nakazów i sankcji.

Z kolei procedury i instytucje nie wyczerpują medycyny jako praktyki z udziałami ludzi w roli podmiotów i jako praktyki międzyludzkiej, społecznej, uwzględniającej autonomiczność i konsensualność rozstrzygnięć i decyzji w przypadkach szczególnych. Im jest ich mniej, tym bardziej decyzje będą „znajdować oparcie we władzy; w takiej sytuacji mówimy o panowaniu normatywnym” (*von normativer Macht*)²⁹, albo – w zależności od udziału czynników pozanormatywnych – o jawnym lub niejawnym wpływie władzy strategicznej, w tym „instrumentalno-ekonomicznych norm nakazujących rachowanie efektów leczniczych świadczeń w relacji do ich kosztów”³⁰, do których niezbędna jest kompetencja efektywnego podejmowania decyzji (*the ability to make effective decisions*³¹), ale nie jest potrzebna kompetencja sądzenia moralnego czy normatywnego generalnie, a już na pewno żadna włączająca interakcja komunikacyjna i dyskurs³². Tymczasem

²⁶ J. Habermas, *Teoria działania komunikacyjnego*, t. I, s. 505.

²⁷ Tamże, s. 503.

²⁸ Tamże, s. 504.

²⁹ J. Habermas, *Legitimationsprobleme im Spätkapitalismus*. Suhrkamp, Frankfurt am Main 1973, s. 153.

³⁰ K. Szewczyk, *Bioetyka Pacjent w systemie opieki zdrowotnej*. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2009, s. 21–22; por. L. M. Stanfield, „Clinical Decision Making in Triage. An Integrative Review”, *Journal of Emergency Nursing* 2015, vol. 41(5), s. 396–403.

³¹ R. J. Devettere, *Practical Decision Making in Health Care Ethics: Cases and Concepts*. Georgetown University Press, Washington DC 2010.

³² Zob. K. Helkama, „Change in Moral Judgment in Medical School: The Role of Hierarchy”, w: E. Nowak, D. Schrader, B. Zizek (Eds.), *Educating Competencies for Democracy*. Peter Lang Publishers, Frankfurt am Main –

„pacjent i lekarz z zasady mają do odegrania odmienne role przy podejmowaniu decyzji. Lekarz na ogół zaleca konkretne działanie, a zatem przysługuje mu coś, co nazwiemy ‘pierwszeństwem decyzyjnym’, przy czym ten zwrot ma sugerować uprzedniość czasową, ale nie większą władzę. Kompetentny dorosły pacjent, który ostatecznie ponosi konsekwencje każdego zabiegu, czy to w postaci korzyści, czy to szkód, zachowuje pełną władzę wydania ostatecznej decyzji...”³³.

Chodzi o to, by polecenia i rozkazy, dominujące niekiedy w warunkach medyczno-klinicznych, zyskały jak największą prawomocność normatywną, a jak najrzadziej stawały się narzędziami samowolnej władzy, panowania, manipulacji ze strony lekarzy – tym bardziej, że rozkazy, wezwania i polecenia niemal zawsze da się wyposażyć w roszczenia normatywne, a same te roszczenia – lepiej lub gorzej obopólnie uzasadnić, potwierdzić i zaakceptować między uczestnikami praktyki komunikacyjnej.

Kontynuacją interakcji komunikacyjnej – naturalną, bo rozwijającą się na podłożu jej efektów – będzie dyskurs praktyczny, w którym interakcja schodzi na plan dalszy, udostępniając plan pierwszy argumentacji. Na gruncie medycyny praktycznej continuum to jest podobnie zasadne, co continuum zachodzące między pytaniami: jak się rzeczy mają co do stanu zdrowia pacjenta i szeregu niezbędnych w tym stanie praktyk i jakie praktyki będą najbardziej zasadne w sensie medycznym: skutecznej naprawy zdrowia i zażegnania zagrożeń i ryzyk; a w bardziej złożonych kontekstach natury *medyczno-etycznej* – jakie będą najlepiej realizować dobro pacjenta (zamiennie: przywracać, zapewniać, powiększać jakość życia zależną od stanu zdrowia) uwzględniające przy tym autonomiczną i świadomą wolę pacjenta, czyli także – a nawet przede wszystkim – jego pojęcie jakości własnego życia i jego wolę co do niej oraz w zależności od tego – jego zgodę na stosowne działania lecznicze.

Mogą tu także zachodzić sytuacje problemowe, dylematyczne lub konfliktowe, gdzie nie da się poprzestać na skoordynowaniu praktyk (jak zakłada interakcja komunikacyjna), lecz trzeba rozważyć rozmaite opcje praktyczne, wybrać najlepiej uzasadnione i konsensualne rozwiązanie; osiągnąć akceptację najlepszych argumentów przez wszystkich uprawnionych

Bern – New York 2013, s. 97–103; por. J. Coggon, J. Miola, “Autonomy, Liberty, and Medical Decision-Making”, *The Cambridge Law Journal* 2011, vol. 70(3), s. 523–547.

³³ S. N. Whitney, A. L. McGuire, L. B. MacCullough, “Wspólne podejmowanie decyzji, świadoma zgoda, zgoda uproszczona – typologia”, w: W. Galewicz (red. naukowa), *Antologia Bioetyki*, t. V. Universitas, Kraków 2018, s. 158 (podkreśl. K. N.).

interesariuszy – jako kompetentne podmioty; i dopiero w oparciu o wspólnie przyjęte uzasadnienie normatywne – sformułować prawomocne zalecenia i dyrektywy praktyczne, plany i strategie działania nie czerpane mechanicznie z katalogu procedur, lecz dopasowane do *tego tutaj, indywidualnego przypadku*, i na tej złożonej podstawie, jednak także w istniejących ramach prawnych i proceduralnych – przyjąć je za ważne i obowiązujące, *instytucjonalne i normatywne fakty*.

Można się tu odwołać do „medycyny rozumianej jako praktyka społeczna” (wysoce złożona³⁴ i uszczegółowiona, wymagająca 1) koordynacji, 2) każdorazowo nowych rozstrzygnięć, uzasadnień i akceptacji dokonywanych wokół konkretnego pacjenta) wytwarzana – ale z racji podejmowania dobrze uzasadnionych, konsensualnych, wiążących i obowiązujących decyzji – praktyka wyrastająca z samoregulacji, jaka ma miejsce w szerzej pojętym, klinicznym albo ograniczonym do lekarza i pacjenta kontekście dyskursywnym. Można się też odwołać do „normatywnego pojęcia choroby”, które kontrastuje z pojęciem deskryptywnym i czyni z choroby *zjawisko społecznie doniosłe*, z którym trzeba się liczyć i które podlega wartościowaniu przede wszystkim w zestawieniu ze zdrowiem jako kardynalną wartością wpisaną w statut publicznego systemu opieki zdrowotnej – z czym koresponduje przecież osobiste i subiektywne postrzeganie jednego i drugiego, tj. choroby i zdrowia, przez chorego, a także przez lekarza, pielęgniara, itd. Nie tylko więc doraźna i subiektywna „sytuacja cierpienia bądź zagrożenia cierpieniem spowodowanym złem takim, jak śmierć, ból, niesprawność, utrata wolności lub szans...”³⁵ odbija się na zdrowiu w jego najróżniejszych aspektach. Podważa je także obiektywne „ujęcie choroby jako naruszenia jedności i ciągłości życia chorego”³⁶ jako takiego; podważa je wreszcie zrozumiane i uzgodnione między pacjentem a terapeutą *to właśnie schorzenie, związany z nim ból, dolegliwość, uciążliwość*, które tutaj – w ich dyskursie – zyskuje wagę i jest odtąd poważnie traktowane. Nie mniej – podnosi Paweł Łuków – „nierealistyczne byłoby (...) budowanie na podstawie definicji choroby uniwersalnego modelu relacji pacjent–lekarz. Raczej należałoby oczekiwać, że relacja ta może przybierać różne kształty”³⁷ – i rzeczywiście przybiera, jako rzeczywista właśnie, i jako oferująca *miejsce i czas* dla interakcji komunikacyjnej i dyskursu praktycznego choćby wówczas, gdy zachodzi konflikt lub dylemat co do postulowanych przez partnerów wartości, preferencji i norm, które miałyby uzasadniać i legitymizować najwłaściwsze

³⁴ O „wzrastającej złożoności systemów działania” zob. J. Habermas, *Teoria działania komunikacyjnego*, t. I, s. 555 n.

³⁵ P. Łuków, *Granice zgody*, s. 184–186.

³⁶ Tamże, s. 186.

³⁷ Tamże, s. 187.

decyzje, rozwiązania i dyrektywy praktyczne typu klinicznego na rzecz pacjenta. Uzasadnienie resp. uprawnomożenie rozstrzygnięć i ich akceptacja nie mogą przy tym pomijać stanowiska, zapatrywań i perspektywy pacjenta. Wszak już na samym początku „pacjent zwraca się do lekarza zależnie od swojego rozumienia problemu, który uznaje za wymagający interwencji”. Z natury rzeczy profesjonalna (nie zaś prywatna) rola lekarza zakłada perspektywę wychodzącą naprzeciw temu rozumieniu:

„Podjęcie się opieki nad chorym świadczy o przekonaniu lekarza o zaistnieniu zła (...) właśnie zbieżność przekonań lekarza i chorego (...) sprawia, że relacja lekarz-chory zmienia się w relację lekarz-pacjent (...) Potrzeba moralnego uporządkowania tej relacji powstaje w wyniku braku jednego rozumienia zła, o którego usunięcie chory zwraca się do lekarza”³⁸,

– zła, którego identyfikacji i deskrypcji dokonuje diagnostyka; jednak znajduje się ono na przeciwległym biegunie *aksjologicznym* względem wartości, do jakich powołano opiekę zdrowotną jako instytucję społeczną. Następstwem nieporozumienia co do zła będą wszak rozbieżności i nieporozumienia co do mających mu zaradzić praktyk³⁹. Jeśli wierzyć twórcy teorii działania komunikacyjnego, to właśnie nieporozumienia i konflikty (a nie tylko brak koordynacji) na gruncie praktyk społecznych tworzą zapotrzebowanie na działania i interakcje komunikacyjne. W klinicznej sytuacji te ostatnie posłużą nie tylko zrozumieniu i ocenie choroby jako zła. Stąd na miejscu są tutaj ‘ekspresje ewaluatywne’, które artykułują wartościowanie, oceny, a także uznanie. Mogą one być ‘ekspresjami przeżyć’ i ‘prywatnych uczuć czy potrzeb’⁴⁰, np. podyktowanych (częściowo zrelatywizowanym kulturowo) wartościowaniem zdrowia, sprawności, dobrostanu w porównaniu ze ”złem” choroby, dolegliwości, itd. W części deskryptywnej ta ‘fizjonomia’ choroby jest obiektywnie dość dobrze rozpoznana i opisana, ale dopiero w praktyce i doświadczeniu objawia w pełni – i właśnie u konkretnego pacjenta z jego osobistym doświadczeniem – swoją uciążliwość, podlegającą jednak indywidualnej gradacji i fluktuacji.

Wreszcie działanie komunikacyjne pozwoli zrozumieć i połączyć perspektywy na rzecz przyjęcia rozwiązań i decyzji (a nie po prostu zaleceń). Sytuacja normatywna medycyny będzie tu bezpośrednim (choć nie jedynym) otoczeniem, z którego czerpane będą eksplanacje

³⁸ Tamże, s. 188.

³⁹ Por. tamże.

⁴⁰ J. Habermas, *Teoria działania komunikacyjnego*, t. I, s. 43.

i racje. „Teza o wewnętrznie moralnym charakterze medycyny” (jak teza o wewnętrznej moralności prawa) zakłada, że „relacji lekarz-pacjent nie daje się rozpatrywać w izolacji od kontekstu normatywnego, w którym dokonuje się podział pracy [i jej koordynacja, – K.N.] ze względu na dobra istotne dla jednostek. Z tych powodów moralnego uporządkowania tej relacji nie można sprowadzić do samego porozumienia stron”⁴¹. Mimo to, porozumienie stron stanowi podstawową strukturę, w której dopiero możliwe będzie uprawomocnienie dyrektyw praktycznych, mających służyć dobru określonego pacjenta. Priorytety określa się, a zadania i działania rozdziela *na miarę danego pacjenta*, w mikro-kregu zainteresowanych, podczas gdy normatywne priorytety i instytucje w skali makrospołecznej (dla każdego pacjenta) mają już uprawomocnienie ogólnospołeczne (bądź demokratyczne): opieka medyczna to wszak „przedsięwzięcie wspólnoty jednostek mających wspólne cele czy dążących do osiągnięcia określonych dóbr”⁴², w tym do sprawiedliwej dystrybucji środków pozwalających osiągnąć te cele. Dobra i cele poszczególnego pacjenta nie będą tu wynajdywane od nowa i w próżni; będą podporządkowane dobru medycyny, a ostatecznie temu, co „dobre dla ludzi jako ludzi i członków wspólnoty ludzkiej”⁴³, które społeczeństwo przyjęło wcześniej za podstawę normatywną opieki zdrowotnej jako jednej z centralnych dla niego instytucji. Jednym z aspektów tego dobra będzie zaś autonomiczny udział człowieka jako pacjenta w rozumności praktycznej, która w tak istotnych okolicznościach, jak choroba i potrzeba zdrowotna, nie postępuje na ślepo, intuicyjnie i samowolnie: „rozum staje się ‘rozumem praktycznym’, kiedy chcenie i działanie determinuje według zasad” lub „dobrze uzasadnionych pobudek”; „w nastawieniu praktycznym musimy odnosić się do jakichś racji uzasadniających, którymi rozumny podmiot mógłby się powodować”⁴⁴.

Habermasowski dyskurs praktyczny znalazł zastosowanie w społecznej, zakładającej racjonalność i autonomię uczestników legitymizacji prawa i jurysprudencji. Wyzwaniem jest badać jego zastosowania w sferze praktyk medycznych i klinicznych zwłaszcza z udziałem pacjenta, co w bardziej tradycyjnych kulturach nie jest oczywistością – i nie jest nią także w tych kontekstach, gdzie wystarczają procedury i protokoły – skądinąd bardzo istotne w codziennym, sprawnym, społecznie responsywnym działaniu opieki zdrowotnej, albo wystarczają prawa.

⁴¹ Tamże, s. 240 (w tym rozumowaniu nie odróżniono jednak interakcji komunikacyjnej od dyskursu praktycznego przyjmując, że mogą się one strukturalnie przenikać ze sobą; tym nie mniej, należy je za Habermasem odróżniać).

⁴² Tamże, s. 241.

⁴³ Tamże, s. 242.

⁴⁴ J. Habermas, *Działanie komunikacyjne i detranscendentalizacja rozumu*, s. 21.

b) Gdy prawa wystarczają, ale nie wykluczają czegoś więcej

Jan Hartman pyta:

„Czy jednak konkretnemu lekarzowi-praktykowi nie wystarczy tylko deontologia, sama znajomość i wykonywanie prawa? Trzeba powiedzieć uczciwie, że na co dzień może mu to wystarczać. Są jednak sytuacje, w których trzeba wykazać się głębszym rozeznaniem i głębszą kulturą moralną niż polegająca na znajomości jednej tylko zasady: ‘przestrzeganie prawa jest obowiązkiem moralnym’”⁴⁵.

W takiej sytuacji – nazwijmy ją wyższą potrzebą decyzyjną – Hartman zaleca początkowo klasyczne rozwiązania, wpisujące się w model kompetencyjnej, fronetycznej, odpowiedzialnościowej – silnie dominującej autorytetem – roli lekarza, który w swoim sumieniu i odwołując się do bioetyki sam podejmuje decyzje:

„W sytuacjach szczególnych lekarz musi wziąć na siebie odpowiedzialność za decyzje, których nie podyktują mu przepisy prawa, również takie, których spodziewane skutki nie są wyłącznie dobroczynne. Właśnie tam, gdzie nie ma prostych rozwiązań dyktowanych przez literę prawa, gdzie występują konflikty interesów i wartości, gdzie trzeba wybierać mniejsze zło, nie do końca wiedząc, które właściwie jest tym mniejszym, gdzie głos sumienia nie przemawia w nas jednoznacznie, pomóc nam może (choć nigdy wyręczyć) etyka lekarska i jej młodsza siostra, bioetyka”⁴⁶.

„W istocie, lekarz jest osobą, od której oczekujemy właśnie mądrej, kompetentnej porady. Mądrość nie jest jedyną cnotą związaną z kompetencją. Jest nią również odwaga. Człowiek mądry jest pewny swych zaleceń i dlatego bardziej zdolny do wzięcia za nie odpowiedzialności. Tylko mądry lekarz może być prawdziwie odpowiedzialny. A tylko odpowiedzialny lekarz może

⁴⁵ J. Hartman, *Bioetyka dla lekarzy*. Wolters Kluwer Business, Warszawa 2009, s. 35.

⁴⁶ Tamże.

podejmować kompetentne decyzje odważne z medycznego punktu widzenia”⁴⁷.

Jednak stanowisko Hartmana w sposób widoczny ewoluuje i nieoczekiwanie otwiera relację lekarza i pacjenta na udział tego drugiego. Ma to przełomowe znaczenie na tle dość jeszcze tradycjonalistycznych praktyk i oczekiwań społecznych (tutaj na gruncie polskim), gdy autor docenia zarówno epistemiczne (w zakresie wiedzy), jak i kompetencyjne (zasada autonomii i świadomej zgody jako bardziej refleksyjne, partycypacyjne i generalnie rozległe prawo niż bierne prawo do informacji), jak i decyzyjnistyczne czy normatywne aspekty udziału pacjenta w czymś, co przestaje być tylko relacją, a staje się interakcją – lub dyskursem:

„To wprowadzie lekarz informuje pacjenta o naturze jego dolegliwości i dostępnych sposobach leczenia, ale chory, a przynajmniej chory kompetentny, zwykle współpracuje z lekarzem w ustalaniu diagnozy, starając się najlepiej, jak może, opisać swoje objawy. Co więcej, chory ma pełne prawo a nierzadko realną możliwość nabyć (...) zasób wiedzy medycznej istotnej dla zrozumienia jego schorzenia, stając się przez to bardziej świadomym uczestnikiem procesu decyzyjnego. Ten element częściowej kompetencji medycznej pacjenta jest zwykle niedoceniany, gdyż przesłania go poniekąd motyw wolnej i kompetentnej zgody pacjenta na postępowanie medyczne (ang. *informed consent*). Tymczasem należy odróżnić bierne przyjmowanie przez pacjenta informacji na temat choroby i leczenia, umożliwiające mu dobrowolne, świadome i oparte na zrozumieniu (kompetentne) udzielenie zgody na leczenie, od aktywnego poszukiwania informacji i wysiłku myślowego, którego dokonuje pacjent, by swoją chorobę pojąć naukowo. (...) Dobrze poinformowany pacjent może podsunąć lekarzowi istotną myśl lub zwrócić uwagę na jakąś szczególną okoliczność, której nie wykazał wywiad. Szacunek dla autonomii pacjenta, z którego wynika wymóg uzyskania w każdym możliwym przypadku jego dobrowolnej, świadomej i kompetentnej zgody na postępowanie medyczne, to za mało – wielu pacjentów zasługuje bowiem i na to, by uszanować także zdobyte przez nich kompetencje medyczne”⁴⁸.

⁴⁷ Tamże, s. 65.

⁴⁸ Tamże, s. 99. Nie mniej, dla Hartmana „zawiązanie relacji terapeutycznej stanowi [w domyśle: z reguły, co nie znaczy jednak ‘zawsze’ K.N.] silne i nierówne zobowiązanie wzajemne. Nierówność wynika z tego, że pacjent

Owszem – w opiece zdrowotnej – podejmuje się decyzje i dokonuje rozstrzygnięć opartych na przepisach prawa i procedurach (protokołach klinicznych), zależnie od empirycznych dowodów, tj. wyników badań (to ważne: decyzje i ich uzasadnienia pozostają tu – jak powiada Habermas – ‘bliskie empirii’, nie mogą się od niej oderwać). Jednak kodyfikacje i procedury nie wyznaczają i nie przyporządkowują w sposób jednoznaczny rozwiązań do przypadków. Tak czy inaczej, podejmowanie wyborów, rozstrzygnięć i decyzji jest koniecznością; podobnie, jak koniecznością jest uzasadnianie z odwołaniem do określonych kryteriów spośród regulacyjnej (normatywnej) otoczki lub, jak powiada Hartman, „otuliny”, która przylega mniej lub bardziej ściśle do praktyk kliniczno-medycznych. Jeśli przylega ściślej, pozostawia mniej (albo nawet żadnej) przestrzeni na wybór; jeśli ją pozostawia, to wybór tak czy inaczej musi być dokonany – i musi on uwzględniać 1) różnicę między prawem, które obowiązuje i takim, które uprawnia – dopuszcza – określone praktyki na podstawie wskazań medycznych i społecznych: właśnie dopuszcza. Te dopuszczone prawem i protokołami praktyki wymagają autonomicznych decyzji pacjenta tak samo, jak praktyki w sposób jednoznaczny nakazane. Zasady autonomii i zgody świadomej – zwłaszcza w kontekście działania komunikacyjnego i dyskursu – oferują więc pacjentowi dość pokaźne spektrum i przestrzeń wyboru, a także narzędzia, które nie tylko mogą go czynić równoprawnym partnerem lekarza na poziomie decyzji, ale niekiedy też pozwalają zadecydować zupełnie samodzielnie i niezależnie od lekarza.

Jednak trzeba zwrócić uwagę na jeszcze inną sytuację, która dla pacjenta w jego autonomicznej kompetencji do zgody i niezgody może stwarzać sytuację opresyjną nie pozwalając mu skorzystać z tych prawnych, jak i moralnych (ze względu na prawa i wolności podmiotowe określone prawami pacjenta) kompetencji i uprawnień: to sytuacja, gdy przekonania społeczne lub przekonania lekarza ograniczają pacjenta w skorzystaniu z własnych uprawnień i opcji dopuszczalnych prawem; gdy wytwarzają presję

może w każdej chwili zerwać kontrakt ze swoim lekarzem bez konieczności tłumaczenia się. (...) Z faktu, że bycie pacjentem jest właśnie pewnym statusem wynika swoista ‘nieodróżnialność’ pacjentów – paradoksalna, zważywszy, że sztuka medyczna nakłada na nas powinność widzenia w naszym pacjencie cierpiącej osoby w całej pełni jej osobowości, sytuacji egzystencjalnej i życiowej. Tymczasem wciąż mówimy ‘pacjent’ albo ‘chory’, tak jakby chodziło za każdym razem o identyczne egzemplifikacje tego samego ogólnego gatunku. Nie da się tego abstrakcyjnego zrównania wszystkich pacjentów, a więc pominięcia ich cech indywidualnych – dobrych i złych – uniknąć właśnie dlatego, że bycie pacjentem jest pewnym (zrównującym wszystkich pacjentów) statusem, chronionym przez prawo i zasady etyczne”, tamże, s. 127. ‘Ogólnego gatunku’ nie należy jednak przekreślać w kontekście statusu prawno-instytucjonalnego i wszelkich uprawnień i obowiązków etycznych i prawnych – jeśli istnieje *intersubiektywna* etyczność, którą konotuje prawo w formie zabezpieczające, egzekwujące, sankcjonujące, itd. wzajemne zobowiązania, miary i proporcje, jak powiedziałby M. Siemek. Ten wymiar jest przydatny zwłaszcza wtedy, gdy ‘pacjent’ bądź ‘lekarz’ muszą dochodzić swoich praw (i sprawiedliwości) na drodze prawnej.

(woluntarystyczną ‘tyranię’, jak mówi Habermas; niekoniecznie ‘większości’, niekoniecznie ‘pokojową’⁴⁹, a z pewnością pozbawioną legitymizacji w zestawieniu z prawami pacjenta mającymi – przynajmniej z założenia – legitymizację racjonalną i konsensualną) poprzez określone praktyki w sensie odmowy (już na poziomie udzielenia informacji), zaniechania opieki nad pacjentem lub pacjentką, niepodjęcia przez instytucję działań umożliwiających im skorzystanie z uprawnień w świetle dowodów empirycznych przemawiających za sformułowaniem odpowiednich wskazań medycznych i poddania ich pod decyzję pacjenta przy niezbędnej asyście lekarskiej (przykładem może tu być terminacja ciąży w świetle przesłanek dopuszczalnych w świetle prawa; albo zaprzestanie uporczywej terapii i przekazanie pacjenta spod opieki zdrowotnej pod opiekę terminalną lub paliatywną). W takich przypadkach mimo istnienia prawowitych norm prawnych wokół ich stosowania toczy się agonistyczna deliberacja, która sama usiłuje (to właściwe określenie) wprost wymuszać decyzje za i w imieniu podmiotu faktycznie uprawnionego do ich podejmowania w ramach panującego prawa. Te „nieformalne składniki” tworzą „dziki kompleks” generujący „efekty wykluczenia”⁵⁰ już na poziomie korzystania z prawa i stosowania prawa. Jest to także kompleks – a raczej konflikt – pomiędzy „koncepcjami dobrego życia”, na które chcieliby krytycznie, korygująco, w „mocnym” tego słowa znaczeniu wpływać inni ludzie, ruchy społeczne, instytucje,⁵¹ a także media⁵².

Podsumowując warto podkreślić, że w przeciwieństwie do całej wspólnoty zaangażowanej w sytuację komunikacyjną, w opiece zdrowotnej możemy mieć do czynienia z zastosowaniem „sytuacji komunikacyjnej” dla określonych grup zainteresowanych i specjalistycznie a także indywidualistycznie pojętych kontekstów praktycznych (ściślej terapeutycznych), gdzie racjonalność komunikacyjna może też utorować drogę rozstrzyganiu problemów i podejmowaniu wiążących decyzji na drodze dyskursu praktycznego. Chodzi o to, by wykazać taką możliwość i uzasadnić taką potrzebę poprzez opisanie, jakie narzędzia i usprawnienia (zwłaszcza co do intersubiektywnie, rozumiejąco i refleksyjnie skoordynowanych praktyk o wysokim stopniu złożoności) komunikacyjna interakcja może wnieść do szeroko rozumianej praktyki kliniczno-medycznej.

⁴⁹ J. Habermas, *Faktyczność i obowiązki*, s. 311.

⁵⁰ Tamże, s. 327.

⁵¹ Zob. rozróżnienie na ‘słabe’ i ‘mocne’ odmiany społecznego krytycyzmu u A. Honnetha, gdzie do tych innych należą despotyczne, paternalistyczne, ideologiczne, itd. odmiany, M. Byczyński, *Społeczne oraz instytucjonalne wymiary uznania w teorii Axela Honnetha*, s. 44 i 79.

⁵² A. Dęsoł, „Media a kształtowanie poglądów w kwestiach bioetyki”, w: Z. Pucek, J. Bierówka (red. naukowa), *Media a opinie i postawy społeczne*. Krakowskie Towarzystwo Edukacyjne, Kraków 2011; B. Gert, Ch. M. Culver, K. Danner Clouser, *Bioetyka: ujęcie systematyczne*. słowo/obraz/terytoria, Gdańsk 2009.

c) Od prawa do informacji przez ‘wolną i kompetentną zgodę’ po konsensualne uzgodnienia. Medyczny dyskurs jako ‘teoretyczny’

Zasadniczo należałoby zacząć od autonomii jednostki (tutaj: w zinstytucjonalizowanej roli pacjenta)⁵³ jako ‘zasady’ upodmiotowienia, z której wyrastają rozmaite dalsze prawa, w tym prawo do uzyskania informacji, jej refleksyjnego przepracowania i oparcia na niej zgody na poddanie czynnościom diagnostycznym, leczniczym, etc. W kategoriach preferencji, których źródłem jest tutaj pacjent, J. Schumann i D. Alfandre opracowali zestaw kryteriów (rodzaj modelowego protokołu klinicznego), którym winna czynić zadość autonomia pacjenta w zastosowaniu, konkretyzacji i kontekście sytuacyjnym w warunkach klinicznych. Są one spełnione, gdy na następujące pytania można odpowiedzieć twierdząco: 1) Czy pacjent jest w stanie psychicznym umożliwiającym rozeznanie (*mentally capable*) (w domyśle: faktycznym stanie świadomym i umożliwiającym samodzielne czynności poznawcze); 2) Czy ma zdolność prawną (*legally competent*) (itd. z uwagi na pełnoletność, pozbawienie wolności, ubezwłasnowolnienie, itd.); ponadto: czy są dostępne świadectwa potwierdzające te kompetencje; 3) Będąc w dwojakim sensie kompetentny, co twierdzi na temat swoich preferencji związanych z przebiegiem procesu leczniczego?; 4) Czy został poinformowany o korzyściach i ryzykach, zrozumiał tę informację i wyraził zgodę?; 5) W przypadku braku kompetencji, kto jest osobą właściwą, która może go zastąpić (*appropriate surrogate*) i czy ten zastępczy podmiot stosuje właściwe standardy, niezbędne do podejmowania decyzji kliniczno-etycznej w tym właśnie przypadku?; 6) Czy pacjent uprzednio wyraził już jakieś preferencje lub wydał dyspozycje (przykładowo, może to być upoważnienie; ale także itd. zgoda lub niezgoda na coś); 7) Czy pacjent nie jest zdolny do aktywnej kooperacji albo odmawia kooperacji w zabiegach medycznych – a jeśli, to z jakiego powodu?; 8) Czy w tych okolicznościach (zależnie od odpowiedzi na pytania) prawo pacjenta do wyboru może być respektowane w zakresie (*extent*), jaki umożliwiają etyka i prawo (*ethics and law*)?⁵⁴

⁵³ Por. J. Schumann, D. Alfandre, „Clinical Ethical Decision Making. The Four Topic Approach“, *Seminars in Medical Practice* 2008, vol. 11, s. 36–42.

⁵⁴ Tamże, s. 41. Zob. też A. R. Jonsen, M. Siegler, W. J. Winslade, *Clinical Ethics: A Practical Approach to Ethical Decisions in Clinical Medicine*, 6th ed. McGraw – Hill, New York 2006; D. K. Sokol, “The ‘Four Quadrants’ Approach to Clinical Ethics Case Analysis; An Application and Review”, *Journal of Medical Ethics* 2008, vol. 34, s. 513–516.

Autorzy przedstawili zasadę autonomii nie w sposób abstrakcyjny, ale jako od razu realizującą się w szeregu kompetencji pacjenta (znów ‘blisko empirii’, jak mówi Habermas, i faktyczności praw i kompetencji). Jak widać, autonomia pacjenta co do zasady (a zwłaszcza instytucji) i autonomia w praktycznym zastosowaniu to dwie różne kwestie. Zastosowanie, jego obiektywne (niezależne od pacjenta⁵⁵) i subiektywne (zależne od pacjenta) ograniczenia różnorako modyfikują i stopniują autonomię, często pojmowaną zbyt ogólnikowo, bez kontekstu (‘bliskości empirii’, jak często podkreśla Habermas), jako absolutna władza samookreślenia i samostanowienia⁵⁶, albo też jako biegunowa wielkość w kategoriach autonomia vs. brak autonomii vs. heteronomia. Przede wszystkim jednak powyższe zestawienie uświadamia, jakie są kliniczno-normatywne kryteria przyjęcia, że oto mamy do czynienia z pacjentem zdolnym uczestniczyć w decyzjach, kooperacji i koordynacji praktyk leczniczych, a także – w dyskursywnym procesie uzgadniania konsensualnego, którego

⁵⁵ Należy do nich dodać dopuszczalne w świetle rodzimego prawa podjęcie czynności medycznych bez zgody pacjenta i wbrew jego zgodzie: „Ustawodawstwo przewiduje (...) ich realizację także bez zgody, a nawet przy sprzeciwie. Wobec powyższego musi być postawione pytanie o prawnokarne konsekwencje braku wymaganej zgody przy podjęciu przez lekarza działania bądź zaniechania interwencji w związku z odmową poddania się działaniu, choć prawo nakazywało lekarzowi aktywność mimo takiego stanu rzeczy. Rozpoznanie wymaga także sytuacja niemożności uzyskania stanowiska uprawnionego podmiotu, co skłaniać może lekarza tak do samodzielności w podejmowaniu decyzji, jak i rezygnacji z przeprowadzenia czynności”, T. Dukiet-Nagórska, *Autonomia pacjenta a polskie prawo karne*, rozdz. I. Dla odmiany, K. Klimas podaje, że „zgoda pacjenta stanowi warunek konieczny do uznania legalności wszelkich czynności medycznych. Dokonanie zabiegu lub też innej ingerencji medycznej bez zgody pacjenta bądź innego uprawnionego podmiotu albo wbrew takiej zgodzie powoduje nie tylko powstanie po stronie pacjenta roszczenia odszkodowawczego w związku z naruszeniem jego dóbr osobistych, lecz także — jako zamach na wolność — wypełnia znamiona czynu zabronionego, podlegającego penalizacji zgodnie z art. 192 k.k.”, K. Klimas, „Zdolność do wyrażenia zgody na zabieg przez pacjenta a zdolność do czynności prawnych”, *Studenckie Prace Prawnicze, Administratywistyczne i Ekonomiczne* 2017, nr 22, s. 122 (opiekun naukowy Jacek Gołaczyński). Znow w odpowiedzi na te dwa głosy: „Nie chodzi tylko o to, że lekarze mają paranoiczne podejście do prawa; problem leży głębiej: odnoszą oni wrażenie, że pozyskiwanie świadomej zgody to zadanie fundamentalnie odmienne od jakichkolwiek innych zadań, które muszą wykonywać w ramach praktyki medycznej. Jeśli lekarze dochodzą do wniosku, że w związku z tym świadoma zgoda w ogóle nie stanowi części praktyki medycznej w sensie właściwym, a jest jedynie biurokratyczną i legalistyczną przeszkodą, którą trzeba ominąć, aby nie ponieść przykrych konsekwencji, nie można doszukiwać się przyczyn owego problemu w paternalistycznym nastawieniu czy też braku szacunku do autonomii pacjentów”, H. Brody, „Świadoma zgoda w ramach podstawowej opieki zdrowotnej”, w: W. Galewicz (red. naukowa), *Antologia bioetyki*, t. 5: *Prawda, poufność, autonomia – problemy informacji w etyce medycznej*. Wydawnictwo Universitas, Kraków 2018, s. 104.

⁵⁶ Kilkanaście lat temu Dukiet-Nagórska rozważała tempo transformacji paternalizmu w partnerstwo na gruncie medycyny uprawianej z poszanowaniem autonomii pacjenta: „zmiana modelu uprawiania medycyny z paternalistycznej na partnerską nie przebiega ani łatwo, ani szybko. Pacjent nadal niejednokrotnie traktowany jest przedmiotowo, zaś jego prawo do samostanowienia odbierane jest jako utrudnienie, które trzeba pokonać, sprowadzając problem do wymiaru czysto formalnego. Jest to zastanawiające skoro prawo do wyrażania przez pacjenta zgody na podejmowane wobec niego interwencje medyczne i prawo sprzeciwiania się im ustawa z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (tekst jedn. Dz. U. z 2007 r. Nr 14, poz. 89 z późn. zm.), *expressis verbis*, uregulowała kilkanaście lat temu, zaś późniejsza ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry (tekst jedn. Dz. U. z 2005 r. Nr 226, poz. 1943 z późn. zm.), w pewnym sensie, wzmocniła je, normując – dość szczegółowo – obowiązki lekarza związane z prawem pacjenta do samostanowienia”, T. Dukiet-Nagórska, *Autonomia pacjenta a polskie prawo karne*. Przy tym trudno oszacować, jak duży postęp dokonał się w implementowaniu zasady autonomii do dnia dzisiejszego, zakładam jednak, że postęp przez cały czas zachodzi.

integralnym elementem są zgody częściowe i finalne, wyrażane przez pacjenta jako samodzielnego partnera w dyskursie.

Generalnie, instytucje *autonomii pacjenta*, *prawa do informacji* i *świadomej zgody* pacjenta są wyrazem uznania prawodawcy (a z perspektywy filozofii uznania – normatywną obiektywizacją wzajemnego uznania między jednostkami w określonych uprawnieniach i symetrycznych do nich obowiązkach) dla pacjenta jako podmiotu aktywnie partycypującego w praktykach klinicznych publicznej i pozostałej opieki zdrowotnej. Chodzi to o praktyki prowadzące do ustaleń, uzgodnień, rozstrzygnięć i decyzji mających znajdować legitymizację w świadomości i woli pacjenta bądź upoważnionego czy uprawnionego opiekuna albo przedstawiciela pacjenta. Prawa te są zinstytucjonalizowane i promują upodmiotowienie pacjenta zwyczajowo uważanego za stronę ‘słabszą’, a przede wszystkim zależną, jako że osoba chorująca lub zagrożona chorobą znajduje się zazwyczaj w położeniu wymagającym pomocy i wsparcia, trudniejszym (niekiedy granicznym) egzystencjalnie niż położenie osób w pełni sprawnych nierzadko *granicznym*. Wyposażony w prawa pacjent ma status racjonalnego podmiotu, zdolnego (w znaczeniu prawnym, co nie zawsze odpowiada rzeczywistości) rozumieć i ocenić swoje położenie (docelowo z pomocą opiekuna medycznego), wyrażać swoje osądy, komunikować je, stanowić o sobie – swoich interesach zdrowotnych (z uwzględnieniem pewnych aspektów osobistych, społecznych zdrowia i choroby), w szczególności po to, by ułatwić sprawne i skuteczne przeprowadzenie czynności diagnostycznych i leczniczych. W niniejszej rozprawie rozważam rozszerzenie tego celu o udział pacjenta w dyskursywnym i argumentacyjnym wpływie na decyzje i rozstrzygnięcia kliniczne dotyczące jego zdrowia. Ponieważ mowa tu o prawach i uprawnieniach, które są względnie nowe i odmiennie określają status i rolę pacjenta⁵⁷ w porównaniu z wciąż żywymi praktykami, utrwalonymi społeczną tradycją, zwyczajem i rutyną – ale także wieloma innymi modelami profesjonalizmu (itd. opartymi na radykalnej przewadze eksperta implikującej *przewagę w ogóle*) i etyki lekarsko-klinicznej (itd. opartymi na imperatywie pomocy, troski, opieki implikujących *uległe zdanie się na opiekuna* – w tym jego działania, decyzje i zalecenia), mogą się one przyjmować w praktyce społecznej na tyle, na ile pozwala świadomość stosownych potrzeb w przypadku konkretnej osoby. Bez uświadomionej potrzeby konkretne osoby wydają się mniej korzystać ze swych uprawnień, które jednak nadal zachowują ważność w świetle przepisów prawa – w szczególności dla instytucji opieki zdrowotnej i ich personelu.

⁵⁷ Zob. M. Boratyńska, P. Konieczniak, *Prawa pacjenta*. Wydawnictwo Difin SA, Warszawa 2001, s. 256–258.

Przypomnijmy założenia kluczowych podmiotowych prawa pacjenta, które wyznaczają komunikacyjną przestrzeń i podstawową strukturę relacji (mówiąc schematycznie) lekarza z pacjentem z naciskiem na prawo do informacji i prawo głosu, dokonując rozbudowy i ekstensji tej struktury tak, by otworzyć ją na dyskurs. Struktura ta nie jest przepisana z mocy prawa, a nawet nie powinna być, gdyż zaburzałoby to w pełni autonomiczny i z gruntu *etyczny* charakter dyskursu (o czym była mowa w rozdziałach III i IV). Zatem struktura tej otwartej przez prawo przestrzeni nie należy już do prawa, ale do tego, jak uczestnicy relacji samodzielnie będą ją kształtować i wykorzystywać, ewentualnie przy wsparciu procedur czy protokołów klinicznych, ustalanych przez poszczególne placówki opieki zdrowotnej w istniejących ramach instytucjonalnych.

Prawo pacjenta do informacji – wynika z przepisu np. 9 ust. 1 Ustawy o prawach pacjenta i rzeczniku pacjenta z dnia 6 listopada 2008 roku: „Pacjent ma prawo do informacji o swoim stanie zdrowia”. J. Bujny uznał prawo do informacji – obok prawa do wyrażenia zgody – za jeden z najistotniejszych elementów relacji pomiędzy osobą wykonującą zawód medyczny a pacjentem. Zagwarantowanie pacjentowi prawa do informacji jest *warunkiem koniecznym* realizacji jego autonomii (autonomia nie jest tożsama z samowolą i arbitralnością, lecz oznacza świadomą wolę określonego sposobu samorealizacji). Dostęp pacjenta do informacji jest przy tym ważnym narzędziem zabezpieczającym pacjenta przed paternalistycznym lub zgoła przedmiotowym traktowaniem ze strony osób wykonujących czynności w ramach zawodów medycznych⁵⁸ i instytucji zdrowia publicznego, a także jedną z kluczowych, epistemicznych przesłanek na rzecz jego upodmiotowienia. Stosownie do tego, przepis np. 31 ust. 1 z dnia 5 grudnia 1996 roku ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty zobowiązuje lekarza do udzielenia pacjentowi określonych informacji. Przepis ten przedstawia się następująco: „Lekarz ma obowiązek udzielać pacjentowi lub jego ustawowemu przedstawicielowi przystępnej informacji o jego stanie zdrowia, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych, leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania, wynikach leczenia oraz rokowaniu”. Nadto, „Pacjent ma prawo do informacji o rodzaju i zakresie świadczeń zdrowotnych udzielanych przez podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych, w tym o profilaktycznych programach zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych,

⁵⁸ J. Bujny, *Prawa pacjenta. Między autonomią a paternalizmem*. C. H. Beck, Warszawa 2006.

realizowanych przez ten podmiot” (itd. 12 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta).

Celem udzielania pacjentowi informacji przez lekarza jest uzyskanie przez pierwszego z nich wiedzy o stanie własnego organizmu, pozwalające mu samodzielnie ocenić własną sytuację zdrowotną. Z drugiej strony na podstawie wywiadu i dodatkowych informacji udzielonych przez pacjenta lekarzowi z kolei ten drugi otrzymuje nową wiedzę: obaj mają możliwość upewnić się poprzez dodatkowe pytania, eksplikacje i argumenty co do przekazanej sobie nawzajem wiedzy i uwspólnić jej treść i znaczenie. Już w tym punkcie zastosowanie znajdują założenia dyskursu teoretycznego: wszak dokonuje się tu poznania chorego i zapoznanie uczestników z tymże poznaniem jako wiedzą „racjonalnie akceptowalną”⁵⁹ dla obu, uwzględniającą wiedzę medyczną – a także istotną wiedzę o doświadczeniach i formach życia przekazaną przez osobę pacjenta i jednostki żyjącej w jakimś nieporównanie szerszym kontekście życia niż kliniczny, będącym z całą pewnością istotnym argumentem przy rozstrzygnięciach i decyzjach medycznych jako *praktycznych*: leczniczych, ale przecież ingerujących niekiedy głęboko i trwale w kontekst życia i samo życie. Konsensualna akceptowalność wiedzy zakłada, że w „performatywnym nastawieniu *na siebie nawzajem*” jej współwytwórcy najpierw rozumieją „co ‘inny’ mówi albo sądzi” i „uczą się na podstawie informacji i obiekcji płynących ze strony partnera”. Każda wiedza, ta ekspercka i ta poza-eksperska, ma tu znaczenie w oczach uczestników, jedna uzupełnia drugą, a w międzyczasie impas („niezrozumiałość niejasnej postawy” czy „załamanie się komunikacji” z innych powodów) można przekroczyć, dementując bądź rewidując rozmaite „deskryptywne treści”⁶⁰.

W dalszej kolejności, na podstawie porozumienia co do wiedzy (zważmy: jej natura jest z jednej strony ekspercka, i naukowa, a z drugiej – obejmuje obserwacje, doświadczenia i wiadomości przekazane przez pacjenta z jego osobistego kontekstu, a także kontekstu „świata życia”), obaj mogą uczestniczyć w ocenie, czy zachodzi konieczność interwencji leczniczej i rozważyć dobór i podjęcie działań mających na celu poprawę stanu zdrowia. Informacje udzielone przez jednego uczestnika drugiemu mają uzasadniać wybór interwencji medycznych (spośród palety możliwych, ujętych w tabelach świadczeń medycznych, protokołach, procedurach, itd., a także podyktowanych aktualną wiedzą medyczną lekarza – i w pewnym stopniu również pacjenta); mają też podnosić efektywność interwencji. Na gruncie

⁵⁹ J. Habermas, „Działanie komunikacyjne i rozum zdetranscendentalizowany”, s. 33.

⁶⁰ Tamże, s. 39.

ściśle prawnym pozytywnemu prawu pacjenta do informacji odpowiada jeden z niezależnych obowiązków lekarza wobec pacjenta: pacjent zgłaszający się do lekarza z problemem zdrowotnym ma prawo oczekiwać, że lekarz pomoże mu *zrozumieć* ten problem, np. wyjaśni, skąd – z jakich powodów (przyczyn) – biorą się jego dolegliwości i pomoże mu problem rozwiązać (tj. pozbyć się dolegliwości)⁶¹. Sugeruje to, że w rozwiązaniu uczestniczyć mogą obaj. Na taką partycypację otwarte jest odnośne prawo wspól z pozostałymi dwoma, interpretowane w terminach dyskursywnych (w minimalnym choćby zakresie).

Prawo do informacji należy też rozważać negatywnie – w tym sensie, że pacjent ma prawo nie być utrzymywanym w nieświadomości, jeśli nie ma do tego przeciwwskazań medycznych lub prawnych; okłamywanym; wprowadzanym w błąd lub zwodzonym itd. fałszywymi nadziejami. Z punktu widzenia etyki dyskursu prawo do bycia nieokłamywanym lub wprowadzanym w błąd przysługiwałoby również jego klinicznym rozmówcom⁶². Pozytywnie rozumiane prawo to zakłada, że pacjent otrzymuje informacje rzetelne, zgodne z prawdą i aktualnym stanem wiedzy medycznej (lekarzowi zaś pacjent powierza prawdziwe

⁶¹ Zob. W. Galewicz, „Informacje medyczne i prawa pacjenta”, w: tegoż (red.), *Antologia bioetyki*, t. 5. Wydawnictwo Universitas, Kraków 2018.

⁶² Aczkolwiek występują tu także prawa pacjenta do poufności i prywatności. Chodzi o drażliwe, prywatne i osobiste informacje lub dane dotyczące nie tylko zdrowia, ale i pochodzenia, stylu życia, życia seksualnego, karalności, itd. jako danych irrelevantnych klinicznie albo takich, które mogą dyskredytować pacjenta w oczach klinicystów, w tym plotek i pogłosek. „Czy lekarz, który (...) rozgłasza znajomym, że jego pacjent jest już bankrutem, narusza przez to regułę poufności?”, W. Galewicz, „Informacje medyczne i prawa pacjenta”, dz. cyt., s. 33. W świetle prawa „Pacjent lub jego ustawowy przedstawiciel mają prawo do wyrażenia zgody na udzielenie informacji innym osobom. Lekarz może udzielić informacji o stanie zdrowia pacjenta innym osobom tylko za zgodą (na podstawie upoważnienia) pacjenta lub za zgodą (upoważnienia) jego przedstawiciela ustawowego (np. mogą upoważnić narzeczoną lub narzeczonego jako osobę bliską)”. Nadto, dyskusja o dopuszczalności *soft paternalizmu*; dotyczy nie tylko dostępności do informacji o pacjencie wśród wszystkich uprawnionych (lub zainteresowanych, ale nieuprawnionych, nieupoważnionych) uczestników oraz od „obecności przy zabiegach medycznych jedynie osób niezbędnych w trakcie ich wykonywania” po „kontakt osobisty telefoniczny lub korespondencyjny z osobami z zewnątrz, anonimowość w trakcie pobytu w szpitalu, decydowanie o osobach, którym można przekazywać dane na temat leczenia pacjenta”; zbyt „wąskie” postrzeganie sytuacji pacjenta może prowadzić do osobistych, zawodowych, społecznych itd. katastrof, B. Kmiecik, „Poszanowanie prywatności pacjenta szpitala psychiatrycznego – kontekst prawny, etyczny oraz społeczny”, *Psychiatria i Psychologia Kliniczna* 2010, nr 10(1), s. 33. ‘Dyskurs’ kliniczny – należy to podkreślić z naciskiem – nie jest ‘publiczny’ w sensie dostępności dla każdego, jak to jest przyjęte w obywatelskiej sferze publicznej. Warunki dostępu do niego w publicznej opiece zdrowotnej są zdefiniowane i uregulowane szeregiem już obowiązujących praw, w tym zwłaszcza praw pacjenta i praw / obowiązków lekarza. Sytuacja kliniczna nie ma znamion politycznych i publicznych, lecz skupia się wokół poszczególnego pacjenta jako instytucji – a zarazem jako osoby prywatnej, uczestnika życia społecznego, zawodowego itd.; dotyczy jego prywatności, dóbr i praw osobistych choćby przez to, że pacjenci dokonują zwierzeń, wyznań i powierzają swoje troski lekarzom jako swym „powiernikom”, „w zaufaniu” do nich – ale prywatności nie upublicznia. Rozgrywa się między „zdefiniowanymi”, określonymi uczestnikami, którzy mają już jakieś determinujące ich prawa i obowiązki; nie są oni istotami zawieszonymi w próżni (a często refleksja akademicka rozpatruje te zagadnienia tak, jakby były pozbawione takich kontekstów), lecz znajdują się „w kręgu *rzeczywistych* podmiotów komunikacji”, D. Böhler, *Verbindlichkeit aus dem Diskurs*. Karl Alber, Freiburg – München 2014, s. 48.

informacje na temat własnej sytuacji zdrowotnej i usytuowania w odnośnych kontekstach „świata życia”).

Co istotne, pacjent ma również prawo do *rezygnacji z informacji*. Zgodnie z np. 31 ust. 3 Ustawy, „Na żądanie pacjenta lekarz nie ma obowiązku udzielać pacjentowi informacji, o której mowa w ust. 1”. Jak zauważa T. Dukiet-Nagórska, sytuacja taka praktycznie przekreśla możliwość wyrażenia przez pacjenta świadomej zgody⁶³, jak i możliwość nawiązania z nim szerszej werbalnej interakcji komunikacyjnej celem skoordynowania praktyk (temu wszak służy zdefiniowane uprzednio działanie komunikacyjne) i włączenia go do dyskursu, z którego wynikałyby dalej poczynione z jego udziałem, konsensualne ustalenia, decyzje lub uzgodnienia.

Ponadto, przywołanie odnośnych aktów prawnych byłoby niepełna, gdyby przemilczeć w tym miejscu normy upoważniające lekarza do nieudzielania informacji w szczególnych okolicznościach⁶⁴ wskazanych przez prawodawcę. Np. 31 ust. 4 Ustawy powiada więc, że „W sytuacjach wyjątkowych, jeżeli rokowanie jest niepomyślne dla pacjenta, lekarz może ograniczyć informację o stanie zdrowia i o rokowaniu, jeżeli według oceny lekarza przemawia za tym dobro pacjenta. W takich przypadkach lekarz informuje przedstawiciela ustawowego pacjenta lub osobę upoważnioną przez pacjenta. Na żądanie pacjenta lekarz ma jednak obowiązek udzielić mu żądanej informacji” (albowiem pacjent może w każdej chwili zmienić zdanie i poprosić o interesujące go informacje; a następnie znów skorzystać z prawa do nieinformowania go). Z powyższego przepisu można zdekodować normę, która w literaturze przedmiotu występuje pod nazwą „przywileju terapeutycznego” skorelowanego z „prawem do niewiedzy”⁶⁵. Upoważnia ona lekarza do ograniczenia procesu komunikacji czy wręcz całkowitego zaprzestania z inicjowania interakcji komunikacyjnej przy udziale pacjenta. Przesłanki zastosowania tej instytucji (jako praktyki w klinicznych procesach decyzyjnych w medium komunikacji i dyskursu) stanowią: wyjątkowość sytuacji, niepomyślna informacja, niepomyślne rokowania dla pacjenta, nieodpowiedni moment na przekazanie kluczowej informacji, wreszcie dobro (interes, dobrostan, jakość życia) pacjenta.

Co istotne, ustalenie, czy zachodzą rokowania pomyślne, czy niepomyślne, czy moment jest odpowiedni, czy nie, nie zależy od postanowień lekarza. Niepomyślność

⁶³ T. Dukiet-Nagórska, *Autonomia pacjenta*, s. 32.

⁶⁴ Do szczególnych okoliczności zaliczyć też można akcję ratowniczą, stan klęski żywiołowej, katastrofy, etc. (emergency), gdzie wystarczyć muszą specjalne procedury zamiast komunikacji i uzgodnień.

⁶⁵ Por. W. Galewicz, „Informacje medyczne i prawa pacjenta”, w: tegoż (red. naukowa), *Antologia bioetyki*, t. V: *Prawda, poufność, autonomia...*, s. 14–27.

rokowań winna opierać się na zobiektywizowanych kryteriach klinicznych (z pewnością zweryfikowanych i potwierdzonych w dyskursie z innymi specjalistami lub w oparciu i dostarczone przez nich dodatkowe orzeczenia, diagnozy, dowody w postaci wyników badań, itd.). Kryterium dobra pacjenta wymaga zaś wzięcia pod uwagę rozmaitych aspektów życia pacjenta, w tym jego planów zawodowych i życiowych (wyżej była już mowa o tym, jak trudno je zdefiniować i oszacować). Nieprzekazanie pacjentowi określonych informacji nie jest jednak tożsame z upoważnieniem lekarza czy pielęgniarza (lekarzki czy pielęgniarki) do okłamywania pacjenta⁶⁶. Jednak konsekwencją takiej procedury jest *de facto* pozbawienie pacjenta dostępu do kluczowej informacji i wyłączenie go z interakcji komunikacyjnej i dyskursu umożliwiającego współdecydowanie: wspólne uzasadnianie i uzgadnianie najlepszej opcji praktycznej (zwł. leczniczej) na podstawie oceny eksperta dominującego nad pacjentem wiedzą fachową i rozpoznaniem obejmującym również aktualne położenie psychospołeczne pacjenta – gdzie ocena ta nie uwzględnia żadnej dalszej informacji ani też odpowiedzi na informację ‘lekarską’ ze strony pacjenta. Decyzyjna autonomia samostanowienia i prawo do informacji po stronie pacjenta ulegają tu znacznym ograniczeniom. Co więcej, ograniczeniu, a nawet zawieszeniu, ulegają tu wszelkie dyskursy.

Ustawowe ograniczenie powyższych praw dotyczy również pacjenta małoletniego oraz nieprzytomnego lub zdolnego do przyjęcia informacji. Np. 31 ust. 6 powiada, że „Jeżeli pacjent nie ukończył 16 lat lub jest nieprzytomny bądź niezdolny do zrozumienia znaczenia informacji, lekarz udziela informacji osobie bliskiej w rozumieniu np. 3 ust. 1 pkt ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta” (Dz.U. z 2017 r., poz. 1318 z późn. Zmianami¹⁸). Z kolei „Pacjentowi, który nie ukończył 16 lat, lekarz udziela informacji w zakresie i formie potrzebnej do prawidłowego przebiegu procesu diagnostycznego lub terapeutycznego i wysłuchuje jego zdania”.

Reasumując, z przyczyn zależnych od pacjenta wskazanych przez ustawodawcę niektóre osoby mogą więc zostać wyłączone z komunikacji mającej na celu przekaz informacji, a w konsekwencji – interakcję prowadzącą do podejmowania ustaleń, uzgodnień i decyzji praktycznych z udziałem pacjenta. W zastępstwie pacjenta mogą być do niej włączeni prawni przedstawiciele i opiekunowie pacjenta bądź osoby trzecie, upoważnione przez niego

⁶⁶ B. Janiszewska, w: *Instytucje prawa medycznego. System prawa medycznego*, t. I (red. naukowa M. Safjan, L. Bosek). C. H. Beck, Warszawa 2017, s. 1021–1022. Nadto, „Prawo do informacji o swoim stanie zdrowia podlega ochronie jako prawo osobiste do zdrowia sensu largo, czyli znajomości własnego ciała oraz możliwościach jego zachowania i zachodzących w nich procesów. W tym kontekście pacjent winien mieć pełne spectrum wiedzy o swoim stanie zdrowia. Zadośćuczynienie zatem może być przyznane nawet w przypadku tylko stwierdzenia faktu naruszenia dobra osobistego” (Wyrok Sądu Apelacyjnego w Szczecinie z dnia 8 listopada 2018 r. I ACa 180/18 LEX nr 2635206).

do odbioru informacji i podejmowania ustaleń. Wreszcie różnice co do zakresu udziału pacjentów w takiej komunikacji mogą mieć źródło w indywidualnie zróżnicowanej kompetencji komunikacyjno-dyskursywnej, poznawczej, językowej, etc. Stąd nie można uznać dostępu do informacji, a tym bardziej odnośnej kompetencji, za powszechną⁶⁷, mimo, że stanowi ona każdorazowo warunek możliwości aktywnej kompetencji zdrowotnej (pozwalającej na samookreślenie i współokreślenie) w relacji z osobami, które z racji swojej profesjonalnej i instytucjonalnej roli wykonują praktyki medyczne⁶⁸. Należy tu zauważyć, że pacjenci, u których wspomniane kompetencje są z różnych względów ograniczone, mogą być częściej narażeni na pomijanie w procedurach komunikacyjno-dyskursywnych i decyzyjnych, a także na zjawisko, które określiłabym jako wtórną, częściową (niekiedy nieuniknioną) paternalizację, w porównaniu z którą w ich interesie bardziej leżałoby jednak reprezentowanie przez opiekuna faktycznego lub przedstawiciela ustawowego (zgodnie z itd. 3 ust. 1 pkt 1 Ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta) do uzyskania informacji (a dalej także udziału w procedurach *wieloosobowego i konsensualnego* jednak – uzgadniania). Motywy pomijania, efekt niepewności i niedosytu informacyjnego⁶⁹ mogą mieć podłoże paternalistyczne, ale niestety także wykluczające, manipulacyjne czy dyskryminujące dla pacjenta w wywierania presji pozanormatywnej i pozadyskursywnej (w rozumieniu Habermasa). W takich wypadkach świadoma zgoda lub sprzeciw pacjenta, jego opinie, argumenty uzasadniające własne lub kwestionujące cudze twierdzenia i zwłaszcza ich ‘roszczenia do ważności’, wreszcie racjonalność jako taka nie legitymizują podejmowanych wobec niego decyzji czy postanowień co do czynności diagnostycznych, leczniczych, profilaktycznych i szeregu innych (itd. przekazania pod opiekę innego specjalisty). Następstwem tego będzie pogłębiona asymetria w relacji pacjenta z lekarzem, a także różne przejawy nierówności i niesprawiedliwości. W tym punkcie dyskurs choćby pomocniczo stosowany w realiach komunikacji klinicznej objawia ogromny potencjał, także z uwagi na to, że w relacji między profesjonalistą i nie-profesjonalistą występuje szereg asymetrii natury

⁶⁷ Por. P. Łuków, *Granice zgody: autonomia zasad i dobro pacjenta*, s. 251.

⁶⁸ Przy okazji nie będąc jedynie świadczeniodawcami świadczeń bądź usług medycznych wobec świadczeniobiorców, jak określa to korporacyjny żargon.

⁶⁹ W swoim ujęciu informowania jako konwersacji (rozmowy) Katz pisze: “Można powiedzieć, że pacjent jest ‘wystarczająco poinformowany’, gdy spełnione są dwa warunki: (1) lekarz wyjaśnił mu, jakie są racje, dla których wybrał proponowany sposób leczenia i alternatywne rozwiązania, (2) pacjent może zadawać pytania, które nasuwają mu się po usłyszeniu racji lekarza, i uzyskuje na nie satysfakcjonujące odpowiedzi”, J. Katz, *The Silent World of Doctor and Patient*. Free Press, Nowy Jork 1984, s. 104.

epistemologicznej, taka zrównoważona sytuacja może „kompensować asymetrię”⁷⁰. Może to czynić także na poziomie budowania relacji dialogicznej, którą inicjuje

„zwrócenie się do kogoś innego, kto zrozumie, co się mówi. (...) Zrozumienie zakłada (...) uczestniczenie w działaniu komunikacyjnym (...) mówiący w komunikacji ze słuchającym wypowiada, co ma na myśli (...) Użycie języka celem porozumienia z innym rodzi trojaki odniesienie: mówca wyrażając *swoje* zdanie bądź intencję komunikuje się ze słuchaczem, to jest innym uczestnikiem wspólnoty językowej *w odniesieniu do czegoś – co do czegoś* (...) Hermeneutyka dostrzega w tym (...) znamiona tworzenia relacji interpersonalnej pomiędzy mówcą i słuchaczem”⁷¹.

Z drugiej strony promowany w rodzimych przepisach prawa model informacyjny i (w uproszczonym wariancie) komunikacyjny też oferuje wciąż niezagospodarowaną przestrzeń dla dyskursu właśnie: można go bowiem stosować punktowo tam, gdzie udział pacjenta jest wyjątkowo ważny, ponieważ ważna jest konsensualność decyzji z jego udziałem. A będą to w szczególności decyzje mające szereg aspektów etycznych, co do których lekarze nie zawsze dysponują gotowymi wytycznymi na poziomie prawa i kodeksu etyki lekarskiej⁷², jakie wystarczyłoby *po prostu zastosować* (co wcale nie jest tak proste, na jakie wygląda), albo do których wystarczyłoby się zastosować.

Wszystko to jest wszak w dużej mierze uzależnione od współdziałania z pacjentem⁷³ na etapie podejmowania szeregu uzgodnień i decyzji popartych obustronną (niekiedy wielostronną, zależnie od tego, kto uczestniczy) argumentacją i akceptacją. Zgoda ta ma charakter konsensualny, zatem nie może pomijać zgody (lub niezgody) pacjenta, o ile jego

⁷⁰ M. Kettner, M. Kraska, „Kompensation von Arzt-Patient-Asymmetrien im Rahmen einer Theorie kommunikativen Handelns”, w: J. Vollmann, J. Schildmann, A. Simon (Hgg.), *Klinische Ethik. Aktuelle Entwicklungen in Theorie und Praxis*. Campus Verlag, Frankfurt am Main – New York 2009, s. 243. Przy czym dialog, działanie komunikacyjne, dyskurs nie muszą wyczerpywać całej relacji: musi być w niej miejsce m.in. na narrację i jej zrozumienie przez drugą stronę, por. J. H. van den Berg, *Der Kranke. Ein Kapitel medizinischer Psychologie für jedermann*. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen 1961, s. 21.

⁷¹ J. Habermas, *Moralbewußtsein und kommunikatives Handeln*, s. 32–33.

⁷² Artykuł 13 Kodeksu Etyki Lekarskiej nie proponuje żadnej nowej – np. dyskursywnej – struktury przestrzeni komunikacyjnej, otwartej przepisami prawa i wyczerpuje ten punkt w czystej deontologii lekarskiej: „Obowiązkiem lekarza jest respektowanie prawa pacjenta do świadomego udziału w podejmowaniu decyzji dotyczących jego zdrowia.

2. Informacja udzielona pacjentowi powinna być sformułowana w sposób dla niego zrozumiały.

3. Lekarz powinien poinformować pacjenta o stopniu ewentualnego ryzyka zabiegów diagnostycznych i leczniczych i spodziewanych korzyściach związanych z wykonywaniem tych zabiegów, a także o możliwościach zastosowania innego postępowania”.

⁷³ Zob. B. Janiszewska, w: *Instytucje prawa medycznego. System prawa medycznego*, s. 975.

stan zdrowia pozwala na 1) przyjęcie ze zrozumieniem informacji udzielanej mu przez lekarza, 2) udział we wskazanych etapach dyskursywnego podejmowania decyzji, 3) podjęcie, stosownie do przebiegu ‘dyskursu’ i akceptacji najlepszych argumentów i racji (na poziomie wiedzy) co do poddania się określonym działaniom medycznym lub też co do odmowy poddania się jakimkolwiek działaniom⁷⁴ (zakładamy tu, że z dyskursu wynika jakaś uzgodniona opcja działania, niesprzeczna z wolą żadnego z uczestników, zatem akceptowalna dla nich). Jednocześnie zakres informacji i wiedzy, jaka jest wymieniana i uzgadniana, musi być dostosowany do sytuacji indywidualnego pacjenta w jego konkretnym położeniu z uwagi na takie okoliczności, jak przebyte choroby, aktualna kondycja psychofizyczna, nałogi, warunki życia i wiele innych czynników indywidualnych⁷⁵. Nadto, przekaz i przetwarzanie obopólnie udzielonych informacji – co jest zupełnie właściwe dla nieidealnych dyskursów społecznych – ulegają korekcie z uwagi na możliwości percepcyjne konkretnego człowieka⁷⁶.

W tym miejscu warto zatrzymać się nad istotą informacji w medycynie w świetle jej *rozumienia*. Jest ono inicjowane nie przez samo ujawnianie jakichś faktów (powiedzmy opisowo podanych przez pewne zdania) lub powinności (podanych przez wypowiedzi normatywne) – ale także przez otwartość i ciekawość pacjenta pobudzaną przez „zadawanie pytań, okazywanie troski o interesy pacjenta lub badanego i tworzenie atmosfery wzajemnego zaufania”⁷⁷. W sytuacjach klinicznych nie można mieć nigdy stuprocentowej pewności, że pacjent podjął autonomiczną decyzję jako w pełni zreflektowaną uświadomioną, dopóki nie wiadomo, czy pacjent zrozumiał kluczowe wyrażenia w tej samej konwencji semantycznej (co rozumie je personel medyczny) i czy rozpoznał znaczenie terminów medycznych choćby domyślnie, będąc w znacznej mierze laikiem w zakresie wiedzy, ekspertyzy i kompetencji lekarskiej⁷⁸. W praktyce klinicznej od profesjonalisty oczekuje się, by uczynił jak najwięcej, aby ułatwić pacjentowi podjęcie właściwej decyzji, wynikającej ze zrozumienia sytuacji; w dyskursywnej praktyce klinicznej należałoby oczekiwać, że obaj dołożą starań, by każdy dotarł osiągnął współrozumienie informacji i wiedzy przekazanej przez tego drugiego. Zależałoby to od umiejętności i nastawień obu co do formułowania jasnego przekazu i dopełnienia ‘roszczeń’ do przyjęcia danej wypowiedzi przez partnera na poziomie wiedzy, opisanych w rozdziale III i IV. Akceptacja tej wiedzy wyraża się właśnie w zgodzie

⁷⁴ T. Dukiet-Nagórska, „Świadoma zgoda pacjenta w ustawodawstwie polskim”, *Prawo i Medycyna* 2009, nr 6/7, s. 86.

⁷⁵ K. Michałowska, „Informowanie pacjenta w polskim prawie medycznym”, *Prawo i Medycyna* 2003, nr 13, s. 109.

⁷⁶ T. Dukiet-Nagórska, *Autonomia pacjenta a polskie prawo karne*. Wolters Kluwer, Warszawa 2008, s. 37.

⁷⁷ T. L. Beauchamp, J. F. Childress, *Zasady etyki medycznej*, s. 169.

⁷⁸ Tamże, s. 170

świadomej pacjenta (według prawa) skorelowanej ze zgodą lekarza; jednak w dyskursie zgodę (konsensualnie) wydawaliby obaj. Zgoda ta wykraczałaby znacząco poza oparąony przez pacjenta formularz zgody. W praktyce stosowania tzw. formularza zgody pacjent generalnie (i a priori) ‘zgadza się’ na szereg dalszych zabiegów, które jednak będą wynikać z bardziej szczegółowych uzgodnień i decyzji. Jednak zgoda w pełnym tego słowa znaczeniu wymaga zapośredniczenia w aktach świadomej deliberacji⁷⁹ – a w dyskutowanym tu kontekście – w dyskursywnym, konsensualnym uzgodnieniu. Jeśli uczestnicy jedynie koordynują już wcześniej uzgodnione i zdecydowane działania czy praktyki (itd. pacjent zgłasza się na zabieg lub do laboratorium, gdzie współpracuje z personelem medycznym na gruncie *interakcji komunikacyjnej* opisanej w rozdziale III), uzgadnianie nie jest konieczne. Jeśli zaś w interakcji komunikacyjnej rodzą się nowe kontrowersje i potrzeba uzgodnienia nowych ustaleń i decyzji, znów znajduje tu zastosowanie dyskurs.

Jak widzimy, dyskursywnie rozbudowana ‘zgoda’ to uzgodnienie rozumienia i uznanie ważności kluczowej wiedzy i informacji przez wszystkie strony przyszłej praktycznej interakcji kliniczno-medycznej. Nie wyczerpuje się ona w zwięzłym komunikacie skierowanym przez nadawcę do odbiorcy, jak to zakładają obiegowe teorie komunikacji; wykracza poza uproszczone i minimalistyczne wyobrażenia o tym, jak pacjent uczestniczy w decyzjach (które stają się przecież faktami o ważności instytucjonalnej i normatywnej i jako takie są dokumentowane, a nierzadko rozważane przez inne instytucje, itd. sądu). Rozwiniętą, aktywną i uczestniczącą dla pacjenta komunikację uważa się za warunek pomyślnie przebiegających i efektywnych czynności diagnostycznych, leczniczych, profilaktycznych. H. Eilstein twierdziła, że wiedza medyczna przekazywana w toku rozmowy lekarza z pacjentem jest „godna tego, aby być wiedziana”⁸⁰; należy tu dodać, że informacja przekazana przez pacjenta lekarzowi również jest godna tego, aby być wiedzianą – zaś obie są godne tego, by być rozumiane nawzajem i składać się na podstawy konsensualnych decyzji kliniczno-

⁷⁹ Wyjątki od wyrażenia zgody wymieniono w rozdz. 5, art. 32, ust. 1 Ustawy: "Lekarz może przeprowadzić badanie lub udzielić innych świadczeń zdrowotnych, z zastrzeżeniem wyjątków przewidzianych w ustawie, po wyrażeniu zgody przez pacjenta" i rozdz. 5, art. 33, ust. 1: "Badanie lub udzielenie pacjentowi innego świadczenia zdrowotnego bez jego zgody jest dopuszczalne, jeżeli wymaga on niezwłocznej pomocy lekarskiej, a ze względu na stan zdrowia lub wiek nie może wyrazić zgody i nie ma możliwości porozumienia się z jego przedstawicielem".

⁸⁰ H. Eilstein, „Uwagi o aksjologii sejentyzmu”, w: E. Chmielecka, J. Jedlicki, A. Rychard (red. naukowa), *Idealy nauki i konflikty wartości. Studia złożone w darze Profesorowi Stefanowi Amsterdamskiemu*. Wyd. IFiS, Warszawa 2005, s. 147; K. Malterud, „The Legitimacy of Clinical Knowledge: Towards a Medical Epistemology Embracing the Art of Medicine”, *Theoretical Medicine* 1995, vol. 16, s. 183–198. Autorytet wiedzy naukowej w dyskursie teoretycznym (tutaj: medyczno-teoretycznym) zakłada też J. Habermas, co pokazano w rozdz. IV.

medycznych (do tego momentu rozważam je jako epistemologiczne, rozstrzygające się na gruncie *wiedzy* właśnie oraz dyskursu teoretycznego – wszak nie wszystkie a może nawet mniejszość decyzji medycznych implikuje problemy normatywne, etyczne, moralne). Udział pacjenta nie kończy się tu zatem na biernym przyjęciu informacji do wiadomości. Liczy się rozumienie w obopólnym porozumieniu ze specjalistą albo szeregiem specjalistów (tudzież innych uprawnionych podmiotów). Lekarzowi pozwala ona nie tylko uwzględniać i respektować określone podmiotowe prawa pacjenta, lecz także itd. dopełnić wymogów „należytę staranności” i ostrożności⁸¹. W pewnych sytuacjach lekarz ma wręcz obowiązek inicjowania rozmowy np. w sytuacji wyrażenia przez pacjenta odmowy na poddanie się zabiegowi. Musi on powziąć pewność, że pacjent zrozumiał zagrożenia i ryzyko związane z zaniechaniem zabiegu. W rezultacie odmowa zaangażowania się w komunikację ze strony lekarza oznacza bezprawne zaniechanie udzielenia świadczenia zdrowotnego⁸².

Z kolei przemilczenie kluczowej informacji przez pacjenta (dotyczącej np. objawów choroby zakaźnej czy choćby kontaktu z osobami z grup ryzyka), skutkujące nawet kwarantanną i wyłączeniem z działania całego SOR-u, narusza zasadę ostrożności i może mieć rozległych konsekwencje społeczne, których można uniknąć dzięki komunikacji⁸³.

Regulacje i zalecenia dotyczące zachowań informacyjno-komunikacyjnych (a zwłaszcza dyskursywnych) zawarte w normach rodzimego prawa są oszczędne. Zarysowują strukturę, ale zwykłej komunikacji i sprawnej koordynacji działań komunikacyjnych, jednak dyskursu – już nie⁸⁴. Jednocześnie ich nie wykluczają. Nie zabraniają też eksperymentalnej – czyli takiej, jak tutaj przeprowadzona – ekstensji ram w uwagi na „racjonalną akceptowalność” jako zależną od inkluzyjnej i partycypacyjnej „procedury” i „procesu argumentacji (...) otwartego na (...) możliwą poprawę warunków epistemicznych (...) Tym

⁸¹ O „ostrożności wymaganej w danych okolicznościach” pisze K. Szewczyk, że jest zagadnieniem „szczególnie przydatnym w analizie prawnych i moralnych aspektów błędów medycznych”, K. Szewczyk, *Bioetyka...*, s. 222.

⁸² B. Janiszewska, „Obowiązek informacyjny a odmowa zgody na hospitalizację (Uwagi na tle wyroku Sądu Najwyższego z 23.11.2007, IV CSK 240/07)”, *Prawo i Medycyna* 2009, nr 2, s. 60.

⁸³ Określenie „dzięki komunikacji” jest wielkim uproszczeniem: kompetencja komunikacyjna w świetle założeń dyskursywności praktycznej (odmiennej niż dyskursywność „teoretyczno-eksplicatywna” (por. J. Habermas, *Moralbewußtsein und kommunikatives Handeln*, s. 115) zakłada bowiem szereg zdolności takich, jak sądzenie i podejmowanie odpowiedzialności, a nie po prostu zdolność wokalizacji artykułowanej wypowiedzi w obecności jej adresata. W świetle polskiego prawa przyjmuje się zasadę „adekwatnego związku przyczynowego (...) sprawca ponosi odpowiedzialność wyłącznie za zwykłe następstwa swojego postępowania” w rozumieniu błędnej diagnozy, nieadekwatnie dobranej procedury/praktyki leczniczej, a także zaniechania. Z reguły nie ponosi jej za skutki performatywne wypowiedzi – co nas tu będzie interesować, zob. K. Szewczyk, *Bioetyka*, s. 223. Por. też M. Filar, S. Krześ, E. Marszałkowska-Krześ, P. Zaborowski (red. naukowa), *Odpowiedzialność lekarzy i zakładów opieki zdrowotnej*. LexisNexis, Warszawa 2004.

⁸⁴ Tj. wolnej od pretensji do etyczno-dyskursywnej „Grundnorm”, do założeń radykalnie kontrfaktycznych, a nawet metafizycznych, por. K.-O. Apel, *Diskurs und Verantwortung. Das Problem des Übergangs zur Postkonventionellen Moral*. Suhrkamp, Frankfurt am Main 1992, s. 53.

samym rozszerzeniu ulega potencjał wzajemności, w którym utrzymują się racjonalnie akceptowalne roszczenia”⁸⁵ — tutaj: do ważności wymienionej i uwspólnionej znaczeniowo wiedzy i opartych na niej rozstrzygnięć i decyzji mających legitymizować stosowanie praktyk (zabiegów) medycznych za zgodą pacjenta, ale przecież także nie bez zgody lekarza.

Wprawdzie pisze się o tym, że istotą procedury świadomej zgody (w ujęciach niezainteresowanych dyskursywizacją) jest rozmowa: „Sednem procedury świadomej zgody jest rozmowa między lekarzem a pacjentem na temat proponowanej metody leczenia, alternatyw, możliwości zaprzestania leczenia, a także ryzyka i potencjalnych korzyści związanych z każdym z tych wyborów”⁸⁶. Jednak oprócz rozmowy muszą też zachodzić inne sprzyjające okoliczności, zwłaszcza, jeśli zgoda pacjenta była rozłożona na szereg aktów propozycji z ‘roszczeniem do ważności’, refleksji, argumentacji i poszczególnych akceptacji mających miejsce w sytuacji dyskursywnej, gdzie inni uczestnicy – może nawet w większym zakresie – dostarczają informacji, a także proponują rozwiązania praktyczne (w tym określone środki, kroki, strategie i plany lecznicze) wymagające każdorazowo odniesienia się (wyrażenia autonomicznego stanowiska) przez pacjenta, rozważenia propozycji alternatywnych ze wszystkimi ‘za’ i ‘przeciw’ w kontekście skuteczności, skutków ubocznych, konsekwencji dla jakości, stylu i świata życia pacjenta, jego praktyk i funkcjonowań, a wszystko to w kontekście istniejących praw, instytucji, protokołów i procedur ‘ramowych’, które jednak nie determinują jednoznacznie, co należy zrobić w przypadku danego pacjenta i danej sytuacji. W dyskursie – o czym już pisałam w rozdziale IV – nie zachodzi i nie jest konieczna interakcja i relacja, ale głos, argumentacja, zgoda lub niezgoda *każdego z uczestników* pod warunkiem, że jest on przekonany o słuszności (dla dyskursu praktycznego) lub wartościach epistemologicznych (dla dyskursu teoretycznego) twierdzeń – w tym tych, które pretendują do *przyjęcia jako rozwiązania regulujące i wyznaczające dalsze – przyszłe – praktyki*. Te zgody składają się ostatecznie na konsensualne porozumienie co do proponowanych rozwiązań, decyzji, postanowień (zwykle u Habermasa norm), które tutaj – w klinicznym kontekście decyzyjnym – z chwilą wyłonienia się takiego porozumienia – nabierają ważności ‘powszechnej’ dla pacjenta, dla lekarza i wszystkich uczestników dyskursu (niekiedy są to członkowie rodziny, opiekunowie, przedstawiciele, inni lekarze specjaliści, pielęgniarz lub pielęgniarka z racji specyfiki swojego zawodu mający

⁸⁵ J. Habermas, „Działanie komunikacyjne i rozum zdetranscendentalizowany”, s. 42.

⁸⁶ S. N. Whitney, A. L. McGuire, L. B. McCullough, “Wspólne podejmowanie decyzji, świadoma zgoda, zgoda uproszczona – typologia”, s. 159.

niemal ciągły kontakt z pacjentem w porównaniu z lekarzem; niekiedy też członkowie komisji etycznej).

Konsensualnie podjęte, uzasadnione i zaakceptowane uzgodnienia obejmowałyby zatem ‘wolną i kompetentną zgodę’ (akceptację, uznanie) pacjenta, niezależnie od akceptacji i zgody lekarza (również on powinien zapytać siebie, czy i dlaczego uważa dane rozwiązanie praktyczne za lepsze, skuteczniejsze, bardziej słuszne od innych; i zapewne często tak postępuje, nie ufając przecież wyłącznie tabelom, wykazom, protokołom i ‘koszykom świadczeń’ i nie sięgając do nich bezrefleksyjnie i machinalnie). Konsensu należałoby tu poszukiwać nie tylko argumentując, ale także modyfikując diskutowane rozwiązanie czy postanowienie tak, by było jak najbardziej wartościowe praktycznie i miało następstwa i skutki uboczne akceptowalne dla pacjenta; by było trafne, adekwatne, optymalne, sprawiedliwe względem doniosłych dla pacjenta a nagłaśnianych i rozważanych w dyskursie okoliczności, w tym zawodowych, społecznych, wreszcie *last but not least* osobistych; nie doraźnych, ale towarzyszących pacjentowi długofalowo, być może przez całe życie.

W kontekście medycznym ‘nieskończony’ proces dochodzenia do porozumienia musi znajdować pomyślne ‘zakończenie’ w stosunkowo krótkim czasie i móc być ponawiany w razie nowej potrzeby. Czy tutaj w rachubę wchodzi podtrzymywanie dyssensu – braku porozumienia lub agonu? Na gruncie klinicznych praktyk decyzyjnych (i generalnie praktyk) sytuacja jest podobna do tej, która w kontekście prawa zakłada, że ‘prawo musi działać’, tzn. regulować i rozwiązywać konflikty. Medycyna nie może sobie pozwolić pozostawianie konfliktów w stanie otwartym i nierozstrzygniętym; w konkretnej sytuacji z udziałem konkretnego pacjenta nie może ona – wzorem filozofów-bioetyków – zadeklarować, że teraz oto wyrażamy zgodę na niezgodę (dyssens), zawieramy konsensualne porozumienie co do tego, że mamy nie-porozumienie, czyli dyssens właśnie. Dyssens może się utrzymywać w świadomości politycznej i publicznej, jednak nie tam, gdzie należy – i to często niezwłocznie – podejmować działania, które mogą decydować o przeżyciu, trwałym uszczerbku na zdrowiu, jakości życia w jego podstawowych wymiarach. Aby dyskursy w medycynie znajdowały pomyślne zakończenia (czego zapewne oczekiwałoby od nich całe społeczeństwo), niezbędne jest rozważanie rozwiązań alternatywnych, gdy zaproponowane i rozważone już rozwiązanie okazuje się nieakceptowalne. Jest tu niezbędna pewna elastyczność dyskursu, a przy tym rozwinięte kompetencje dyskursywne uczestników; wreszcie warunki pozwalające na sprawny przebieg dyskursu, prowadzący do ustaleń. Pewne ułatwienie stanowi to, że zadaniem i celem dyskursów medycznych nie jest konsensualnie przyjmować zupełnie nowe normy (aczkolwiek przy nieznanych przypadkach i

nierozpoznanych jeszcze chorobach konieczne są nowe regulaminy organizacyjne, protokoły postępowania itd. z potencjalnymi i zdiagnozowanymi nosicielami niebezpiecznego wirusa, jak to miało miejsc w początkach pandemii SARS-CoV-19 w przychodniach, szpitalach, oddziałach zakaźnych, izbach przyjęć itd. na całym świecie, gdzie z reguły konsensualnie – w drodze deliberacji, konsultacji, dyskursów – uzgadniano nowe regulacje; jest to dyskursywna etyka organizacji, rodzaj dyskursywnie sprawowanej władzy administracyjnej⁸⁷); raczej, w ramach istniejącego prawa, które są nieprzekraczalne, badać zasadność zasad etycznych jakie mieszczą się w ramach prawnych. Przykładowo, skoro prawo dopuszcza terminację ciąży z określonych przesłanek, to w jego ramach zarówno osoba preferująca ‘zasadę wyboru’, jak i osoba preferująca ‘zasadę życia’ są uprawnione do skorzystania lub nieskorzystania ze swojego uprawnienia i ma to podstawy etyczne czy moralne. Przy tym nie można wykluczyć, że to nie asymetria związana z epistemiczną przewagą lekarza jako profesjonalisty i eksperta, ale asymetria związana z przewagą autonomii pacjenta (w świetle opisanej wcześniej zasady autonomii) może stanowić przeszkodę w implementowaniu dyskursu praktycznego, w którym – jak podkreśla Habermas – autonomia każdego uczestnika jako argumentującego i uznającego lub nie – powinna być taka sama.

Niekiedy dyskursy medyczne muszą zaproponować, wybrać, uzasadnić (uprawomocnić), wreszcie zaakceptować i uzgodnić nowe rozwiązanie, ono zaś niezwłocznie nabiera ‘mocy obowiązującej’ i staje się instytucjonalnym faktem, odnotowanym w dokumentacji pacjenta, jak i całej placówki, a nawet centralnego rejestru danych medycznych. Powstaje w tym miejscu być może pytanie, w czym zgoda konsensualna obejmująca jako integralny element zgodę pacjenta przewyższa zgodę wyrażaną przez samego pacjenta, za czym w świetle niejasności prawnych co do samej autonomii pacjenta argumentują etycy medycyny, a także teoretycy praw pacjenta, praw podmiotowych. Otóż taka zgoda zapewnia wyższą, już nie intuicyjną, ale racjonalną, argumentacyjną i normatywną jakość uzasadnień dla decyzji, postanowień, rozwiązań kliniczno-praktycznych. Wyższa jakość uzasadnień może się przekładać na wyższą jakość decyzji i praktyk jako takich w sensie ich trafności, adekwatności, optymalności – a tym samym, większej dostępności i skuteczności dla pacjenta; i nie chodzi tu wyłącznie o „redukcjonistycznie” pojęte praktyki biomedyczne i biomedycznie pojęte zdrowie i jakość życia. Chodzi o zdrowie i jakość życia jako integralnie

⁸⁷ Podkreśla filozof medycyny z kręgu aplowsko-habermasowskiej etyki dyskursu, M. Kettner, „Miseren des Krankenhauses, institutionelle Pathologien und klinische Organisationsethik”, *Ethik in der Medizin* 2021, vol. 33, s. 159–173.

przynależne ludzkim, indywidualnym i społecznym kontekstom i nie dające się od nich oderwać. W świetle scjentyzacji, technicyzacji i kapitalizacji medycyny są to argumenty o niebagatelnym znaczeniu.

d) Proceduralizm. Szansa czy ograniczenie dla działania komunikacyjnego i etyki dyskursu?

Zamiast referować w tym miejscu, czym są procedury i protokoły medyczne (i dlaczego przewidują niewiele miejsca dla działania komunikacyjnego, a żadnego dla dyskursu) bardziej użyteczne będzie rozważenie, czy i jakie elementy działania komunikacyjnego występują w procedurze wywiadu oraz standardowej rozmowie między pacjentem a lekarzem; i uczynienie tego na podstawie najbardziej aktualnej literatury (zwłaszcza dla kontekstu rodzimego).

Czemu służą poszczególne typy wywiadów i rozmów? Jakie są werbalne i pozawerbalne aspekty spotkań klinicznych? Gdzie jest miejsce na dyskurs teoretyczny i praktyczny? Wiele decyzji typu klinicznego podejmowanych jest poprzez kolegia i komisje. Sporządzane są też systematycznie wytyczne i protokoły w poszczególnych specjalizacjach lekarskich, aby usprawniać procedury medyczne i skracać czas pomiędzy przybyciem pacjenta do placówki opieki zdrowotnej, a podjęciem leczenia i procesem terapeutycznym. Z drugiej zaś strony, wciąż nie da się uniknąć obszarów, dla których nie ma jeszcze procedury, algorytmu czy schematu i pacjenci zdani są na wiedzę i doświadczenie lekarza, ale również w nie mniejszym stopniu – jego elastyczność i kreatywność. Niemalą rolę odgrywają tu kompetencje komunikacyjne i moralno-dyskursywne. Niektóre decyzje rozstrzygane są w dyskursie, dyskusji, debacie, rozmowie, ogólnie rzecz ujmując – interakcji, zapośredniczonej językowo. Często jest to interakcja profesjonalisty (eksperta) z laikiem lub nie-profesjonalistą (pacjentem) lub pozostałymi stronami zaangażowanymi (opiekunami, bliskimi) W wielu takich sytuacjach ma już miejsce działanie komunikacyjne, opisane w poprzedniej części pracy. W sytuacjach spornych natomiast, uczestnicy komunikacji mogą przechodzić na formę dyskursu, której celem jest osiągnięcie porozumienia za pomocą odpowiednio dobranych i przemyślanych argumentów, których strony zaangażowane powinny być świadome.

Inicjowanie konsultacji

Już od pierwszych kroków w placówce opieki zdrowotnej, pacjent wchodzi w rolę nie tylko osoby poszukującej pomocy medycznej w konkretnym problemie zdrowotnym, ale także ewaluatora, osoby sprawdzającej i oceniającej usługi medyczne pod kątem ich dostępności, efektywności, lecz także przychylności i życzliwości dla pacjenta. Proces ten rozpoczyna się od spotkania pacjenta z pracownikami opieki zdrowotnej, niebędących lekarzami czy pielęgniarkami i często opiera się na pierwszym, ogólnym, „przyjaznym” lub „nieprzyjaznym” wrażeniu. Ważne jest również profesjonalne chronienie pacjenta przed ujawnieniem danych osobowych i zapewnienie mu prawnego bezpieczeństwa w przestrzeni publicznej. (...) „Prywatność zatem ma dwa oblicza: jest prywatnością osoby i odnosi się do poczucia tożsamości w relacji z innymi oraz prywatnością informacji”⁸⁸. Jak zwraca uwagę A. Mastelarz-Migas:

„W publicznej przestrzeni medycznej pacjent powinien być chroniony przed zbyt dużą, a tym bardziej przed niezgodną z jego wolą, identyfikacją. Zachowanie prywatności polega na ochronieniu jego anonimowości. W przychodni, podczas rejestracji, w sali szpitalnej, na korytarzu szpitalnym, przed gabinetem lekarskim wiele obcych pacjentowi osób może mimowolnie usłyszeć: jego nazwisko i imię, numer PESEL; informacje o rodzaju porady lekarskiej, której potrzebuje; o rodzaju zabiegu, który będzie wykonywany. Pacjent odczuwa taką niechcianą identyfikację z zażenowaniem i zawstydzeniem, ponieważ nie widzi żadnego powodu, dla którego inne osoby, znane mu lub nieznane, miałyby posiadać wiedzę o nim i jego potrzebach medycznych.”⁸⁹

Co do samej specyfiki konsultacji, na początku pojawia się potrzeba określenia miejsca zajmowanego przez pacjenta i lekarza, związana z organizacją gabinetu, przestrzeni. Lekarz czyniąc gest zapraszający pacjenta do zajęcia miejsca, wykazuje chęć nawiązania z nim relacji: następuje werbalne i niewerbalne nawiązanie kontaktu (między innymi: otwarcie drzwi do gabinetu, podanie ręki, kontakt wzrokowy, przedstawienie się i wyjaśnienie swojej roli; a także: zadbanie o higienę – dezynfekcja rąk, wygląd lekarza i gabinetu). Dla budowania relacji z pacjentem mogą mieć pewne znaczenie zdarzenia sprzed ich spotkania. „Relacja między lekarzem a pacjentem ma swoją specyfikę w związku z jej

⁸⁸ J. Woogara, „Patients' Privacy of the Person and Human Rights”, *Nursing Ethics*. 2005, vol. 12(3), s. 273–287.

⁸⁹ A. Mastelarz-Migas, A. K. Jankowska, J. Barański (red. naukowa), *Komunikowanie się lekarza i pacjenta w medycynie rodzinnej*. Edra Urban & Partner, Wrocław 2021, s. 200.

celami, a także rolami i oczekiwaniami obu stron.⁹⁰” Lekarz przed spotkaniem pacjenta przygotowuje się do tego: zapoznaje z dokumentacją, przypomina sobie historię choroby lub sprawdza wyniki badań. „Przygotowanie psychiczne do konsultacji polega na szybkim sprawdzeniu, czy wszystkie sprawy absorbujące uwagę zostały zakończone bądź można je odsunąć na bok” (pośpiech czy rozproszenie bywają przyczyną błędów)⁹¹.

Na początku wizyty następuje powzięcie instytucjonalnych i zwyczajowych ról lekarza i pacjenta, jednak w zależności od charakteru danego problemu medycznego, pacjent w różnym stopniu może zostać zaangażowany w ustalanie planu postępowania co do dalszej diagnostyki i leczenia. Do zadań lekarza należy tworzenie ‘struktury konsultacji’ – warto zadbać tu o odpowiednie zaangażowanie pacjenta w przebieg spotkania. Warunkiem dobrej komunikacji jest zatem stworzenie pacjentowi odpowiedniej przestrzeni do wyrażenia siebie oraz własnych lęków bądź niepokoju” (poprzez pytania otwarte, poznawanie perspektywy pacjenta, zrozumienie sytuacji)⁹². Do elementów werbalnych tworzących wizytę należą: porządkowanie, podsumowywanie, moderowanie, informowanie pacjenta o planie prowadzonej rozmowy, organizacja przebiegu konsultacji czy zarządzanie czasem.

Wywiad lekarski (medyczny)

Wywiad lekarski to inaczej rozmowa lekarza (lub innego profesjonalisty medycznego, na przykład pielęgniarza, fizjoterapeuty) z pacjentem. Można wyróżnić pokrewne rodzaje wywiadu: epidemiologiczny, środowiskowy, społeczny, pielęgniarzski, a także wywiad psychospołeczny, który obejmuje również emocjonalny i osobisty kontekst choroby⁹³. I tak, na przykład wywiad rodzinny i środowiskowy to element diagnostyki, który dotyczy chorób, predyspozycji genetycznych, chorób zakaźnych, ekspozycji środowiskowych i odgrywa ważną rolę w dalszym postępowaniu (wsparcie społeczne). Wywiad tworzą pytania zamknięte, pytania „otwarte nakierowane” oraz pytania otwarte. Zdarzają się również tak zwane pytania pogłębiające – pomiędzy zamkniętymi a otwartymi, przykładowo: „...tylko wspominał pan o poważnej chorobie w rodzinie, czy mógłby pan powiedzieć o tym coś

⁹⁰ Ł. Małecki, M. Nowina Konopka, „Budowanie relacji”, w: M. Nowina Konopka, W. Feleszko, Ł. Małecki (red. naukowa), *Komunikacja medyczna dla studentów i lekarzy*. Medycyna Praktyczna, Kraków 2018, s. 41.

⁹¹ A. Kocurek, B. Kowalska, „Inicjowanie konsultacji”, w: M. Nowina Konopka i in. (red. naukowa), *Komunikacja medyczna...*, dz. cyt., s. 53; zob. też zob. też J. Silvermann, S. Kurtz, J. Draper, *Umiejętności komunikowania się z pacjentami*. PWN, Warszawa 2021.

⁹² M. Nowina Konopka, „Nadawanie struktury konsultacji”, w: M. Nowina Konopka, W. Feleszko, Ł. Małecki (red. naukowa), *Komunikacja medyczna dla studentów i lekarzy*. Medycyna Praktyczna, Kraków 2018, s. 33.

⁹³ A. Mastelarz-Migas i in. (red. naukowa), *Komunikowanie się lekarza i pacjenta...*, s. 16.

więcej?”⁹⁴. Dzięki nim pacjent otwiera się na komunikację i czuje, że może bezpiecznie powierzyć lekarzowi swój problem.

Celami wywiadu lekarskiego są: (1) skuteczne zebranie informacji na temat dolegliwości pacjenta, stanowiące fundament prawidłowego rozpoznania (w konsekwencji: skutecznego leczenia,) oraz odpowiedź na pytanie jaka jest diagnoza; (2) odpowiedź na pytanie: jak najskuteczniej pomóc choremu? Wiąże się to z poznaniem perspektywy pacjenta, czyli jego oczekiwań, wpływu choroby na funkcjonowanie, sposobu rozumienia choroby emocji związanych z sytuacją, w jakiej się znalazł (kluczowe dla nawiązania porozumienia i efektywnej współpracy, a także dla wyboru odpowiedniej metody postępowania leczniczego czy rozwiązania problemu; (3) nawiązanie relacji i zdobycie zaufania pacjenta (jest często niezbędne do skutecznego zebrania informacji, ale też stanowi fundament dalszej współpracy i motywacji do wypełniania zaleceń⁹⁵.

„Przez wiele lat panowało przekonanie, że istotą skutecznego wywiadu jest jedynie odpowiedni dobór pytań zamkniętych (...). Dziś wiadomo, że zbieranie wywiadu jest o wiele bardziej wielowymiarowe i angażujące nie tylko intelekt pacjenta, lecz także jego emocje, i że wiele informacji mających wpływ na dalsze postępowanie kliniczne można uzyskać dzięki poznaniu perspektywy pacjenta. To bardzo złożony proces. Można się go jednak nauczyć, a następnie doskonalić nie tylko przez zapamiętywanie pytań zamkniętych, lecz również przez świadome i adekwatne stosowanie technik komunikacyjnych”⁹⁶,

a także – intuicyjnie, *explicite* – elementów praktyki działania komunikacyjnego.

Podczas zbierania wywiadu lekarze stosują przeróżne techniki komunikacyjne. Istotną techniką jest aktywne (efektywne) słuchanie, sprzyjające empatycznej postawie wobec pacjenta oraz dobra praktyka nieprzerywania pacjentowi jego wypowiedzi. Do zadań komunikacyjnych lekarza należy wychwytywanie ukrytych wskazówek werbalnych i niewerbalnych przekazywanych przez pacjenta. Do takich wskazówek niewerbalnych należą między innymi zmiana tonu głosu, wyrazu twarzy czy mowy ciała. Dlatego można powiedzieć, że na diagnozę pacjenta wpływa całokształt jego zachowań, począwszy od momentu wejścia do gabinetu. Dla zbudowania relacji terapeutycznej istotne jest wykazanie

⁹⁴ Tamże, s. 16–17.

⁹⁵ S. Górski, „Komunikacja w wywiadzie lekarskim”, w: M. Nowina Konopka i in. (red. naukowa), *Komunikacja medyczna...*, dz. cyt., s. 65.

⁹⁶ Tamże, s. 66.

troski o pacjenta, chęć poznania jego perspektywy. Stąd dopytywanie o samopoczucie, objawy (typowe pytania w określonym schemacie), pogorszenie, polepszenie, czynniki sprzyjające, wyzwalające objawy, intuicje pacjenta („czy wiąże pan z czymś te dolegliwości?”). W wywiadzie znajdują się również pytania refleksyjne, „o interpretacje”. Skłaniają one pacjenta do zrozumienia i określenia wartości, które kierują nim podczas podejmowania działań związanych z poprawą swojego stanu zdrowia. „Mogą to być dla pacjenta trudne pytania, ponieważ wiążą się z próbą określenia własnych oczekiwań względem swojego ciała, aktywności życiowej, jakości życia i jego sensu”⁹⁷ (dla przykładu: „Co ma pan na myśli, mówiąc o swojej sprawności?”). Można też poddać dyskusji wpływ samego formułowania pytań i informacji na zachowania i decyzje pacjenta, na przykład pytania sugerujące („czuje się pan już lepiej, prawda?”). Jest to tzw. „ramowanie” (ang. *framing*).

Zazwyczaj lekarze nie najlepiej znoszą dłuższe wypowiedzi pacjenta, gdy ten przedstawia swe położenie i problemy z innych, dodatkowych perspektyw i kontekstualizuje je poza domeną biomedyczną (zdrowia, choroby, dolegliwości czysto medycznych). Trudne do zaakceptowania bywają także chwile milczenia, kiedy pacjent dopiero zbiera myśli, buduje twierdzenie, ocenę lub pytanie, poszukuje wewnętrznej pewności, zastanawiając się nad wypowiedzią. Reakcja lekarzy jest m.in. wynikiem nieustającego pośpiechu i presji wydajnego działania oraz maksymalnego wykorzystania (ograniczonego) czasu, a także z obawy przed utratą kontroli nad zaplanowanymi działaniami (raczej rzadziej indyferencji, chociaż nie można jej wykluczać). „Niekiedy powolny, zagmatwany i niespójny wywiad jest objawem zaburzeń poznawczych. Częściej jednak wyrazem złożoności ludzkich doświadczeń”⁹⁸. Pacjent każdorazowo wnosi do sytuacji klinicznej swoje tło, elementy świata życia, z którego wyłonić można, istotne pod kątem społeczno-medycznym, informacje. Jednak nie jest to zadanie proste dla lekarza, zwłaszcza gdy spotyka się z danym pacjentem po raz pierwszy.

Podsumowując ten akapit można stwierdzić, że wywiad lekarski jest jednym z kluczowych, a przy tym standardowych (proceduralnych) elementów konsultacji. Służy zbieraniu danych, aby stworzyć całościową, pełną, kompleksową informację o pacjencie i jego dolegliwościach, opartą na faktach, uwikłanych w różne konteksty świata życia. Nie jest to jeszcze dyskurs teoretyczny. Może jednak posiadać znamiona działania komunikacyjnego,

⁹⁷ A. Mastelarz-Migas i in. (red. naukowa), *Komunikowanie się lekarza i pacjenta w medycynie rodzinnej*, s. 10.

⁹⁸ Tamże, s. 15.

poprzez okazanie wzajemnego szacunku, uwspólnienie znaczeń i próbę uchwycenia i zrozumienia perspektywy pacjenta.

Identyfikacja i negocjowanie celu konsultacji

Zdarza się, że pacjent i lekarz muszą wynegocjować i uzgodnić cel wizyty oraz ustalić dalsze kroki postępowania. Pacjent może przyjść z wieloma problemami, a zadaniem lekarza jest wyłonić ten najważniejszy oraz zdecydować czy pozostałym problemom należy poświęcić odrębną wizytę czy też pokierować na wizytę do innego specjalisty. Istnieją różne strategie identyfikacji powodów konsultacji (na przykład tak zwana „skacząca żaba” czy też „polujący bocian”)⁹⁹. Do istotnych dla tego etapu technik komunikacji należą: klaryfikacje, drogowskazy, pytania screeningowe („czy coś jeszcze?”), podsumowania (zreferowanie pacjentowi, co lekarz zrozumiał z jego wypowiedzi, co jest też świadectwem tego, że lekarz go wysłuchał, okazał uwagę i szacunek; wreszcie możliwość uzupełnienia i skorygowania przekazywanych treści; czas na ponowne zreflektowanie). Przydatną praktyką jest unikanie żargonu medycznego podczas zwracania się i mówienia do pacjenta, co należy czynić przejrzystym, zrozumiałym językiem. Co istotne, skuteczne działanie w opiece medycznej łączy w sobie dwie perspektywy: biomedyczną (wyznaczoną przez *disease*) oraz pacjenta (wyznaczoną przez *illness*). Perspektywa pacjenta obejmuje: myśli, wiedzę, przekonania o rodzaju i przyczynie problemu, emocje, obawy (czego dotyczą), oczekiwania wobec lekarza i opieki zdrowotnej, wpływ choroby na życie i codzienne funkcjonowanie pacjenta (i jego rodziny), wcześniejsze doświadczenia z opieką zdrowotną. Na perspektywę biomedyczną składają się: główne dolegliwości, przebieg choroby, przegląd układów i narządów, przebyte choroby, leki, alergie, używki, wywiad socjalno-bytowy (odzwierciedlający realny byt „światów życia”, bytowanie w nich pacjenta i występujące w nim i między nim a tymi światami potrzeby, słabości, wrażliwość; tutaj ponownie istotna jest ‘bliskość empirii’):

„Nie leczymy objawów i nieprawidłowości w badaniach laboratoryjnych, lecz konkretnych ludzi w konkretnych sytuacjach życiowych. Skuteczne leczenie polega nie tylko na rozpoznaniu choroby i jej wpływu na biologiczne funkcjonowanie człowieka, lecz także na wglądzie w postrzeganie choroby

⁹⁹ S. Górski, *Komunikacja...*, s. 73–74.

przez chorego oraz wyborze najlepszego działania z uwzględnieniem jego oczekiwań i jakości życia”¹⁰⁰.

Kluczowe dla całokształtu leczenia jest różnicowanie i dostosowywanie pytań do przebiegu rozumowania klinicznego, a także całościowe (holistyczne) spojrzenie na pacjenta, wraz z jego historią, kontekstem życia i artykułowanymi potrzebami.

Badanie przedmiotowe

W ramach badania przedmiotowego wykonać można wiele działań komunikacyjnych mających na celu zwiększenie komfortu i bezpieczeństwa psychicznego pacjenta w gabinecie. Podstawową czynnością jest poinformowanie pacjenta o celu i zakresie badania oraz uzyskanie jego zgody na podejmowane czynności. Istotne jest informowanie pacjenta o kolejnych etapach badania, uspokojenie go (jeśli zachodzi potrzeba), stały kontakt werbalny (który wpływa na zmniejszenie lęku), informowanie o stwierdzonych nieprawidłowościach, interpretacja stwierdzonych objawów (jedynie po potwierdzeniu rozpoznania). Na zakończenie badania (zasadniczo po każdej czynności) należy podziękować pacjentowi, a na koniec krótko ją podsumować.

Badanie przedmiotowe ma na celu zebranie dowodów, wyników badań, ustalenie faktów co do stanu zdrowia chorego. Następuje po nim diagnoza (lekarska, pielęgniarska) oraz ustalenia terapeutyczne, następnie zaś rozeznanie w zakresie metod i środków terapeutycznych (wiedza typu *episteme/theoria/scientia*). Całemu badaniu przyświeca etyczna zasada poszanowania intymności i prywatności pacjenta.

Inaczej kwestia badania przedmiotowego przedstawia się w warunkach opieki szpitalnej. Sam obchód lekarski jest sytuacją odmienną od tej w gabinecie – występują tu zazwyczaj ograniczone możliwości przestrzenne i organizacyjne. Taki obchód i badanie jest źródłem stresu dla pacjenta. W obchodzie na ogół uczestniczy w całe konsylium lekarsko-pielęgniarskie, co stawia pacjenta w roli obiektu, uniemożliwia własną inicjatywę. Badaniu podczas obchodu powinna towarzyszyć zatem krótka, ale rzeczowa informacja¹⁰¹.

Wyjaśnianie i planowanie

¹⁰⁰ Tamże, s. 77–78.

¹⁰¹ A. Mastelarz-Migas i in. (red. naukowa), *Komunikowanie się...*, s. 34–35.

Jednym z etapów spotkania klinicznego pacjenta z lekarzem jest wyjaśnianie, planowanie i uzgadnianie dalszej drogi postępowania. W zależności od rodzaju zgłaszanego i diagnozowanego problemu, udział pacjenta może być bardzo różny (zob. rozdział II niniejszej rozprawy doktorskiej)¹⁰².

Z punktu widzenia komunikacyjnego kluczowe jest docenienie starań pacjenta, zrozumienie przeszkód oraz odkrycie przyczyn niepowodzeń. W literaturze przedmiotu spotykamy trzy pojęcia odnoszące się wprost do przestrzegania zaleceń: (1) *Compliance*, czyli stopień, w jakim zachowanie pacjenta odpowiada wskazówkom lekarza¹⁰³. Termin ten odnosi się wyłącznie do postępowania zgodnego z zaleceniami, bez uwzględnienia opinii pacjenta i bez ustalenia z nim postępowania¹⁰⁴; (2) *Adherence*: termin oznacza stopień przestrzegania zaleceń uzgodnionych pomiędzy lekarzem i pacjentem¹⁰⁵; (3) *Concordance* konotuje relację na zasadach partnerstwa między lekarzem i pacjentem, a także negocjowanie wspólnego planu, za który obie strony czują się odpowiedzialne, współtworząc obopólne porozumienie¹⁰⁶.

Warto w tym kontekście zastanowić się nad czynnikami wpływającymi na gotowość pacjenta do współpracy. Jak podkreślają autorzy licznych badań, najlepiej jeśli pacjent sam sformułuje cel leczenia. Powinien być on konkretny, mierzalny, realny do osiągnięcia, istotny, określony w czasie). Do tego właśnie odnosi się akronim SMART (ang. *specific, measurable, attainable, relevant, time-bound*)¹⁰⁷. Kompletna informacja, wiedza potrzebna do wspólnego podjęcia decyzji o leczeniu i świadomość konsekwencji w przypadku zaniechania leczenia powinna mieć realny wpływ na zaangażowanie i postawę pacjenta wobec przestrzegania zaleceń. Pewną rolę odgrywa też autorytet lekarza jako eksperta w kwestii medycyny, jednak pacjent, mający swój zasób wiedzy dotyczący własnego zdrowia, powinien być przekonany o

¹⁰² Wspomnianym już wcześniej o często opisywanym w literaturze problemie niestosowania się do zaleceń lekarza przez pacjentów. „Z badań Brown i Bussell wynika, że średnio blisko 50% pacjentów chorych przewlekłe i 30% pacjentów chorujących na schorzenia o ostrym przebiegu nie przyjmuje leków zgodnie z zaleceniami”, M. T. Brown, J. K. Bussell, „Medication Adherence: WHO Cares?”, *Mayo Clinical Proceedings* 2011, vol. 86, s. 304–314.

¹⁰³ R. Horne, J. Weinman, N. Barber, R. Elliott, M., Morgan, *Concordance, Adherence and Compliance in Medicine Taking. Report for the National Co-ordinating Centre for NHS Service Delivery and Organisation*. National Coordinating Centre for the Service Delivery and Organisation, London 2005; S. Bell et al., „Concordance Is Not Synonymous with Compliance or Adherence”, *British Journal of Clinical Pharmacology* 2007, vol. 64(5) m a, 711–713.

¹⁰⁴ L. Osterberg, T. Blaschke, „Adherence to Medication”, *New England Journal of Medicine* 2005, vol. 4(353/5), s. 487–497.

¹⁰⁵ [Sabate, 2003]

¹⁰⁶ S. Bell i in., „Concordance is not synonymous with compliance or adherence”.

¹⁰⁷ A. Mastelarz-Migas i in. (red. naukowa), *Komunikowanie się...*, s. 168–169.

stosowności podjętej ścieżki postępowania. Na tym etapie mogą pomóc dobrze sformułowane, klarowne i odpowiednio dobrane argumenty.

Jeśli pojawi się już problem nieprzestrzegania zaleceń, należy przyjrzeć się przyczynom takiego stanu rzeczy, aby uniknąć ewentualnych błędów w przyszłości. Przyczyny te mogą być (1) zależne od pacjenta: brak wiedzy medycznej, nieadekwatne przekonania co do choroby lub leczenia, brak zaangażowania w proces podejmowania decyzji o wyborze terapii, zbyt wysokie – jak na możliwości pacjenta – koszty leczenia lub inne czynniki stojące w sprzeczności z jego trybem życia czy wartościami; (2) niezależne od pacjenta: mogą dotyczyć lekarza (trudne do przestrzegania schematy leczenia oraz nieefektywna komunikacja z pacjentem, nieodpowiednie przekazywanie informacji o wskazaniach do zaplanowanej terapii oraz jej działaniach niepożądanych) lub systemu opieki zdrowotnej (ograniczony czas wizyty, sprawowanie opieki nad pacjentem przez wielu lekarzy, wadliwy przepływ informacji, ograniczony dostęp do opieki specjalistycznej, brak wsparcia technologicznego)¹⁰⁸. Lekarze mogą wpłynąć pośrednio także na czynniki zależne od pacjenta (na przykład, jeśli problemem są wysokie koszty terapii, lekarz może przepisać tańszy lek¹⁰⁹. W sytuacji, gdy pacjent nie zgadza się z zaleceniami, warto poznać istotę problemu, okazać zrozumienie (nie oceniać), zapewnić o chęci pomocy oraz przedstawić swój tok myślenia. Zostało już udowodnione, że to, w jaki sposób lekarz przekazuje informacje, wpływa na stopień przestrzegania zaleceń¹¹⁰. Stąd coraz powszechniejsze w debacie na temat celów medycyny, przekonanie o leczeniu jako wspólnej odpowiedzialności lekarza i pacjenta.

„Zwiększenie motywacji pacjenta do stosowania się do zaleceń jest możliwe wówczas, gdy pacjent sam uzna, że zalecenia są ważne z jego perspektywy, lub gdy, ze względu na autorytet lekarza, będzie się stosował do jego zaleceń mimo braku przekonania co do ich słuszności (powstaje jednak pytanie, na jak długo wystarczy mu tej motywacji, jeśli będzie działał wbrew sobie). Co zatem

¹⁰⁸ A. Stalmach-Przygoda, „Wyjaśnianie i planowanie”, w: M. Nowina. Konopka, W. Feleszko, Ł. Małecki (red. naukowa), *Komunikacja medyczna dla studentów*. Kraków 2018, s. 93–94; por. też A. Doroszevska, I. Drozdowska, „Pacjent w centrum rozmowy na przykładzie prac studentów kierunków medycznych”, *Poradnik Językowy*, październik 2021, s. 54–68; Z. Gaciąg, B. Kuna, *Współpraca lekarza z pacjentem w chorobach przewlekłych*. Medical Tribune Polska, Warszawa 2008.

¹⁰⁹ A. Stalmach-Przygoda, „Wyjaśnianie i planowanie”, s. 94.

¹¹⁰ K. B. Zolnierok, M. R. Dimatteo, „Physician Communication and Patient Adherence to Treatment: A Meta-Analysis”. *Medical Care* 2009, vol. 47(8), s. 826–834.

można zrobić, żeby pacjent poczuł, iż przekazywane mu informacje i zalecenia są ważne przede wszystkim dla niego?”¹¹¹.

Lekarz podczas konsultacji może pokierować rozmową w taki sposób, aby pacjent lepiej zrozumiał sens i celowość formułowanych zaleceń. Konieczna jest do tego znajomość i rozumienie perspektywy pacjenta: poznanie jego oczekiwań związanych z wizytą i leczeniem, przekonań i obaw związanych z chorobą oraz diagnostyką i leczeniem, wpływu proponowanego leczenia na jego codzienne funkcjonowanie. Przykładem może być negocjowanie i ustalanie planu postępowania w przypadku nadciśnienia, gdzie dużą rolę odgrywa zmiana stylu życia, przestrzeganie zaleceń dietetycznych i włączenie aktywności fizycznej¹¹². Podczas uzgadniania z pacjentem sposobu postępowania lub informowaniu o zalecanym postępowaniu warto nawiązać do elementów perspektywy pacjenta poznanych na etapie zbierania wywiadu. Jak zwraca uwagę Agata Stalmach-Przygoda:

„Takie nawiązanie umożliwia prawdziwy dialog w trakcie konsultacji medycznej. Pokazuje to pacjentowi, że przedstawione przez niego treści zostały wysłuchane i potraktowane ze zrozumieniem. Zarazem też jest ważnym elementem zaangażowania pacjenta w leczenie, ponieważ skłania go do uczestniczenia – w ramach jego roli i kompetencji – w procesie podejmowania decyzji dotyczących sposobu postępowania”¹¹³.

Lekarz może powiedzieć: „wiem, że nie czuje pan objawów nadciśnienia, ale z tą chorobą tak jest, że chociaż jej się nie czuje, ma ona niekorzystny wpływ na różne narządy”. W uzasadnieniu zaś dobiera informacje „pasujące” do pacjenta¹¹⁴, pełniące rolę argumentów. Zrozumieniu sytuacji przez pacjenta sprzyja również dzielenie się tokiem myślenia lekarza¹¹⁵. Wzbudza też poczucie, że lekarz jest autentyczny, dokonuje namysłu nad sytuacją chorego, będzie potrafił przyznać się do błędu lub wątpliwości, jeśli będzie to konieczne.

¹¹¹ A. Stalmach-Przygoda, „Wyjaśnianie i planowanie”, s. 95. Na temat motywacji do zmiany w przypadku pacjenta z problemem uzależnienia zob. A. Mastelarsz-Migas i in. (red. naukowa), *Komunikowanie się...*, s. 121.

¹¹² A. Stalmach-Przygoda, „Wyjaśnianie i planowanie”, s. 95–96.

¹¹³ Tamże.

¹¹⁴ Tamże, s. 96.

¹¹⁵ „Przekazanie informacji nie jest celem samym w sobie, lecz narzędziem. Celem jest udzielenie pomocy pacjentowi, a łatwiej go będzie zrealizować po osiągnięciu porozumienia w relacji lekarz-pacjent. Możemy zwiększyć szanse zmotywowania pacjenta do stosowania się do zaleceń, kiedy go przekonamy, iż zalecenia są ważne z jego punktu widzenia. Pacjent, który poznał tok myślenia lekarza, łatwiej godzi się z jego zaleceniami, lepiej je zapamiętuje i częściej się do nich stosuje”, A. Stalmach-Przygoda, „Wyjaśnianie i planowanie”, s. 113.

„Pacjent, rozumiejąc mechanizmy myślenia, może łatwiej zauważyć związki przyczynowo skutkowe, ma większą świadomość tego, co się z nim dzieje i z większym przekonaniem zastosuje się do zaleceń. Jeśli jednak nie wie, dlaczego ma zrobić to, czego od niego oczekujemy, trudniej jest mu za tym podążać, a nieznane mechanizmy z biegiem czasu mogą budzić wątpliwości, zwłaszcza przy słabo widocznych efektach leczenia”¹¹⁶.

Wydaje się, że na tym etapie konsultacji (spotkania klinicznego) jest najwięcej przestrzeni na elementy dyskursywne: miejsce na „dorożumienie”, które odpowiada tak zwanemu dyskursowi terapeutycznemu (eksplikatywnemu). Wpisują się w to wszelkie pytania dotyczące tego, co pacjent ma na myśli (np. komunikat pacjenta *muszę być w pracy* należy doprecyzować – kiedy, jakiej pracy, od kiedy potrzebne jest zwolnienie, dlaczego np. nie chce zwolnienia, jakiego rodzaju ważne zadanie ma do wykonania itp.). Opisany etap spotkania klinicznego obfituje w liczne eksplikaty – gdy pacjent wyjaśnia, co ma na myśli mówiąc o czymś; oraz gdy lekarz lub pielęgniarka wyjaśniają, co mają na myśli i celu – i przygotowują do tego, co zrobią za chwilę – na co pacjent musi wyrazić zgodę chociażby przez gest wyciągnięcia ręki, mimikę, itd. Dopiero potem następują decyzje i uzgodnienia z pacjentem. Odpowiada to zarysowanemu u Habermasa przejściu od niezbędnego dyskursu teoretycznego do praktycznego. Bez ustaleń nie może też być wyzwań i problemów, które przyjdzie zgodnie rozwiązać. Kluczowe jest uzgadnianie w sytuacjach spornych, problemowych i osiągnięcie porozumienia z pacjentem.

W niektórych przypadkach powstają konflikty między oczekiwaniami pacjenta a oceną jego rzeczywistych potrzeb przez lekarza. Ilustruje to poniższy przykład:

„Jeżeli zasadniczą skargą pacjenta jest uporczywy katar, a lekarz podczas badania fizykalnego stwierdzi u niego znacznie podwyższone ciśnienie tętnicze, z pewnością będzie starał się przekonać pacjenta, że nadciśnienie jest bardziej niepokojącym objawem niż katar. Konflikt takiej natury zwykle kończy się procesem negocjacji oraz osiągnięciem porozumienia. Jeżeli porozumienie nie zostaje osiągnięte, lekarz nie powinien wdawać się z pacjentem w niekończące się spory, lecz ze spokojem zakończyć spotkanie i

¹¹⁶ A. Stalmach-Przygoda, „Wyjaśnianie i planowanie...”, s. 97.

zaproponować_pacjentowi kolejną wizytę, na przykład następnego dnia, w następnym tygodniu lub miesiącu, zależnie od tego, jak pilny jest problem”¹¹⁷.

Do sygnalizowanego obszaru przeszkód raczej niż szans dla implementacji działania komunikacyjnego i dyskursu (tutaj w kontekście polskim) należy wreszcie umiejętność komunikowania ryzyka związanego z terapią. Lekarze powinni brać pod uwagę np. zróżnicowane zdolności numeryczne pacjentów i ich wpływ na ocenianie ryzyka. W literaturze przedmiotu spotkać można rekomendacje odwołania się do liczb (statystyk) przy komunikowaniu ryzyka (format procentowy, format częstości; efekt sformułowania, efekt ram interpretacyjnych; format bezwzględnej reedukacji ryzyka i względnej reedukacji ryzyka¹¹⁸).

Do innej, lecz pokrewnej grupy zagadnień należy komunikacja podczas konsultacji z pacjentami z odmiennych kultur. Potrzebna jest wówczas wrażliwość kulturowa i kompetencja kulturowa, również w zależności od tego czy mamy do czynienia z kulturą niskiego czy wysokiego kontekstu i jej wpływ na relacje pacjentów z personelem medycznym¹¹⁹.

Można zadać pytanie, czy na przykład już wyjaśnianie procedur medycznych (przy okazji wyrażania świadomej zgody) to sytuacja dyskursywna w rozumieniu dyskursu teoretycznego czy choćby eksplikacyjnego. Z pewnością jest, a rozwój związany z wpływem i udziałem pacjenta w podejmowanie decyzji medycznych pokazuje, że jest wiele potrzeb z tym związanych. Wszelkie pomoce decyzyjne (*decision aids*) mają wyposażyć pacjenta w wiedzę niezbędną do możliwie świadomego podjęcia decyzji w określonej sytuacji medycznej¹²⁰. Problemатyczny pozostaje wpływ pacjentów na decyzje o akceptacji terapii (ocena i wybór refundowanych technologii medycznych jest zazwyczaj poza zasięgiem pacjentów). W związku z tym problemem powstała między innymi *Health Equality Europe* (HEE) – nieformalna koalicja osób, których misją jest usytuowanie pacjenta w centrum wszystkich decyzji medycznych. Opracowano m.in. przewodnik „Understanding Health Technology Assesment” objaśniający, na czym polega proces oceny technologii medycznych.

Przekazywanie informacji (raz jeszcze)

¹¹⁷ A. Mastelarz-Migas i in. (red. naukowa), *Komunikowanie się...*, s. 33.

¹¹⁸ Tamże, s. 89.

¹¹⁹ Tamże, s. 98.

¹²⁰ Tamże, s. 179.

Niekiedy w praktyce klinicznej nie ma możliwości, czasu lub potrzeby na ustalanie planu postępowania, diagnostyki czy leczenia, lecz jedynym zadaniem lekarza jest przekazanie informacji o stanie zdrowia pacjentowi lub jego rodzinie.

W teorii komunikacji podkreśla się funkcję ustalenia „punktu startowego”, a więc ustalenie co pacjent już wie, czego dotychczas dowiedział się na temat swojego stanu zdrowia, choroby. Punkt startowy wyznacza kierunek dalszej rozmowy. Należy unikać robienia założeń na podstawie zawodu, wyglądu lub innych cech pacjenta, zamiast tego zapytać i upewnić się co do adekwatności wiedzy pacjenta. W czasie weryfikacji dotychczasowych przekonań, doświadczeń i obaw pacjenta lekarz buduje również relację opartą na zaufaniu. To, że pacjent robił coś wielokrotnie nie oznacza, że robił to w sposób właściwy. Autorzy zalecają rozwiązanie „tnij i sprawdzaj”. Jest to podzielenie informacji na mniejsze porcje i sprawdzenie ich zrozumienia. Ponadto, ważne jest organizowanie informacji: struktura, kategoryzacja, drogowskazy, powtórzenia i podsumowania. Obowiązuje zasada: jak najwięcej informacji w jak najbardziej delikatny sposób¹²¹, a także zasada prawdomówności. Należy przekazywać informacje w przemyślany sposób, z akcentem na aspekty pozytywne (żeby nie zostawiać pacjenta „z niczym”). Przykładowo:

„Aby zwalczyć wysoki cholesterol, mamy do rozważenia trzy możliwości: odpowiednią dietę, aktywności ruchową oraz leki. Omówię po kolei każdą z nich (kategoryzacja). Zaczniemy od diety (drogowskaz). Najważniejsze jest unikanie *tłuszczów zwierzęcych (...)* Co do *aktywności ruchowej (drogowskaz)*, to ma ona korzystny wpływ (...) na koniec opowiem o lekach (podsumowanie i drogowskaz)”¹²².

Ważną rolę odgrywa sprawdzanie rozumienia i zapamiętania, reagowanie na ukryte komunikaty werbalne i niewerbalne oraz zachęcanie pacjenta do zadawania pytań, sygnalizowanie wątpliwości i potrzeby doprecyzowania podanych informacji. Nieco inaczej przedstawia się problem komunikacji na oddziałach intensywnej terapii, na przykład w przypadku przekazywania rodzinie wiadomości o złym rokowaniu lub podejmowania decyzji

¹²¹ Tamże, s. 84–85.

¹²² A. Stalmach-Przygoda, „Wyjaśnianie i planowanie...”, s. 103.

dotyczącego zaprzestania leczenia¹²³. Jak zauważają autorzy zajmujące się tematyką komunikacji medycznej,

„Zadaniem lekarza jest rozpoznanie granicy – pytając o to, co chory wie i co chciałby wiedzieć. A następnie dostosowanie przekazywanych informacji do tak wyznaczonych przez chorego ram. (...) W komunikacji z rodziną pacjenta istotna jest klarowność, jasność wyrażania myśli, spójność sądów i poglądów całego zespołu. (...) Szczególna rola lekarza polega na uświadamianiu rodziny i bliskich chorego, planowaniu, przewidywaniu i przygotowaniu do nieuchronnych kryzysów w stanie zdrowia pacjenta”¹²⁴.

Każda specjalizacja lekarska ma swoją własną specyfikę i zakład nieco inne podejście do pacjenta, okoliczności odbywania wizyty czy sposób postępowania leczniczego. I tak, na przykład pediatria zakłada od razu relację trójstronną: rodzic (opiekun)-dziecko-lekarz oraz wymaga specyficznych umiejętności komunikacyjnych, dostosowanych zarówno do percepcji i rozwoju dziecka, jak i komunikacji z jego rodzicami (opiekunami). W przypadku odmiennego stanowiska rodziców na kwestie leczenia dziecka, należy jeszcze raz przedyskutować dostępne opcje i podjąć próbę znalezienia kompromisu¹²⁵. Inną sytuacją komunikacyjno-dyskursywną jest relacja z dziećmi przewlekle chorymi i objętymi opieką paliatywną. Zakłada ona ścisłą współpracę lekarza z dzieckiem i rodzicami. Ważne miejsce zajmuje proces adaptacji rodziny do choroby dziecka, która staje się źródłem kryzysu. Czymś uniwersalnym jednak, niezależnie od rodzaju sytuacji klinicznej i terapii, jest potrzeba bycia wysłuchanym¹²⁶ i jej znaczenie w działaniu komunikacyjnym.

Zamykanie konsultacji

Ostatnim etapem spotkania lekarza i pacjenta jest zamknięcie konsultacji. Jego celem jest nie tylko samo pożegnanie z pacjentem, lecz również końcowe uzgodnienia, na przykład przedyskutowanie i podsumowanie dalszych kroków – kolejnych wizyt czy dodatkowych

¹²³ Zgodnie z art. 13, pkt 1 i art. 17 Kodeksu Etyki Lekarskiej „decyzję o rezygnacji z uporczywej terapii może podjąć w sposób świadomy sam chory po wysłuchaniu uzasadnionej medycznie opinii kompetentnego lekarza, po zadaniu wszystkich istotnych ze swojego punktu widzenia pytań oraz po otrzymaniu na nie satysfakcjonującej odpowiedzi”.

¹²⁴ A. Mastelarz-Migas i in. (red. naukowa), *Komunikowanie się...*, s. 208–210.

¹²⁵ Tamże, s. 51–52.

¹²⁶ Tamże, s. 52.

badan, potwierdzenie zgody pacjenta na zastosowanie się do ustalonych wcześniej planów, sprawdzenie obopólnego zrozumienia zadań i zakresu odpowiedzialności każdej ze stron. Potrzebną praktyką jest zastosowanie „siatki bezpieczeństwa” – udzielenie pacjentowi informacji, co ma zrobić, gdyby coś poszło nie tak. Warto udzielić zapewnienia, że chory może zgłosić się ponownie, zadzwonić lub uzyskać potrzebną informację ze strony placówki medycznej (jeśli rzeczywiście tak jest). Ponadto, na koniec następuje przygotowanie, podpisanie potrzebnych dokumentów czy wystawienie recept. W przypadku odmowy leczenia (na przykład w szpitalu) również należy przygotować i podpisać dokumenty oraz wszystko podsumować. Podczas zamknięcia konsultacji mają miejsce różne kwestie organizacyjne (dotyczące np. konieczności pozostania w szpitalu, zakupu leków itp.) Ze strony pacjenta może natomiast pojawić się wola okazania wdzięczności¹²⁷.

Zakłócenia interakcji komunikacyjnej pomiędzy pacjentami a personelem medycznym

Żadne interakcje w obszarze opieki zdrowotnej nie są wolne od zakłóceń i dystraktorów, które spowalniają czy wręcz uniemożliwiają prawidłowe i efektywne procesy komunikacyjne. Pacjent i lekarz w publicznej opiece zdrowotnej są uwikłani w struktury instytucjonalne, poprzez które organizowana jest profesjonalna opieka medyczna. Dla działania komunikacyjnego istotne są bariery tak związane z samą organizacją placówek medycznych¹²⁸, jak i kompetencjami poszczególnych uczestników interakcji (bariery z związane z chorobą, z osobą lekarza, z osobą pacjenta, bariera językowa). W konkretny sposób wpływają także relacje interpersonalne w samych zespołach medycznych, czemu należałoby poświęcić odrębną pracę. Wpływają one na relacje z pacjentami oraz jakość opieki zdrowotnej (w tym – podział obowiązków administracyjnych a czas spędzony z pacjentem, przeciwdziałanie wypaleniu zawodowemu, etc.).

Powyższy raport z procedur komunikacyjno-medycznych w kontekście polskim obrazuje, że intersubiektywna koordynacja rozmaitych praktyk przypominająca działanie komunikacyjne zachodzi, chociaż z pewnością nie opisano jej nigdy w kategoriach właściwych teorii działania komunikacyjnego. Teoria działania komunikacyjnego nie jest skądinąd abstrakcją, lecz właśnie jakimś przybliżeniem tego, co w sferze społecznej i

¹²⁷ A. Mastalarz-Migas i in. (red. naukowa), *Komunikowanie się...*, s. 203.

¹²⁸ Stąd na przykład *Evidence Based Design* (EBD), czyli właściwe projektowanie budynków medycznych, aby sprzyjały prawidłowo prowadzonej konsultacji medycznej. Uwagę pacjentów mogą zwracać również elementy pozamedyczne w gabinecie (np. reklamy).

publicznej kooperacji koordynowane jest mocą dostępnych – i ucieleśnianych przez uczestników i ich relacje reguł, procedur, rutyny, głośnego a także bezgłośnego rozumienia się w medium samej praktyki. Z wysokim prawdopodobieństwem można stwierdzić, że w medycynie i opiece medycznej nie tylko w Polsce, także wszędzie indziej działanie komunikacyjne, któremu poświęcono w tej rozprawie bardzo obszerny rozdział, będzie pod względem integralnej obecności we współpracy lekarza, pielęgniarza, opiekuna medycznego itd. z pacjentem – co niekoniecznie musi być nazwane ‘implementowaniem teorii’ – przeważać nad obecnością dyskursów, zwłaszcza dyskursu praktycznego.

e) Edukowanie na rzecz pomyślniej „komunikacyjnej” koordynacji działań (werbalno-dramaturgiczna metoda pacjenta symulowanego)

W zakresie praktycznej implementacji teorii działania komunikacyjnego istnieją w literaturze przedmiotu rekomendacje i eksperymenty myślowe¹²⁹ (zazwyczaj w postaci *case-based study*). Zwykle ograniczają się one do zreflektowanego i językowo artykułowanego (*linguistic*) działania komunikacyjnego i tego, „jak rozmawiać i czym jest dialog oparty na szacunku i ważny argument”¹³⁰, by uzyskać odpowiedzi na pytania, „co da się zrobić dla pacjenta? Jakie działanie na rzecz pacjenta będzie słuszne, właściwe, dobre?” (*What is practically feasible for the patient to do? What is right for the patient to do? What is good for the patient to do?*)¹³¹. Autorzy myślą przy tym działanie komunikacyjne w sensie intersubiektywnej (społecznej) koordynacji praktyk i „praktycznego rozumienia się” z innymi – z dyskursem (dyskursywnością) jako procedurą mającą prowadzić do konsensualnego uzasadniania (legitymizacji) norm, decyzji, postanowień praktycznych – co do praktyk wymagających koordynacji (konfliktów praktycznych). Nie dostrzegają przy tym, że inne aspekty działania komunikacyjnego (np. dramaturgiczny) są integralnie wpisane w działanie opieki zdrowotnej. Uważają, że

¹²⁹ Zob. L. Tveit Walseth, E. Schei, „Effecting Change through Dialogue: Habermas’ Theory of Communicative Action As a Tool in Medical Lifestyle interventions”, *Medical Health Care and Philosophy* 2010 (Springer). Jak pokazano w rozdziale III, działanie komunikacyjne występuje w dwojakiej funkcji: koordynacyjnej współrozumienia.

¹³⁰ Tamże.

¹³¹ Tamże.

„Teoria Habermasa może promować jednolitą procedurę dialogu i służyć jako wzór do stałego stosowania w miarę pojawiania się nowych elementów, aż do osiągnięcia dobrego rezultatu. W ten sposób procedura ta poprawia jakość konsultacji i jej wynik. W skomplikowanych relacjach klinicznych, gdzie z czasem pojawiają się nowe argumenty i wiedza, może zaistnieć potrzeba powtarzania procedury w szeregu kolejnych konsultacji, aż do osiągnięcia rzeczywistej decyzji umocowanej w podstawowych wartościach i kontekście pacjenta”¹³²,

czyli jego przynależności, samorealizacji, relacji, itd. w „świecie życia”¹³³; nadto, decyzji spełniającej kryteria sprawiedliwości. W niniejszej rozprawie doktorskiej pokazałam, że orientacja na „świat życia” jest niezbywalna i integralna dla działania komunikacyjnego i zawsze pozostaje dla niego podłożem i przedmiotowo-obiektywną sferą odniesienia (znów odzywa się tu ‘bliskość empirii’ i doświadczenia), od niego zaś wiedzie droga (continuum) do dyskursu, zwłaszcza, gdy zachodzi pilna, społecznie dojmująca potrzeba lepszego lub nowego skoordynowania praktyk właśnie w interesie życia i „świata życia”, to jest znalezienia dla nich zasadnych i akceptowalnych dla wszystkich interesariuszy uregulowań. Habermasowską racjonalność komunikacyjną z jej jednoznacznie intersubiektywnym i kooperatywnym przesłaniem uważa się przy tym za zdolną zniwelować jednostronnie scjento-, eksperto- i medykocentryczny¹³⁴ charakter już nawet nie tradycyjnych, ale najnowszych standardów praktyki medyczno-klinicznej, które bronią się przed stycnością i zaangażowaniem we wszystko, co wykracza poza wiedzę i kompetencje ściśle profesjonalną. Jako przeciwwaga dla tej tendencji, działanie komunikacyjne spełnia etyczny postulat opieki zdrowotnej XXI w., zgodnie z którym „pracownicy służby zdrowia publicznego muszą umieć rozpoznawać i

¹³² Tamże.

¹³³ C. A. Barry, F. A. Stevenson, N. Britten, N. Barber, C. P. Bradley, „Giving Voice to the Lifeworld. More Humane, More Effective Medical Care? A Qualitative Study of Doctor-Patient Communication in General Practice”, *Social Science and Medicine* 2001, vol. 53, s. 487–505.

¹³⁴ W pierwszym przypadku przewagę ma ekspert; w drugim przewagę mają stricte medyczne aspekty zdrowia, natomiast pozostałe (ludzkie, społeczne, kulturowe, itd.) aspekty rozważa się „redukcjonistycznie”, por. E. J. Sobo, O. Lousaunau, *The Cultural Context of Health, Illness and Medicine*. Prager, Santa Barbara – Denver – Oxford (UK) 2010, s. 8.

rozwiązywać liczne problemy etyczne, które pojawiają się w praktyce i badaniach z zakresu zdrowia publicznego”¹³⁵ i czynić to wspólnie ze swoimi pacjentami – nie za nich i nie bez nich.

Skoro już mowa o tym, kto i co powinien umieć – i gdzie się tego fachowo nauczyć, jeśli praktyki kliniczne jako podlegające rozmaitym transformacjom nie są najlepszymi wzorcami do przejmowania i internalizacji – chciałabym w tym miejscu przywołać własne doświadczenia z udziału w treningu metodą symulacji pacjenta. Opiera się ona właśnie na symulacji tego, co w interakcji komunikacyjnej typu Habermasowskiego znaczy wszechstronna koordynacja działań, łącznie z autoprezentacją i działaniem dramaturgicznym.

Metody pracy oparte na symulacji przeniknęły do medycyny z innych dziedzin, takich jak lotnictwo i awionika, a ich początek sięga lat 30. XX wieku. Zarzucone na jakiś czas, rozkwitły pod koniec ubiegłego stulecia, aby wspierać medyków wojskowych w sytuacjach konieczności działania w warunkach polowych¹³⁶. Sama jednak technika pracy na fantomach była znana już w czasach starożytnych. Natomiast wraz z szerszym dostępem osób świeckich do sztuki medycznej, naturalnie jednymi z pierwszych fantomów stały się zwłoki ludzkie¹³⁷. Od początku historii symulacji, poza ćwiczeniem umiejętności praktycznych, istotne są, związane z nią, procesy planowania, oceniania, wyciągania wniosków z sytuacji, które mogą być powtarzalne – czyli refleksyjność, ale rozumiana strategicznie, celowo-racjonalnie (celem jest zdrowie, poprawa i naprawa zdrowia, poprawa jakości życia ludzkiego, zatem wysoce doniosłe społecznie i wspólnotowo wartości, dobra, interesy ludzkie). Jednym z nadrzędnych celów symulacji, już w okresie późnego średniowiecza było wypracowanie sprawnego modelu współpracy w zespole mającym zajmować się pacjentem (na przykład lekarzy i akuszerów)¹³⁸. Bezpośrednią przyczyną rozwoju gałęzi symulacji medycznej w XX-XXI wieku było dostrzeżenie faktu, iż działania niepożądane związane z procesem leczenia stanowią pierwszą pod względem wartości bezwzględnych przyczynę zgonów w Stanach Zjednoczonych, a wskutek zaniedbań i błędów medycznych personelu umiera każdego roku ponad 40 tys. osób.¹³⁹ Pierwsze Towarzystwo Symulacji w Opiece Zdrowotnej (ang. *Society for Simulation in Healthcare*), powstałe w

¹³⁵ K. Gebbie, L. Rosenstock, L. M. Hernandez (Eds.), *Who Will Keep the Public Healthy? Educating Public Health Professionals for the 21st Century*. The National Academies Press, Washington D.C. 2003, s. 2.

¹³⁶ R. Kadziszewski, A. Szabat, M. Kadziszewski, A. Bartkowska-Śniatkowska, „Symulacje medyczne w ujęciu historycznym”, *Anestezjologia i Ratownictwo* 2019, nr 13, s. 228–232, s. 229.

¹³⁷ Tamże.

¹³⁸ Tamże.

¹³⁹ Tamże, s. 230.

2004 r., dostarczyło narzędzi do pracy metodami symulacji. Tradycyjny model oparty na relacji „mistrz-uczeń” i zasadzie „zobacz, zrób, naucz” został zastąpiony metodą „naucz się na własnych błędach”. Przemiana ta była związana również ze zmianą relacji w placówkach opieki zdrowotnej – pomiędzy lekarzami specjalistami, zatrudnionymi w większości na umowach cywilno-prawnych (co wiąże się z większą odpowiedzialnością zawodową), a młodymi lekarzami rezydentami¹⁴⁰. Natomiast wprowadzenie egzaminów ustnych (OSCE, ang. *Objective Structured Clinical Examination*)¹⁴¹ na studiach medycznych posłużyło do wprowadzenia także tutaj metod symulacji, na przykład tworzenia tak zwanych „scenariuszy pacjentów”. Metoda symulacji jest odtąd przydatnym narzędziem oceniania i weryfikowania kompetencji studentów i rezydentów. Umiejętności sprzyjające szkoleniom symulacyjnym to opieka nad pacjentem, praktyka oparta na systemach wytycznych oraz umiejętności interpersonalne.

Kluczowym i nieodłącznym elementem nauki metodą symulacji jest „debriefing” (ang. odprawa). Jego celem jest spotkanie w gronie osób biorących udział w ćwiczeniach, wraz z prowadzącym oraz, jeśli są to zajęcia z symulowanym pacjentem, także w jego obecności i opowiedzenie o tym co się wydarzyło i co można byłoby udoskonalić innym razem. Debriefing ma pomóc w kognitywnym i emocjonalnym przetworzeniu wydarzenia, zredukować stres i przyczynić się do rozwoju zasobów poznawczych.

„Debriefing w ujęciu medycznym możemy zatem zdefiniować jako stale ewoluujący proces, w którym studenci lub lekarze, którzy ‘przećwiczyli’ dany scenariusz, prowadzą dyskusję o tym przypadku, stale nadzorowaną i moderowaną przez doświadczonego instruktora. Tylko takie działanie prowadzi do trwałego uczenia się i jest niezbędne do wypracowania odruchów. Tylko wówczas można uznać, że symulacja medyczna spełniła swoją rolę jako technika mająca na celu zastąpienie i wzmocnienie prawdziwych doświadczeń życiowych za pomocą odwzorowania istotnych aspektów realnego świata w sposób w pełni interaktywny. To czyni z symulacji technikę, a nie technologię,

¹⁴⁰ Tamże, s. 230.

¹⁴¹ P. Sobierańska, K. Janusz, J. Janczukowicz, „Symulacja medyczna jako narzędzie edukacyjne”, w: D. Timler, M. Bartczak (red. naukowa), *Medycyna ratunkowa i edukacja z wykorzystaniem symulacji*, cz. II: *Edukacja z wykorzystaniem symulacji*, Wydawnictwo Uniwersytetu Medycznego w Łodzi, *Umedical Reports* 2021, nr 15(2), s. 15.

co oznacza, że symulacja jest czymś więcej niż narzędziem pozbawionym plastyczności i wpływu środowiska zewnętrznego”¹⁴².

Zajęcia zaczynają się natomiast od „prebriefingu” (briefingu), którego celem jest wprowadzenie uczestników do symulacji. Następuje omówienie środowiska symulacyjnego, okoliczności prowadzenia scenariusza, niekiedy także przekazanie celów edukacyjnych. Prebriefing służy uniknięciu nieporozumień i pułapek w trakcie scenariusza. Długość i stopień rozbudowania wprowadzenia zależy od rodzaju symulacji, etapu szkolenia oraz tego, kim są uczestnicy. Zaleca się przedstawić uczestnikom jaki jest cel zajęć, aby wzmocnić ich motywację i zaangażowanie w scenariusz, jednocześnie podkreślając, że to, co wydarzyło się podczas scenariusza, pozostaje w gronie uczestników zajęć. Bezpieczeństwo psychiczne wszystkich uczestników symulacji pozostaje priorytetem, niezależnie od rodzaju scenariusza¹⁴³.

Dzięki rozwojowi metod opartych na symulacji studenci kierunków medycznych zyskali możliwość uczenia się w realistycznych, lecz bezpiecznych warunkach, zanim zetkną się z rzeczywistą praktyką w szpitalach i placówkach medycznych. Symulacja daje możliwość wielokrotnego przećwiczenia procedur klinicznych bez szkody dla pacjenta, umożliwia przedstawienie studentom rzadko obserwowanych problemów z praktyki klinicznej, pozwala uczącym się na podjęcie aktywnej roli i rozwój umiejętności refleksji na temat własnej pracy.¹⁴⁴ Ze względu na liczne korzyści i udowodnione rezultaty dydaktyczne¹⁴⁵, metody oparte na symulacji znalazły swoje stałe miejsce w ofercie uczelni medycznych. Począwszy od roku 2010 (pierwsze Interdyscyplinarne Centrum Symulacji przy Uniwersytecie im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu), Centra symulacji medycznej powstały w wielu miastach w Polsce, poszerzając i uatrakcyjnając ofertę dydaktyczną, nie tylko dla studentów studiów stacjonarnych, lecz także studiów niestacjonarnych, podyplomowych, kursów i szkoleń w różnych specjalnościach (medycyna, pielęgniarstwo, położnictwo, ratownictwo medyczne, farmacja). Rozwój symulacji wiąże się z obecnością paradygmatu medycyny opartej na dowodach i faktach (*Evidence Based Medicine*).

¹⁴² R. Kadziszewski, A. Szabat, M. Kadziszewski, A. Bartkowska-Śniatkowska, „Symulacje medyczne w ujęciu historycznym”, s. 321.

¹⁴³ A. Rutkowska, C. Kułak, N. Milewska, G. Milewski, M. Mielczarek, „Ogólne zasady symulacji medycznych”, w: D. Timler, M. Bartczak (red.), *Medycyna ratunkowa i edukacja z wykorzystaniem symulacji*, cz. II: *Edukacja z wykorzystaniem symulacji*. Wydawnictwo Uniwersytetu Medycznego w Łodzi, *Umedical Reports* 2021, nr 15 (2), s. 26.

¹⁴⁴ P. Sobierańska, K. Janusz, J. Janczukowicz, „Symulacja medyczna jako narzędzie edukacyjne”, s. 6.

¹⁴⁵ Zob. S. Johnston, F. M. Coyer, R. Nash, “Kirkpatrick's Evaluation of Simulation and Debriefing in Health Care Education: A Systematic Review”, *The Journal of Nursing Education* 2018, vol. 1(57/7), s. 393–398.

Symulacja pozwala na naukę opartą o własne doświadczenie, a jej metody są wciąż poszerzane i doskonalone aby coraz wierniej odtworzyć złożoną rzeczywistość kliniczną i móc opracowywać coraz bardziej skomplikowane scenariusze. Metody oparte na symulacji są częścią metod aktywizujących, które stanowią sprawdzoną już, najlepszą formę łączenia wiedzy teoretycznej z praktyką¹⁴⁶.

Oferta edukacyjna w ramach metod opartych na symulacji (ang. *simulation-based medical education*) jest szeroka - obejmuje między innymi pracę z fantomem (trenażerem), przypominającym pod wieloma względami organizm ludzki, pracę hybrydową, pracę z Wirtualnym Pacjentem (ang. *virtual patient, VP*)¹⁴⁷ oraz pracę z Symulowanym Pacjentem (SP). W dalszej części pracy skoncentruję się na tym ostatnim, mając na względzie korzyści wynikające z doskonalenia kompetencji komunikacyjnych podczas tego rodzaju zajęć.

Symulowany Pacjent to osoba, która dobrowolnie odgrywa powierzoną mu rolę, zgodnie z opracowanym w Centrum Symulacji scenariuszem i pod kątem sformułowanych celów dydaktycznych¹⁴⁸. Podczas egzaminów praca przybiera formę realizacji scenariusza z pacjentem standaryzowanym. Oznacza to, że odgrywana rola pacjenta nie może odbiegać od ustalonego scenariusza i planu, a po realizacji scenariuszu nie ma zwyczajowego *debriefingu* i fazy informacji zwrotnej (*feedback*) ze strony uczestników, lecz następuje ocena adepta według kryteriów określonych programem studiów. Z pełną świadomością, że kompetencje komunikacyjne, podobnie jak kompetencje moralno-dyskursywne opisane m.in. przez Habermasa i Linda należy trenować do momentu osiągnięcia „wprawy” (a także regularnie ich używać¹⁴⁹), zajęcia z Symulowanymi Pacjentami stają się regularnym podczas studiów. Podlegają też modyfikacjom w zależności od stawianych celów dydaktycznych. Mogą być to nowe sytuacje problemowe obserwowane w praktyce klinicznej, odpowiednio opracowane i

¹⁴⁶ Zob. A. Noworolska, *Skuteczność aktywizacyjnych metod nauczania wykorzystujących symulatory medyczne i trenażery oraz konwencjonalnych metod nauczania*. Krakowska Akademia im. A. Frycza Modrzewskiego, Kraków 2019.

¹⁴⁷ V. Carrard, C. Bourquin, S. Orsini, M. Schmid Mast, A. Berney, “Virtual Patient Simulation in Breaking Bad News Training for Medical Students”, *Patient Education and Counseling* 2020, vol. 103(7), s. 1435–1438.

¹⁴⁸ Opisując ten rodzaj zajęć odwołuję się między innymi do własnego doświadczenia pracy w charakterze Symulowanej Pacjentki w ramach programu „Symulowany Pacjent” w Centrum Symulacji Medycznej przy Uniwersytecie im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu w roku akad. 2021/2022, mając jednocześnie świadomość, że specyfika zajęć może się różnić w zależności od programów realizowanych przez ośrodki edukacyjne.

¹⁴⁹ Gdyż mogą zanikać, jeśli osiągnięty poziom rozwoju jest niewystarczający do samoistnego trwania, zob. m.in. G. Lind, “Moral Regression in Medical University Students and Their Learning Environment,” *Revista Brasileira de Educação Medica* 2000, vol. 24(3), s. 24–33; Nowak E., Barciszewska A.-M., Lind G., Hemmerling K., Kukolja S., „Giving Moral Competence High Priority in Medical Education. New MCT-based Research Findings from the Polish Context”, *Ethics in Progress* 2021, vol. 12(1), s. 104–133; Kotzee B. i in., „Virtue in Medical Practice: An Exploratory Study”, *HEC Forum* 2016, 24 August, Springer.

dostosowane do danego etapu edukacji, zasobów poznawczych, kompetencji społecznych i emocjonalnych uczestników.

W ramach zajęć z Symulowanym Pacjentem student (uczestnik zajęć, osoba ucząca się) spotyka osobę, która z jednej strony odgrywa rolę, określoną przez ustalony wcześniej scenariusz, lecz z drugiej – jest „sobą”, wraz ze swoimi przeżyciami, emocjami i konstrukcją psychiczną. W fazie *feedbacku* Symulowany Pacjent zaznacza, że w tym konkretnym scenariuszu – jako pacjent (pacjentka) – czuł się w określony sposób i potrzebowałby danego rodzaju wsparcia, wyjaśnienia, działań komunikacyjnych wzmacniających poczucie bezpieczeństwa (jakie należą do repertuaru współpracy lekarza z pacjentem). Instruktorzy uczulają przy tym uczestników treningu, iż w rzeczywistej praktyce klinicznej, nawet mimo zbliżonej sytuacji czy problemu, napotkają oni różnych, zindywidualizowanych i nie dających się wtłoczyć w ‘typologię’ pacjentów. Każdy z nich może mieć specyficzne potrzeby, włączając w to styl komunikowania się, zakres i sposób przekazywania wiadomości (bardziej dobitny i obrazowy lub bardziej oszczędny, albo dla odmiany wylewny, nielinearny, itd).

Jeśli np. problemem jest nieprzestrzeganie zaleceń przez pacjenta, może on potrzebować od lekarza odpowiednio złożonej argumentacji, wyjaśnienia mechanizmu choroby i działania leków czy zarysowania schematu działań lub też, bardziej oddziałującego na układ motywujący, ‘postraszenia’ realistycznymi konsekwencjami dla stanu zdrowia i sukcesu terapeutycznego. Każda ze strategii może być efektywna w zależności od osobowości i sytuacji pacjenta (pacjentki). Przyszli profesjonaliści medyczni uczą się na zajęciach empatii i wyczucia oraz dostosowania swojego stylu rozumowania i komunikowania do potrzeb i zasobów pacjenta. Uczestnicy zajęć szybko uświadamiają sobie, że konieczna jest umiejętność translacji języka medycznego (specjalistycznego) na język zrozumiały dla pacjenta, aby uzyskać zamierzony efekt komunikacyjny i terapeutyczny i nawiązać relację opartą na wiedzy, zaufaniu do niej i zaufaniu międzyludzkim.

Choć na podstawie powyższych uwag, uczestnictwo w zajęciach z Symulowanym Pacjentem daje obraz zapotrzebowania na doskonalenie umiejętności komunikacyjnych, moralno-dyskursywnych, czy też kompetencji generycznych¹⁵⁰ u profesjonalistów medycznych, tak naprawdę uwidacznia również potrzebę edukowania pacjentów, wzmacniania ich roli i uczestnictwa w relacjach typu terapeutycznego. Pacjent powinien bowiem znać zarówno swoje prawa, jak i możliwości włączenia w proces terapeutyczny,

¹⁵⁰ Niekiedy mówi się o kompetencjach generycznych, do których należą: komunikacja z pacjentami i ich rodzinami, współpraca w zespole, przywództwo, promocja zdrowia wśród pacjentów i całych społeczności oraz zachowywanie zgodne z zasadami profesjonalizmu. Zob. M. Karcz, Ł. Strąkowski i in., „Kompetencje generyczne”, w: D. Timler, M. Bartczak (red. naukowa), *Medycyna ratunkowa...*, dz. cyt., s. 47.

umieć opowiedzieć o swoich dolegliwościach, potrzebach czy wskazać istotne elementy pozamedyczne wpływające na kształt podjętego leczenia. Zajęcia z wykorzystaniem metod opartych na symulacji dają wgląd i wczucie się w perspektywę pacjenta oraz pokazują dlaczego jest ona ważna z perspektywy eksperta i w koordynacji z nią.

Na podsumowanie akapitu poświęconego edukacji z udziałem „Pacjenta Symulowanego” należy stwierdzić, że interdyscyplinarna (a także interprofesjonalna¹⁵¹) praca (realny trening) nad kompetentną koordynację działań lekarza i pacjenta w taki sposób, jak zakłada to interakcja komunikacyjna zdefiniowana przez Habermasa (zob. rozdział III) oraz rozumienie wzajemne wspomagane werbalnie to niewątpliwie potrzebna i rozwojowa propozycja w edukacji przyszłych lekarzy, farmaceutów, pielęgniarzy, itd.

f) Medyczne ‘hard cases’ i zastosowania dyskursu praktycznego (interprofesjonalny model ulmski)

Dalsza kwestia dotyczy implementacji dyskursu praktycznego na grunt poszukiwania konsensualnie uzasadnionych, uzgodnionych i możliwych do zaakceptowania rozwiązań na poziomie problemów medyczno-klinicznych dodatkowo opatrzonych trudnościami normatywnymi. Tę dodatkową, etyczną czy moralną problematyczność wykazuje część decyzji klinicznych, nie zaś wszelkie decyzje, więc nie można tu generalizować. Krajowy prawodawca (zależnie od kraju) reguluje praktyki biomedyczne w różnym zakresie i w różny sposób (np. wskazując na przesłanki dopuszczające daną praktykę, sytuacje wyjątkowe, itd.)¹⁵². Przy podejmowaniu decyzji niezbędna okazuje się indywidualna lub zespołowa

¹⁵¹ „O edukacji interprofesjonalnej (IPE) mówimy, gdy „co najmniej dwie profesje uczą się o sobie, od siebie lub ze sobą nawzajem, tak aby umożliwić skuteczną współpracę i poprawić efektywność leczenia” w: M. Zdunek, A. Legęza-Zdunek, E. Szymczak, A. Rudzka, M. Golis-Gucwa, D. Timler, „Interprofesjonalizm”, w: D. Timler, M. Bartczak (red. naukowa), *Medycyna ratunkowa...*, dz. cyt., s. 38. Mówimy też o interprofesjonalnej opiece zdrowotnej, w której następuje włączanie pacjenta i jego rodzin jako aktywnych członków zespołu diagnostyczno-terapeutycznego, a nie jako biernego odbiorcy działań, zob. J. Ford, R. Grey, *Interprofessional Education Handbook*, 2021. URL: <https://www.caipe.org/resources/publications/caipe-publications/caipe-2021-a-new-caipe-interprofessional-education-handbook-2021-ipe-incorporating-values-based-practice-ford-j-gray-r> (dostęp: 21.04.2022).

¹⁵² Przykładowe „hard cases” w kontekście ‘początków życia’ (w danym kontekście klinicznym rozważa się te, które są dopuszczone prawnie w danym kraju): zapłodnienie pozaustrojowe, wspomagana prokreacja, surogacja, selekcja zarodków, testy genetyczne, modyfikacje genetyczne, terminacja ciąży (z racji różnych dopuszczalnych przez prawodawcę przesłanek), stosowanie środków wczesnoporonnych, rodzicielstwo osób LGBT+; problemy neonatologii. W kontekście ‘kresu życia’: stwierdzenie śmierci (pnia) mózgu, przerwanie uporczywej terapii, tzw. bierna eutanazja, samobójstwo wspomagane, inne formy eutanazji (także osób nieletnich, noworodków, w ostatnim czasie osób zakażonych Covid-19, por. <https://www.rp.pl/spoleczenstwo/art19242521-nowa-zelandia->

kompetencja sądenia (*competence to judge*) zdefiniowana przez G. Lindę i także R. Alexy'ego. Dla pierwszego „moralność w swoim zasadniczym trzonie jest zdolnością bądź kompetencją (*skill*)”; im bardziej ludzie preferują w swoich decyzjach praktycznych wyższego rzędu orientacje moralne, tym wyższa ich kompetencja moralna. Nie tylko umiemy (w różnym stopniu!) wybierać wyższe racje – np. pryncypia etyczne – aby uzasadniać nimi swoje decyzje, ale umiemy też oceniać same racje – odróżniając przykładowo strach przed sankcją od wartości, jaką stanowi sprawiedliwość, dobro, równy dostęp do opieki medycznej dla wszystkich ludzi, itd. „Sąd mający uzasadnienie w pryncypiach” (*principled moral judgment*) ceni też wysoko Habermas¹⁵³. U drugiego jest bardziej uproszczona i oznacza tyle: „zasadniczo każdy uczestnik dyskursu jako rzeczywista ludzka istota potrafi odróżnić dobre racje od złych racji”¹⁵⁴. W niektórych kulturach medycznych problematyka normatywna jest często uważana za obszar pozaprofesjonalny, za który profesjonalista medyczny nie powinien w zasadzie ponosić odpowiedzialności. Tym samym, cała odpowiedzialność – i cały szereg decyzji – miałby ciążyć na pacjencie. Jednak taki podział kompetencji okazuje się wyzwaniem dla klinicystów i ich pacjentów, doświadczających problemów (w tym – ‘trudnych’) na sobie. Czy medycyna może pozostawić ich tutaj sobie samym?

Pojęcie medycznych „hard cases” (dosł. trudne przypadki) stanowi analogię ‘hard cases’ w sferze zastosowania prawa i orzecznictwa prawnego, opisanych oryginalnie na gruncie teorii prawa przez Olivera Wendella Holmesa, a rozślawionych przez Ronalda Dworkina¹⁵⁵. Oznacza sytuację, w której mający dokonać rozstrzygnięcia (orzeczenia)

umożliwia-eutanazje-pacjentom-z-covid-19), ortotanazja. Z innych – np. korekta płci, odmowa leczenia przez pacjenta, zastosowanie leczenia przymusowego (np. na skutek orzeczenia sądowego), przywilej terapeutyczny, prawo pacjenta do informacji i prawo do niewiedzy, przekazywanie złych wiadomości, zmiany decyzji przez pacjenta, udostępnianie informacji, ochrona danych poufnych, wrażliwych, tajemnica lekarska, klauzula sumienia, świadoma zgoda, zgoda opiekuna lub przedstawiciela, donacja organów, przeszczep (w tym transfuzja), opieka medyczna respektująca różnice kulturowe (a także medycynę tradycyjną), telemediatyzacja, cyfryzacja i digitalizacja zdrowia – w tym dialogicznych i dyskursywnych relacji między pacjentem i lekarzem.

¹⁵³ E. Nowak, “What Is Moral Competence and Why Promote It”, *Ethics in Progress* 2016, 7(1), s. 329.

¹⁵⁴ R. Alexy, „A Discourse-Theoretical Conception of Practical Reason”, *Ratio Juris* 1992, vol. 5(3), s. 236.

¹⁵⁵ Por. R. Dworkin, „Hard Cases”, *Harvard Law Review* 1975, vol. 88, s. 1057–1109; M. Davis, A. Stark, *Conflicts in Rulemaking: Hard Cases and Bad Law. Conflict of Interest in the Professions*. Oxford, Oxford University Press 2001; B. Wojciechowski, „Rozstrzygnięcie tzw. trudnych przypadków przez odwołanie się do odpowiedzialności moralnej”, *Studia Prawno-Ekonomiczne* 2004, nr 70, s. 9–26; J. Zajadło, „Co to są *hard cases*?”, w: tegoż, *Fascynujące ścieżki filozofii prawa* (s. 7–19). Wydawnictwo Prawnicze LexisNexis, Warszawa 2008; E. Nowak, P. Mazur, “How Moral Judgment Competence Fosters Discretionary Powers: A Dilemmatic Approach”, w: M. Zirk-Sadowski, B. Wojciechowski, R. Hauser (Eds.), *Common European Constitutional Culture* (s. 117–134). Peter Lang Publishers, Bern – Frankfurt am Main – Bruxelles – Oxford – Warszawa – Vienna – New York 2016.

podmiot w rozumieniu instytucji (sędzia, panel orzecniczy, sąd) ma do czynienia z konfliktem lub dylematem (np. prawno-moralnym) i ma do wyboru kilka opcji, z których powinien wybrać najlepszą (najbardziej sprawiedliwą). Tymczasem każda z opcji jest problematyczna, ryzykowna, spełnia jakieś normy, realizuje jakieś cele i wartości, a jednocześnie łamie inne normy (np. społeczne, moralne), podważa wartości, niesie ryzyko, itd. W rezultacie rozstrzygnięcie bądź orzeczenie staje się wadliwym lub ‘złym’ prawem, a mimo to stanowi nową instytucję bądź fakt instytucjonalny. „Trudne przypadki” to mogą też być kolizje między zespołami lub systemami norm.

Co do formy, trudne przypadki mogą pojawiać się w praktyce podejmowania decyzji kliniczno-medycznych – teraz już zasadniczo kliniczno-etycznych (lub kliniczno-normatywnych) – nie tylko jako wewnętrzne konflikty sumienia lekarskiego (jednak z wyraźnymi następstwami dla innych uczestników kontekstu klinicznego)¹⁵⁶, lecz także jako wyjątkowo skomplikowane, nietypowe, ryzykowne, nowe i nieznane przypadki wymykające się standardowym procedurom i protokołom, wreszcie przypadki z pogranicza życia i śmierci, budzące kontrowersje społeczne i kulturowe, wymagające nadzwyczajnych umiejętności decyzyjnych, podjęcia wzmożonej odpowiedzialności i odwagi moralnej od tych, którzy podejmują decyzje (indywidualnie, zespołowo, niekiedy jako konsultanci, członkowie komisji etycznej, biegli sądowi dostarczający opinii, itd.)¹⁵⁷. Decyzje i rozstrzygnięcia takich przypadków, dokonywane przez pracowników publicznej opieki zdrowotnej, mają również status faktów instytucjonalnych. Dla wielu lekarzy trudnym przypadkiem jest każdy przypadek decyzji, który wykracza poza kontekst czysto zdrowotny w sensie biomedycznym, uwikłany w osobiste lub społeczne zobowiązania, doświadczenia, praktyki, oczekiwania, wreszcie noszący znamiona explicite etyczne lub moralne. Poczet tych trudnych przypadków otwierają wszelkie konflikty, kontrowersje, dylematy i spory (agon, dyssens) aksjologiczne i

¹⁵⁶ Por. K. Rzymska, „Klauzula sumienia lekarzy a trudny przypadek prawa”, *Acta Universitatis Lodzensis. Folia Iuridica* 2017, nr 79, s. 9–19.

¹⁵⁷ G. Newton-Howes, N. Pickering, G. Young, “Authentic Decision-Making Capacity”, *Clinical Ethics* 2019, vol. 14(4), s. 173–177; A. Lievrouw, „Moral Distress among Doctors and Nurses in Multidisciplinary Cancer Care: A Qualitative Interview Study”, *International Psycho-Oncology Society conference* 2014, vol. 233), s. 272–273; Z. Kashev, “To Treat Or Not To Treat: Making the Tough Medical Decisions with Patients”, *Yale News* z 13.01.2016.

normatywne. Stanowią one duże wyzwanie dla moralnej kognicji i emocji, dlatego przyporządkują o „dysonans” normatywny i emocjonalny¹⁵⁸.

Jeśli zastosować tu jako procedurę uzasadniania i rozstrzygania Habermasowski dyskurs praktyczny, należałoby takie decyzje podejmować nie tylko z punktu widzenia „dobrego życia”, lecz także (a niekiedy wyłącznie – zależy to od modelu treningowego) z punktu widzenia sprawiedliwości, przy zastosowaniu pryncypiów etyki klinicznej, o tyle, o ile nie znajdują zastosowania lub znajdują jedynie ograniczone zastosowanie procedury i protokoły standardowe, a decyzji nie da się uniknąć; co więcej, nie można zwlekać z jej podjęciem. Od lat osiemdziesiątych ub. wieku taką metodą trenują adepci kierunków medycznych na Uniwersytecie Medycznym w Ulm¹⁵⁹. Treningi prowadzone są interprofesjonalnie, takich kompetencji wymaga rozwiązywanie zadań:

„Interprofesjonalne seminaria z etyki służą inicjowaniu dyskursu moralnego pomiędzy grupami zawodowymi. Etyka, zwłaszcza w opiece nad pacjentem, nie może być ograniczona do kompetencji jednej grupy zawodowej. Formowanie ocen moralnych, moralne doświadczenia i decyzje, za które ponosi się odpowiedzialność, dotyczą wszystkich osób zaangażowanych w pracę na oddziale. Kompetencje zespołowe są więc rozwijane i ćwiczone podczas seminariów. Wspólne uczenie się jest postrzegane przez uczestników jako pozytywny przyczynek do późniejszej wspólnie wykonywanej pracy. Etyka jest rozumiana jako istotny komponent własnego profesjonalizmu. Kompetencje interprofesjonalne stanowią również jedno z podstawowych założeń nowo powstałej [po 2000 r., – K.N.] w Niemczech dziedziny doradztwa etycznego”¹⁶⁰.

¹⁵⁸ Por. E. Nowak, „Normative Dissonance vs. the Order of Argumentation”, w: tejże, *Experimental Ethics. A Multidisciplinary Approach*. LIT, Verlag, Berlin 2013, s. 35–56.

¹⁵⁹ G. Sponholz, G. Allert, F. Keller, D. Meier-Allmendinger, H. Baitsch, „Das Ulmer Modell medizinethischer Lehre. Sequenzierte Falldiskussion für die praxisnahe Vermittlung von medizinethischer Kompetenz (Ethikfähigkeit)”, *Zentrum für Medizinische Ethik, Medizinethische Materialien* 1999, vol. 121, s. 1–40; H. Kessler, „Die philosophische Diskursethik und das Ulmer Modell der Ethikseminare“, *Ethik in der Medizin* 2003, vol. 15, s. 258–267; G. Sponholz, H. Baitsch, G. Allert, „Das Ulmer Modell der diskursiven Fallstudie. Entwicklungen und Perspektiven der Lehre in Ethik in der Medizin”, *Zeitschrift der Medizinischen Ethik* 2004, vol. 50(1), s. 82–87.

¹⁶⁰ G. Neitzke, „Interprofessioneller Ethikunterricht / Interprofessional Education in Clinical Ethics”, *GMS Zeitschrift für Medizinische Ausbildung-Journal for Medical Education* 2005, vol. 22(2), bez paginacji; por. też M. Yarborough, T. Jones, T. A. Cyr, S. Phillips, D. Stelzner, „Interprofessional Education in Ethics at an Academic Health Sciences Center”, *Academic Medicine* 2000, vol. 75, s. 793–800.

Określony ‘trudny przypadek’ jest aktywnie rozważany przez każdego uczestnika (każdy samodzielnie buduje sądy i decyzje, następnie w mniejszej grupie bada ich zasadność, wypracowując z nią pełne stanowisko), wreszcie wszyscy uczestnicy seminarium rozważają jego zasadność od strony etycznej. Problematyka etyczna jest integralnym elementem danego ‘kazu’, jest w niego wpisana w sposób niezbywalny. Uzasadnienia rozstrzygnięć muszą mieć charakter argumentacyjny, zaś argumenty – odwoływać się do zasad etyki klinicznej i etyki ogólnej. Uzasadnienia i same decyzje są dokładnie, gremialnie, w sposób argumentacyjny sprawdzane. Są to najpierwsze znamiona upodabniające ten seminaryjny model do Habermasowskiego dyskursu praktycznego. Jednocześnie uczestnicy mają pole rozważań ograniczone przez rzeczywiste przepisy prawne, w tym prawa pacjenta. Wypracowane przed dany zespół (z reguły kilkusobowy) decyzje lub rozwiązania o „prowizorycznym” (czyli wciąż jeszcze problematycznym, nie przez wszystkich zaakceptowanym) roszczeniu do ważności konfrontuje się następnie z ‘preferencją pacjenta’, wypracowaną przez inny kilkusobowy zespół w tej samej grupie seminaryjnej. Następnie bada się, jak proponenci jednej i drugiej opcji wzajemnie reagują na swoje propozycje. Wszystkie sytuacje, okoliczności, detale i aspekty normatywne są realistyczne i mogłyby wystąpić w codziennej praktyce klinicznej przyszłych pracowników opieki zdrowotnej, obecnie zaś – studentów kierunków medycznych. Uczestnicy seminarium dochodzą do rozstrzygnięć argumentując; muszą także określić, do kogo spośród bohaterów kazusu, w którym pacjent pozostaje wyłączony z procesu decyzyjnego (z uwagi na obiektywną niezdolność udziału) należy podjęcie decyzji; czy powinna to być decyzja jednoosobowa, czy z udziałem wielu osób i kogo dokładnie. W przypadku modelu opisanego przez G. Neitzke studenci uczą się w sposób dyskursywny i w pełni realistyczny stosować „etykę kliniczną jako filozofię praktyczną w tym sensie, że muszą rozważać rozmaite uwikłane w sytuację dobra natury etycznej (rokowania dotyczące przeżycia, jakość życia, autonomiczną wolę pacjenta, odpowiedzialność lekarza, zasadę ‘po pierwsze nie szkodzić’)”¹⁶¹ (chodzi tu nie tylko o ‘lekarza’ generalnie, lecz o przyszłych pracowników medycznych wszelkich specjalności, które są przedmiotem studiów).

Oryginalnie zaprojektowany przez kilku specjalistów (G. Sponholz, H. Baitsch, G. Gaedicke, D. Meier, G. Allmendinger, G. Allert) seminaryjny model ulmski zakłada, że w konkretnej sytuacji klinicznej dyskurs praktyczny pomaga sprawdzić (wypróbować w warunkach edukacyjnych) zasadność wszelkich wypowiedzi w trybie powinnościowym, czyli

¹⁶¹ G. Neitzke, “Interprofessioneller Ethikunterricht...”.

nie tylko norm, ale także odpowiedzi na pytanie, *jak należy postąpić – co zrobić – i z jakiej/jakich ‘racji’*. Grupa liczy 15 studentów, dwóch moderatorów, lekarza-klinicystę referującego ‘przypadek’ z realnej praktyki klinicznej i ewentualnie eksperta w zakresie etyki. Pacjent – wszystko, co go dotyczy – referowane jest przez lekarza (pacjent nie uczestniczy osobiście¹⁶², jednak każdy uczestnik musi brać pod rozwagę, co oznaczają rozważane kroki i ostateczne decyzje dla pacjenta i co one oznaczają z jego perspektywy jako indywidualnej osoby w określonym kontekście¹⁶³). O wymiary o perspektywy etyczne – ich przybliżenie uczestnikom – dba tutaj ekspert w zakresie etyki (jako takiej, w tym również klinicznej i medycznej). Przypadek zawiera konflikty między lekarzem a pacjentem lub konflikty między członkami zespołu co do opieki nad pacjentem. Potrzebne są więc trudne rozstrzygnięcia; zanim jednak zostaną zaproponowane, uzasadnione i przedyskutowane, z moderatorami klaryfikuje się każde ze stanowisk sporu. Zalecane jest zadawanie pytań moderatorom, a także uważne słuchanie wyjaśnień. Mówienie, zapytywanie, słuchanie jeden z ważnych elementów treningu. Z kolei nad rozwiązaniami dyskutuje cała grupa, ważąc ciężar wszelkich argumentów w świetle różnych kryteriów (zagrożenia, konsekwencji, np. ryzyka powikłań, skuteczności, itd.). Etyk odpowiada na pytania dotyczące problemów normatywnych; moderatorzy prowadzą trening w taki sposób, że studenci samodzielnie „opracowują rozmaite alternatywne rozwiązania, poddają je krytycznej dyskusji i próbują znaleźć 'rozwiązanie' problemów w drodze konsensu. Uczą się analizować sytuację, rozpoznawać i nazywać konflikty oraz opracowywać strategie rozwiązywania problemów”¹⁶⁴ zasięgając informacji, ale decyzje i rozstrzygnięcia podejmując samodzielnie i przejmując za nie odpowiedzialność. Na zakończenie następuje faza refleksji krytycznej (np. jakie byłyby alternatywne rozwiązania, których nie wzięto pod uwagę), zaś referujący może dodatkowo zapytać, jak mogło dojść do zdarzeń opisanych w przypadku. Centralne znaczenie ma jakość całej dyskusji, a także dyskursywne, analityczne i ewaluatywne (zdolność oceny i osądu) umiejętności uczestników, odpowiadające podstawowym regułom dyskursu (teoretycznego, praktycznego, eksplikacyjnego); wreszcie wspomniana samodzielność, albowiem w całym ćwiczeniu nie może występować żaden nacisk ani przymus (jest to dyskurs w pełni „wolny od

¹⁶² W rzeczywistej praktyce klinicznej, „w idealnym przypadku decyzja podejmowana jest z udziałem wszystkich zainteresowanych, przez co wszyscy podejmują za nią odpowiedzialność”, Ch. Hick, *Klinische Ethik*. Springer, Heidelberg 2007, s. 164.

¹⁶³ Mieszczą się w niej doraźne i długofalowe następstwa działań, którym poddaje się pacjenta. Dyskutuje się szerzej trudne kwestie etyczne towarzyszące decyzji. Jednak w realiach klinicznych, w sytuacjach „wyjątkowo trudnych i skomplikowanych już na poziomie medycznym, pacjentowi lub jego opiekunom (np. rodzicom dziecka) oszczędza się trudnych dywagacji etycznych i kieruje go do instancji doradczej (komisji etycznej)”, Ch. Hick, *Klinische Ethik*, s. 164. (na przykładzie praktyk niemieckiej opieki zdrowotnej).

¹⁶⁴ H. Kessler, „Die philosophische Diskursethik und das Ulmer Modell der Ethikseminare“, s. 262.

panowania” i właśnie taki, jaki jest niezbędny w realnej opiece medycznej). Z dyskursu wynikają ustalenia, rozwiązania, postanowienia, choć pierwotnie cały trening miał służyć konsensualnemu uzasadnieniu i akceptacji nowej reguły (przydatnej w warunkach klinicznych, takiej, którą zainteresowani byłiby wszyscy uczestnicy sytuacji dyskursywnej). „Każda osoba jest tu traktowana z szacunkiem, wszyscy mają równe prawa; pytania można zadawać w każdej chwili; nie ma 'głupich' pytań; nie ma 'szybkich strzałów z biodra', tzn. unika się wydawania pochopnych, nieprzemyślanych lub zbyt ogólnych sądów; nie stosuje się ataków personalnych i zachowuje obiektywizm. Podczas dyskusji należy skupić się na omawianej sprawie i nie wygłaszać długich monologów, a także umieć wysłuchać wszelkich informacji i argumentów”¹⁶⁵. Trening skomponowano wyłącznie według reguł i wymogów etyki dyskursu, stosując go do problemowych sytuacji klinicznych. Referujący lekarz-klinicysta dzieli się swoją wiedzą i doświadczeniem z adeptami albo dopowiada w międzyczasie szczegóły, które mogą posunąć dyskurs o kolejny krok naprzód. Jeśli wyłania się więcej stanowisk, rozwiązań, ważnych aspektów, grupa dzieli się na stosowną liczbę zespołów trzyosobowych i rozważa każdy z osobna bardzo dokładnie. Praktyczna adaptacja ramy dyskursywnej jest tu jak najbardziej możliwa z ominięciem nazbyt teoretycznych i wymagających założeń teorii Habermasa. Treść seminariów nie kumuluje się z zajęć na zajęcia; każde jest poświęcone nowemu przypadkowi. W seminariach nie ma rutyny, a uczestnicy często się zmieniają, ucząc współpracy z coraz to nowymi osobami. Koncepcja treningu była doskonała przez lata, zwłaszcza na poziomie reguł gry (jedna z nich wymaga ‘utrzymania całej uwagi na omawianym przypadku’). Jest to najstarszy i najbardziej znany przykład dyskursu praktycznego w *praktyce* w kontekście edukacji medycznej w Europie.

W tym miejscu należy raz jeszcze podkreślić, że ulmski model dyskursu nie uzasadnia ani nie wytwarza norm (zatem nie służy celom regulacyjnym). W modelu tym dla danego kontekstu (sytuacji problemowej) trzeba wskazać normy i działania, odpowiadając na pytania: co dobrego można zrobić w tej sytuacji? Jaka norma pomoże rozwiązać problem? Czy da się pogodzić wchodzące tu w grę (lub konflikt) normy? Analogicznie postępuje się w kontekstach klinicznych wymagających interwencji. Ulmski dyskurs medyczny naprzemiennie koncentruje się na normach (jaka norma znajduje zastosowanie?) i działaniach (co konkretnie zrobić?). W tym zestawieniu ‘uniwersalizm’ kontrastuje z ‘indywidualizmem’, wyjaśnia Kessler. „Są to zatem konkretne problemy i ich indywidualne rozwiązania, które omawia się w stosunkowo wąskim zakresie w ramach kursu. Ta zamierzona indywidualizacja

¹⁶⁵ Tamże, s. 263.

oceny poszczególnego przypadku ma na celu przede wszystkim podkreślenie edukacyjnego komponentu seminariów: treningu refleksji, mowy i wolnego od ryzyka /wszak jest to przestrzeń dydaktyki/ przyuczenia się do tego, jak w sposób etycznie zreflektowany postępować przy łóżku chorego. Oczywiście w codziennej praktyce lekarskiej zdarzają się przypadki, do których można podejść w sposób bardziej etyczny, jeśli wcześniej miało się już do czynienia z podobnym przypadkiem”¹⁶⁶.

g) Co zachodzi w decyzji klinicznej?

Nadszedł czas na rozważenie, co dzieje się, gdy podejmowana jest rzeczywista decyzja kliniczna w warunkach klinicznych (powiedzmy, że w gabinecie lekarza specjalisty), w zarysowanych w niniejszym rozdziale ramach instytucjonalno-prawnych, przy świadomości tego, że ramy te są nieprzekraczalne, ale są *ramami*, gdzie decyzje i rozstrzygnięcia są podejmowane, mimo, że istnieją protokoły określające, jakie działania w jakiego typu sytuacjach powinny być podejmowane lub są zalecane (często spośród alternatywnych); gdy istnieją procedury określające kroki prowadzące do decyzji – a mimo to lekarz wspólnie z pacjentem (ewentualnie innymi specjalistami, konsultantami) nie mogą uniknąć dodatkowych, nierzadko nieoczekiwanych kroków i wyzwań, ani samej decyzji?

W takich konkretnych sytuacjach decyzyjnych wokół poszczególnego przypadku (przyjmijmy, że jest już zdiagnozowany i diagnoza nie budzi zastrzeżeń co do prawidłowości, a gdyby budziła, zalecono dodatkowe badania, by wykluczyć, potwierdzić, poszerzyć lub pogłębić kliniczny obraz problemu zdrowotnego o dodatkowe dane lub wymiary) z całą pewnością nie zachodzą takie procesy, jak 1) dyskutowanie i rozstrzyganie wielkich i ogólnych debat i dylematów bioetycznych (np. na ile i kiedy zasadna jest eutanazja, na ile nie jest) zwłaszcza, że podstawowe rozstrzygnięcia zawarte są w przepisach prawa, odsyłających do Konstytucji, praw człowieka (w tym dotyczących zdrowia), praw podstawowych, itd.; 2) wytworzenie nowych norm, praw, reguł praktycznych na wzór *legislacji*, nawet wówczas, gdy dane praktyki lecznicze, diagnostyczne, inne (np. modyfikacje genetyczne) są już znane nauce, znajdują się w fazie eksperymentów lub testów, a lekarz specjalista sam uczestniczy w tego rodzaju badaniach – gdyż procesy prelegislacyjne, inicjujące legislację i legitymizujące

¹⁶⁶ Tamże, s. 265.

prawa to kwestia społeczno-obywatelskich i politycznych dyskursów i aktywizmu, które mogą prowadzić do nowych regulacji, także w zakresie nowych praktyk i technologii medycznych¹⁶⁷; lub do zmiany regulacji nieefektywnych, niesprawiedliwych, przestarzałych, itd.

Zachodzi tutaj coś odmiennego: mianowicie dokonywanie wyborów spośród dostępnych praktyk i technologii (diagnostycznych, leczniczych, wspomagających leczenie, itd.) i dopuszczonych prawem i protokołami – z refleksyjnym omówieniem wraz z pacjentem skuteczności, skutków ubocznych, sposobów zastosowania, wreszcie szeregu kroków i strategii, które nadają kierunek leczeniu i składają się na jego plan w dłuższej perspektywie, uzasadnionej rodzajem problemu i ważkimi czynnikami osobistymi, organizacyjnymi, kontekstowymi towarzyszącymi pacjentowi. Zachodzą tu procesy decyzyjne 1) co do ustalenia i wyznaczenia celu, jaki pacjent pragnie osiągnąć przy wsparciu lekarza, ale i mobilizacji własnego potencjału (teleologiczny aspekt decyzji medycznych jest tu niezbywalny); 2) co do wyboru i zastosowania określonych działań (praktyk) medycznych zorientowanych na zdrowie pojmowane w kategoriach biomedycznych, zdefiniowanych na poziomie aktualnych nauk i wiedzy medycznej; 3) co do norm, procedur, scenariuszy działania już zdefiniowanych ‘instytucjonalnie’ (niekiedy także w kategoriach świadczeń refundowanych dostępnych w ‘koszyku’ określonym przez rozmaite instytucje; a także świadczeń nierefundowanych – a także ich *zastosowania i konkretyzacji do tego oto przypadku* (zob. niżej); 4) modyfikacje kroków i planów (w ramach tego, co określone w kategoriach instytucjonalnych i protokołach¹⁶⁸), uzupełnienie ich o środki czy zabiegi

¹⁶⁷ Trudno sobie wyobrazić, aby w konwersacji między lekarzem a pacjentem (lub jej dyskursywnej wariacji) rozstrzygano w sprawie nowych i kontrowersyjnych praktyk wymagających regulacji, np. modyfikacji genetycznych z konsekwencjami dla przyszłych pokoleń, gdzie ‘nieżyjący’ determinowaliby ‘żywych’, naruszając ich podmiotową autonomię samostanowienia. Jeśli nawet Habermas zabiera głos na temat prawnego uregulowania nowego potencjału biotechnologicznego, to z myślą publicznych i politycznych dyskursach etyczno-politycznych. W konkretnym przypadku może być rozstrzygany tylko ten przypadek: „W demokratycznym, pluralistycznym społeczeństwie, które każdemu obywatelowi przyznaje jednakowe prawo do autonomicznego układania sobie życia, eugenika ulepszająca nie może być prawowicie ‘znormalizowana’, ponieważ nie da się a priori oddzielić decyzji selekcyjnej od dyspozycji o określonych życiowych planach”; „Można by pomyśleć, że właśnie demokratyczne państwo konstytucyjne stwarza właściwe ramy i środki po temu, by ów brak wzajemności między pokoleniami zrównoważyć w drodze prawnej instytucjonalizacji procedury i przywrócić zakłóconą asymetrię na poziomie powszechnego systemu norm. Czy taki system norm, którego podstawa byłaby procesu kształtowania woli etyczno-politycznej, nie mógłby zdjąć z rodziców problematycznej odpowiedzialności za indywidualną decyzję, podejmowaną wyłącznie według własnych preferencji?”, J. Habermas, *Przyszłość natury ludzkiej. Czy zmierzamy do eugeniki liberalnej?*, Wydawnictwo Naukowe Scholar, Warszawa 2003, s. 73–74. Habermas konsekwentnie optuje za dojrzałą, zreflektowaną, autonomiczną decyzywnością w wymiarze *aktualnym*.

¹⁶⁸ Jak one wyglądają wzorcowo, standardowo, w szczegółach pokazuje przykład NICE. “Wytyczne NICE. Postępowanie w nadciśnieniu tętniczym u dorosłych w podstawowej opiece zdrowotnej”, *Nadciśnienie Tętnicze* 2006, vol. 10(4), s. 307–324. Lecz do tego wzorca dodać należy elementy swoiste dla przypadku (np. specyfikę

dostępne w danym kraju według wiedzy lekarza jako eksperta i często także pacjenta jako niezupełnego laika; 5) omówienie i rozważenie istotnych argumentów za i przeciw danemu sposobowi postępowania z pacjentem – w trakcie wspólnego opracowania tego sposobu.

Uzasadnienie są zaś czerpane z następujących źródeł: 1) aktualna wiedza naukowa i doświadczenie medyczne typu eksperckiego; 2) wyniki badań diagnostycznych, w tym oparte na informacjach udzielonych w wywiadzie, medycznej biografii pacjenta, historii choroby i leczenia, do której wgląd mają obecnie – dzięki digitalizacji – wszyscy lub prawie wszyscy specjaliści, z usług których korzysta pacjent (zatem tzw. dowody; ‘bliskość empirii’ i twierdzeń o treści empirycznej, mówiąc językiem Habermasa); 3) kluczowe informacje, racje i argumenty ze strony pacjenta, związane z jego zdrowiem z perspektywy jego doświadczenia, przeżycia, emocji; w mniejszym lub większym stopniu obejmują one aspekty życia osobistego, zawodowego, rodzinno-partnerskiego, planów życiowych, aksjologii i przekonań moralnych (przy czym tak rozległe pojęcia filozoficzne, jak dobrostan i ‘wizja dobrego życia’ rzadko są przez pacjenta artykułowane explicite i w pełniejszym zakresie – tutaj właśnie przydatna byłaby instancja doradcza); 4) normy, procedury i scenariusze działania zdefiniowane instytucjonalnie, organizacja szpitala (np. dostępność terminów, miejsca na oddziale szpitalnym); 5) podmiotowe prawa pacjenta; 6) symetryczne obowiązki lekarza (a także jego prawa, np. prawo do skorzystania z klauzuli sumienia); 7) ogólne przepisy prawa (np. kodeksu prawa rodzinnego, prawa pracy); 8) kodeks etyki lekarskiej; 9) pozostałe źródła informacji lub argumentacji, w tym osobowe i nieosobowe¹⁶⁹.

Zatem decyzje dotyczące wyboru, akceptacji (uznania) i zastosowania takich a nie innych praktyk medycznych w przypadku konkretnego pacjenta (praktyka może być zdefiniowana procedurą lub skomponowana na podstawie procedur) i na podstawie kryteriów takich, jak wiedza, informacja i ewidencja/dowody medyczne, w tym świadectwa podane

samego przypadku) i szereg indywidualnych, a także nieprzewidzianych okoliczności, które trzeba rozważyć, wyjaśnić pacjentowi ich istotę i znaczenie, uzgodnić jednorodne rozumienie, wreszcie uwzględnić (choćby leki już przyjmowane przez pacjenta, inne jego schorzenia i dolegliwości, itd.).

¹⁶⁹ Np. media, wiedza potoczna, pogłoski, odwołania do medycyny tradycyjnej, tło kulturowe, dodatkowe informacje typu obyczajowego, socjologicznego, itd. zazwyczaj ze strony pacjenta, ‘spoza protokołów’, spoza kwestionariusza stanowiącego podstawę wywiad. Niewykluczone, że ich pozaprotokolarność jest w oczach i uszach lekarza elementem mniej lub bardziej kontyngentnym względem *meritum*, czyli stanu zdrowia, i w modelu medycyny skoncentrowanej na pacjencie pominąłby to, co nic nie wnosi do decyzji i zaleceń w świetle medycyny naukowej, której wymogów zobowiązany jest przestrzegać na mocy złożonej przysięgi i uzyskanej licencji.

przez pacjenta i uzyskane przez lekarza (wzajemnie dla nich zrozumiałe) noszą znamiona dyskursu teoretycznego i eksplikacyjnego (pytania, objaśnienia z obu stron). Z kolei te same decyzje rozpatrywane dodatkowo – ponad-praktycznie – w kontekstach normatywnych (cała normatywność obejmująca wszystkie powyżej wymienione elementy, łącznie z przekonaniem pacjenta, pojęciem ‘dobrego życia’, etc.) nosiłaby znamiona dyskursu praktycznego o tyle, o ile normatywność służy tu konsensualnemu uzasadnieniu. Uzasadnienie decyzji i działań ma bowiem w znacznej mierze ucharacter konwencjonalny. Wszak instytucje zdrowia publicznego, instytucje prawa, procedury i protokoły kliniczne *już istnieją i obowiązują* (w tym obowiązując pozwalają pacjentowi korzystać z jego uprawnień, np. do odmowy lub uzyskania informacji; do poddania się lub niepoddania np. terminacji ciąży, do której ustawodawca podał wskazania, jednak pacjentka z uwagi na osobiste przekonania moralne nie zamierza z uprawnienia skorzystać i jest to uprawnione nieskorzystanie).

Warto wspomnieć, że w kontekście stosowania rozmaitych ogólnych norm, przepisów i klauzul (sformułowanych np. w protokołach klinicznych)¹⁷⁰ uczestnicy dysponują rodzajem dyskrecjonalności w analogii do dyskrecjonalności sędziowskiej. Oznacza ona¹⁷¹, że uczestnicy dyskursu medycznego razem konkretyzują i uzgadniają, które przepisy, normy, standardy lecznicze i jak będą zastosowane do przypadku poszczególnego: indywidualnego pacjenta; i mogą te normatywne elementy ze standardów i protokołów interpretować

¹⁷⁰ „Także te umaternalnione ustawy z reguły występują jako normy ogólne, sformułowane bez nazw własnych i skierowane do nieokreślenia wielu adresatów. Zawierają jednak klauzule generalne i nieokreślone pojęcia prawne lub konkretne cele formułowane analogicznie do [administracyjnych] kroków, pozostawiając administracji szerokie możliwości działania według własnego uznania”, J. Habermas, *Faktyczność i obowiązywanie*, s. 205. Na gruncie medyczno-klinicznym owo ‘własne uznanie’ przysługuje tradycyjnie lekarzowi – najpierw jako rozeznanie; ponieważ jednak lekarz nie sprawuje władzy administracyjnej, lecz praktykuje we współpracy z pacjentem, rozeznanie i zwłaszcza *uznanie* będą tu przyjmować znamiona komunikacyjne, czyli znamiona współ-rozeznania i obopólnego uznania.

¹⁷¹ Już skorzystanie z lekarskiej klauzuli sumienia jest przejawem dyskrecjonalności lekarskiej, co nierzadko pociąga za sobą ryzyko dla pacjenta i jego dyskryminację ze względu na interesy i prawa. Tymczasem zawód lekarza ma być zorientowany na interes i dobro pacjenta (Pellegrino). „W tym zawodzie sądy i decyzje mają zarówno techniczne, jak i moralne (*moral*) wymiary i to zasadniczo w każdym przypadku (*in all cases*)”. Tymczasem „poszanowanie i ochrona szerokiej swobody decyzyjnej lekarzy w zakresie interwencji kontrowersyjnych z etycznego punktu widzenia” są niezbędne – na zupełnie podstawowym poziomie otwierania ogólnie i abstrakcyjnie formułowanych przepisów, norm, wytycznych klinicznych na więcej różnorodności i pluralizmu uosabianego przez pacjentów i ich konteksty zdrowotno-życiowe, aby na tym polu niwelować akty dyskryminacji i uwzględniać pacjenta szerzej; także jako uczestnika dyskursu wiodącego do uzgodnień. Zob. D. P. Sulmasy, „Tolerance, Professional Judgment, and the Discretionary Space of the Physician”, *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics* 2016, vol. 26(1), s. 18–31; E. D. Pellegrino, „The Expansion and Contraction of ‘Discretionary Space’”, *Priorities for the Use of Resources in Medicine, National Institutes of Health, DHEW Publication* 1977, vol. 77–1288, s. 99–112. Washington D.C.: United States Government Printing Office; J. Hoogland, H. Jochemsen, „Professional Autonomy and the Normative Structure of Medical Practice”, *Theoretical Medicine* 2000, vol. 21, s. 457–475.

niejednokrotnie w sposób twórczy, uwzględniający specyficzne potrzeby osobiste, zobowiązania społeczne, aktywności ze „świata życia”, plany życiowe i wizje dobrego życia, itd. ze strony pacjenta. Zachęcają do tego już ogólne i abstrakcyjne formuły prawne, takie, jak autonomia pacjenta i na nie oparta, niewymuszona i świadoma zgoda.

Z uwagi na istnienie szeregu instytucji, spośród których wybiera się te, które w danym przypadku najbardziej optymalnie regulują praktykę, a przy tym odpowiadając na pytanie, ‘co należy zrobić dobrego i dobrego w tej oto sytuacji’, dyskurs kliniczny przybiera tu częściowo formę stosowania norm – i w tym sensie przypomina dyskurs aplikacyjny, występujący niekiedy w orzecznictwie sądowym. Jeszcze jedna właściwość upodabnia dyskurs kliniczny do tego, który pojawia się w kontekście orzecznictwa: mianowicie decyzje, rozstrzygnięcia, ustalenia, postanowienia (także pod postacią diagnoz, orzeczeń o niezdolności do pewnych czynności, szeregu zaleceń, etc.) nabierają statusu faktów instytucjonalnych: instytucjonalizują się w ramach całej, systemowej i publicznej instytucji, jaką stanowi *opieka zdrowotna*¹⁷². Dyskurs służący zastosowaniu norm (oryg. prawnych. *Rechtsanwendungsdiskurs*¹⁷³) jest ważnym aspektem w podejmowaniu decyzji klinicznych, jednak nie wyczerpuje tych decyzji.

Bardziej refleksyjne stosowanie norm, wspomagane drugim z dwóch aspektów działania komunikacyjnego, a także dyskursem, różni się od mniej lub bardziej „intuicyjnego”¹⁷⁴ stosowania się do norm. Wykracza ono też poza jedynie porządkującą, ładotwórczą funkcję norm, dyrektyw, rozporządzeń, itd., które są zinstytucjonalizowane, a w przypadku profesji medycznych – także tych norm, które wchodzą w skład kodeksów etyki zawodowej dopełniających instytucje. Dopiero w ramach jednej i drugiej (prawnej i etycznej)

¹⁷² Jako takie, mogą być także przedmiotem postępowań wyjaśniających i innych, prowadzonych przez sądy i prokuraturę. Przykładem ‘orzeczniczego’ funkcjonowania opieki zdrowotnej jest orzeczenie o zdolności (lub niezdolności) do pracy (również trwałej, w takim przypadku wydawane przez specjalną komisję).

¹⁷³ In. *Anwendungsdiskurs*. Stosowany w praktykach sądowo-administracyjnych, gdzie ogólne lub abstrakcyjne normy wymagają zastosowania do konkretnego przypadku, czego analogię znajdujemy w medycynie i zwraca się na to uwagę także w edukacyjnym modelu ulmskim. Dyskursy służące stosowaniu prawa podpadają pod ogólne kryteria teorii dyskursu, zob. J. Habermas, *Erläuterungen zur Diskursethik*; oraz H. Brunkhorst i in., *Habermas Handbuch*, s. 258.

¹⁷⁴ Por. K. M. Cern, „Pytanie o politykę prawa z perspektywy dyskursywnego modelu władzy”, w: G. Króliczak, K. Łastowski, Ł. Przybylski, P. Przybysz, M. Urbański (red. naukowa), *Filozof w krainie umysłów. Profesorowi Andrzejowi Klawiterowi w darze*. Wydawnictwo Naukowe Wydziału Nauk Społecznych UAM, Poznań 2018, s. 173.

normatywności społecznej stosowane są protokoły i procedury kliniczne. W tej złożonej strukturze normy nadają decyzjom i postanowieniom medyczno-klinicznym – zatem w konsekwencji: idącym za tymi decyzjami i postanowieniami działaniom i praktykom – prawidłowy (można też powiedzieć: zalegitymizowany normatywnie) status na poziomie uzasadnień. Pozwalają wreszcie owym decyzjom i postanowieniom (a także wykonanym praktykom) uzyskać status faktów instytucjonalnych: innymi słowy, decyzja i skierowanie na określony zabieg leczniczy, a także wykonanie tego zabiegu nie są dowolnymi, kontyngentnymi, pół-prywatnymi epizodami i nie są też faktami surowymi, lecz posiadają ważność, jak to jest przyjęte dla faktów instytucjonalnych, zachodząc w ramach jednej z centralnych instytucji publicznych podlegającą Ministerstwu Zdrowia i odpowiedniemu ustawodawstwu¹⁷⁵.

Z kolei komunikacyjność i dyskursywność, która w stosowanie całej tej złożonej normatywności włączałaby także pacjenta pozwalając mu aktywnie (oraz interaktywnie, albowiem we współpracy z lekarzem) uczestniczyć w podejmowaniu decyzji sprawiają, że nie tylko na etapie legislacji (gdzie obywatele winni autonomicznie, refleksyjnie, deliberacyjnie-dyskursywnie legitymizować swe prawa – i tym przypadku praw pacjenta), ale także na etapie stosowania prawa „instytucje stanowią (...) ramy zakreślające możliwości działania, ale to obywatele współkreują je swoim w nich udziałem”¹⁷⁶ i także swoim udziałem wpływają na to, jak owe prawa będą urzeczywistniane w ich przypadku, w odniesieniu do ich interesów, dóbr, potrzeb natury zdrowotnej, a także – jako, że zdrowie nie jest wyłącznie kategorią biomedyczną – do odniesienia do ‘światowo-życiowych’, osobistych i społecznych aspektów zdrowia¹⁷⁷. Dopiero na podstawie (1) komunikacyjno-dyskursywnego i (2) partycypacyjnego

¹⁷⁵ Jak powiada J. Searle, „są to fakty, które wymagają dla swojego zaistnienia ludzkich instytucji”; są ważne (*valid*) w świetle instytucji (norm), J. Searle, *The Construction of Social Reality*. The Penguin Press, Allen Lane, London 1995, s. 2. i 35; zob. też K. Chrobak, „O faktach instytucjonalnych”, *Diametros* 2011, vol. 28, s. 20–31.

¹⁷⁶ P. W. Juchacz, *Deliberatywna filozofia publiczna. Analiza instytucji wysłuchania publicznego w Sejmie Rzeczypospolitej Polskiej z perspektywy systemowego podejścia do demokracji deliberatywnej*, Poznań: Instytut Filozofii UAM, 2015, s. 37–38.

¹⁷⁷ Obok dyskursu aplikacyjnego w grę wchodzi tu więc również „działanie komunikacyjne (mające charakter interakcji, czyli pokojowej koordynacji działań) (...) zawsze odniesione do tzw. świata obiektywnego celem weryfikacji osiągniętego porozumienia i zakłada odpowiedź (reakcję) w formie zajęcia stanowiska ‘tak’ lub ‘nie’ na wysuwane roszczenia (np. co do celów do realizacji)”, K. M. Cern, „Pytanie o politykę prawa...”, s. 472. Mając w tym miejscu na uwadze nie wytwarzanie, ale zastosowanie norm w porozumieniu między – umownie przyjmując – lekarzem a pacjentem, należy brać pod uwagę obydwie poziomy, tj. zarówno surowe, nierzadko nacechowane emocjonalnie, intuicyjne reakcje (być może w potocznym sensie tego słowa „roszczeniowe”), jak i takie reakcje, gdzie pacjent jest świadom swych prawowitych roszczeń, które mają swoje normatywne podstawy i racje w prawach pacjenta. Raz jeszcze warto przywołać K. M. Cern: „pojęcie komunikacji odnosi się do kształtowania opinii obywateli jeszcze w ‘dzikich kręgach’, który to termin odwołuje do światów życia

modus można zakładać, że zdrowie jako cel, interes czy dobro *publiczne* staje się także praktyką, w której refleksyjnie, komunikacyjnie i dyskursywnie uczestniczą członkowie tej samej, obywatelskiej społeczności (jako aktualnej całości), która – jak powiada P. W. Juchacz – współkreowała normatywne fundamenty instytucji zdrowia publicznego¹⁷⁸.

Raz jeszcze podkreślam, że możemy tutaj mówić o analogii – w żadnym razie o identyczności – pomiędzy stosowaniem norm i reguł w decyzjach medycznych a stosowaniem norm prawnych, gdzie ‘współczynnik’ komunikacyjno-dyskursywny w jednym i drugim przypadku da się (a przynajmniej powinno dać się) „w sposób zadowalający pogodzić”¹⁷⁹ z innymi, swoistymi dla tych dziedzin (tj. prawa z jednej strony, a medycyny z drugiej strony) procedurami. Przede wszystkim w medycynie działanie komunikacyjne i dyskurs nie będą „bezpodmiotowe”¹⁸⁰ (jak w sferze publiczno-dyskursywnego kształtowania woli politycznej i prawnej, a w dużej mierze także w sądownictwie jako administrowaniu sprawiedliwością), lecz właśnie upodmiotawiające. W medycynie będą one też w nieprzerwanym, bliskim kontakcie z kontekstami świata życia – ponieważ nie muszą od nich abstrahować, by dokonać

obywateli, tj. poszczególnych osób. natomiast pojęcie dyskursu odnosi się do procesów, a także procedur uzasadniania owych opinii na podstawie releksyjnie opracowywanych racji”, K. M. Cern, tamże, s. 473; a tutaj – także racji uzasadnionych normatywnymi definicjami autonomii pacjenta, tak, jak omówiono je na początku tego rozdziału i wcześniej.

¹⁷⁸ Mówiąc o praktyce zdrowia, które obok statusu biomedycznego ma też status instytucjonalny i publiczny, warto wspomnieć o mediacji (zob. Ustawa o Izbach Lekarskich). Celem mediacji jest nie tylko wspomaganie komunikacji, lecz także porozumienie i usatysfakcjonowanie pacjenta, gdy złożył on skargę o naruszenie któregoś ze swych praw (np. prawa do informacji, intymności), gdy złamana została tajemnica lekarska, doszło do uchybień w prowadzeniu i udostępnianiu dokumentacji medycznej, gdy pacjent wnosi o rekompensatę lub przeprosiny, itd. Lekarz ponosi odpowiedzialność zawodową za naruszenie zasad etyki lekarskiej oraz przepisów związanych z wykonywaniem zawodu lekarza. Celem mediacji nie jest jednak ukaranie lekarza, a właśnie zadośćuczynienie pacjentowi. Mediatorem konfliktów w sprawach medycznych w postępowaniu mediacyjnym toczącym się w izbie lekarskiej lub sądzie lekarskim może być lekarz. Z kolei w ‘zwykłym’ sądzie może to być adwokat lub radca prawny. Jedną stroną sporu jest pacjent bądź jego przedstawiciel, rodzina, itd., a drugą lekarz bądź jego instytucja (placówka opieki zdrowotnej). „Jeżeli chodzi o aplikowalność teorii argumentacji na potrzeby (...) mediacji, to najważniejszym punktem wspólnym jest założenie o istnieniu – także w spornej sytuacji decyzyjnej – różnych możliwości działania. Ich wybór może być dokonany w drodze uzgodnienia pomiędzy stronami, które polegają na zauważeniu, zdefiniowaniu i uczynieniu fundamentem decyzji *loci communes*, czyli miejsc wspólnych w kontekście tożsamości stron. Chodzi tu o interesy, potrzeby czy przekonania, które – obok prawa – determinują arenę konfliktu i obszar porozumienia. To właśnie owo szukanie wspólnych elementów poprzez wzajemne uznanie (i uznawanie) uczestników komunikacji (...) prowadzi to do zaakceptowania założenia, że istnieją różne rodzaje pojmowania racjonalności. Prawo (...) nie jest instrumentem odgórnego stosowania, lecz medium dla wypracowania porozumień”, A. Kalisz, *Mediacja jako forma dialogu w stosowaniu prawa*. Difin, Warszawa 2016, s. 76.

¹⁷⁹ J. Habermas, *Faktyczność i obowiązywanie*, s. 251.

¹⁸⁰ Tamże, s. 318.

‘generalizacji’, lecz dokonując zastosowania reguł – będą się na bieżąco odnosić do tego, co szczegółowe i składające się na dany przypadek¹⁸¹.

Jak wskazano na początku tego rozdziału, istnieje też wiele czynników, które mogą ograniczyć udział (partycypację) pacjenta w klinicznych procesach decyzyjnych. To jednak nie znaczy, że partycypacyjny, dyskursywny model podejmowania tego rodzaju decyzji jest niegodną uwagi utopią: albowiem to, co zachodzi w decyzji medycznej w ramach zastosowania norm, procedur czy protokołów ma – powinno mieć – charakter komunikacyjno-dyskursywny, czyli włączający pacjenta w takich wymiarach, jakich nie rozważa teoria zwyczajnej komunikacji medycznej¹⁸².

¹⁸¹ „Racjonalność fachowego wypełniania zadań przez ekspertów nie chroni przed *paternalistycznym* samoupełnomocnianiem się i samoprogramowaniem organów wykonawczych”, tamże, s. 203, tymczasem w rozważanym w tej pracy kontekście idzie o inkluzyjność względem pacjenta i jego partycypację – w normatywnych skądinąd ramach.

¹⁸² Jeśli można tu wskazać jeszcze inną ciekawą analogię – będzie to analogia między pacjentem a ławnikiem, z tym, że ten drugi nie uczestniczy w postępowaniach i rozstrzygnięciach we własnym interesie.

Zakończenie

Przedstawiając w pięciu rozdziałach rozprawy doktorskiej założenia teorii działania komunikacyjnego i teorii dyskursu (dyskursów) według Habermasa, czyniąc to w zestawieniu z inkluzyjnymi, partycypacyjnymi i mającymi na celu upodmiotowienie pacjenta zasadami – więcej – instytucjami, które mają konstytuować współczesną, publiczną opiekę zdrowotną; ponadto, czyniąc to na tle rozmaitych standardów bioetycznych i przykładowych praktyk klinicznych (a także projektów edukacyjnych lub opartych na *Gedankenexperiment* przymiarek do praktyk) które są – albo stają się – otwarte na działanie komunikacyjne (w obu odmianach) i dyskurs (teoretyczny i praktyczny, jak pokazano w V rozdziale – w wariancie aplikacyjnym), jako społecznie wartościowego *modus* podejmowania decyzji klinicznych, miałam świadomość, że teoria Habermasa nie może być ani traktowana, ani stosowana w sposób dogmatyczny. Sam twórca nie traktuje swej teorii w ten sposób.

Zamiarem przedłożonej rozprawy doktorskiej było nie tylko ukazać, że racjonalne rygory i procedury nie są ‘niehumanitarne’ ani wymierzone w to, co *humanitarne*, *międzyludzkie*, ‘światowo-życiowe’, etc. – tak przecież istotne dla samego upodmiotowienia, realizacji autonomii w jej prawie do samookreślenia i samostanowienia właśnie w kontekstach medyczno-klinicznych, w tym – (mniej lub bardziej) dialogiczno-dyskursywnych konwencjach, zwyczajach i praktykach podejmowania decyzji typu medycznego, nierzadko silnie uwikłanych w kontrowersje normatywne. Przyświecając procesom nowoczesnej instytucjonalizacji, „Vernunftmoral” i „Diskursrationalität” muszą wspierać samoinstytucjonalizację takich norm i faktów (np. decyzji, postanowień, rozstrzygnięć) instytucjonalnych, które niczyjego głosu, żadnego interesu i „rozszerzenia ważnościowego” nie wykluczają i nie tłamszą, lecz poddają je uzasadnieniu (uprawomocnieniu) i akceptacji zawsze także tego, kto zabiera głos, kto żywi interes, kto podaje racje –, a jeśli nie jest w stanie tego uczynić sam, to jego interes i racja winny być należycie reprezentowane (także to jest przejawem partycypacji i włączenia). Muszą też być responsywne względem „rozumności osób” (*Verfünftigkeit der Personen*), choć do niej nieredukowalne i uwzględniać intersubiektywne (po)rozumienie, „gdy ktoś widzi, że inny ktoś w świetle jego własnych preferencji ma dobre racje, tj. racje dobre *dla niego* nawet, jeśli ten pierwszy w świetle jego preferencji z tamtymi racjami się nie utożsamia”¹. Kluczowa jest tutaj

¹ J. Habermas, *Wahrheit und Rechtfertigung*, s. 116.

umiejętność oceny tego, *co jest ważne* – niezależnie od tego, ‘czyje’ racje za tym stoją. Na tym poziomie kształtować się może autonomiczna zgoda pacjenta – ale może ona też być częścią intersubiektywnej wymiany i oceny racji z lekarzem jako proponentem tego, co ma „roszczenie do ważności”, ale uzyska ważność z chwilą, gdy również pacjent uzna to za ważne. Wtedy właśnie możemy mówić o dyskursywnie wypracowanej, konsensualnej zgodzie, której integralną częścią jest zreflektowane, ocenione, uzasadnione „tak” dla rozważanej opcji działania. Z tą chwilą opcja ta nabiera też ważności „faktu instytucjonalnego” (albowiem nie mówimy tu o wytwarzaniu nowych norm).

Niedogmatyczne roszczenie do panowania racjonalności komunikacyjnej i pozostałej Habermas tłumaczy właśnie potrzebą ochrony podmiotu i jego tożsamości. Pozbawiony takiej ochrony, mógłby on być zawłaszczany, dezintegrowany czy zgoła reifikowany:

„Uspołecznienie i socjalizacja poprzez komunikację, dzięki której osoby są jednocześnie indywidualizowane, rodzi głęboko zakorzenioną bezbronność i podatność na ciosy, ponieważ tożsamość uspołecznionych jednostek rozwija się jedynie poprzez włączenie w coraz szersze relacje zależności społecznej. Osoba wykształca życie wewnętrzne i osiąga stabilną tożsamość tylko w takim stopniu, w jakim uzewnętrznia się w komunikacyjnie generowanych relacjach interpersonalnych i włącza się w coraz gęstsza i bardziej zróżnicowaną sieć wzajemnych podatności, przez co potrzebuje ochrony. Z tego antropologicznego punktu widzenia moralność może być postrzegana jako instytucja ochronna, która kompensuje fundamentalną niepewność wpisaną w społeczno-kulturową formę życia. Instytucje moralne mówią nam, jak powinniśmy zachowywać się wobec siebie nawzajem, aby przeciwdziałać skrajnej bezbronności jednostki właśnie poprzez ochronę i troskę. Nikt nie jest w stanie sam z siebie zachować swojej integralności. Integralność poszczególnych osób wymaga ustabilizowania sieci symetrycznych relacji uznania, w których niezastępowalne jednostki mogą zabezpieczyć swoją kruchą tożsamość we wzajemności tylko jako członkowie wspólnoty. Moralność jest ukierunkowana na chroniczną wrażliwość integralności osobistej wpisaną w strukturę interakcji zapośredniczonych językowo, która jest głębiej zakorzeniona niż zmysłowo odczuwalna wrażliwość

integralności cielesnej, chociaż jest z nią powiązana”².

Przestrzeń, w której spotykają się pacjent – jako nie tylko ‘pacjent’ w sensie instytucjonalnym, ale przede wszystkim człowiek – i lekarz (jako nie tylko ‘lekarz’ w sensie instytucjonalnym i profesjonalnym, ale także człowiek) służy właśnie temu, by krucha integralność osoby w *nierozzerwalnym związku z jej integralnością cielesną* otoczona została troską i opieką, a jednocześnie by osoba znalazła tu wszelkie (i nie minimalne, lecz optymalne) warunki, by wystąpić od początku do końca jako podmiot, któremu przysługują niezbywalne prawa podmiotowe do współdecydowania o własnych interesach i dobrach i wpływania na to, jakimi zabiegami i w jaki sposób, w jakim celu i z jakimi efektami będzie tutaj traktowany. Publiczna opieka zdrowotna ma być zatem taką instytucją i tworzyć takie instytucjonalne ramy, które będą to właśnie gwarantować. Nowoczesność wytworzyła już wystraszająco wiele instytucji, które to uniemożliwiały i nadal uniemożliwiają albo racjonują (nawet nie racjonalizują). W tej instytucji istnieje też – i ma wszelkie prawo do tego, żeby istnieć – przestrzeń pozadyskursywna (nie mniej, będąca źródłem ważnych komunikatów i reakcji, które są względem tych komunikatów responsywne). W niej wrażliwość i emocje mają własne racje bytu i prawa.

Podstawowe zadanie rozprawy doktorskiej – bardzo skądinąd wymagające w praktyce – udało się zrealizować pokazując, do jakich aspektów podejmowania decyzji klinicznych z udziałem pacjenta z mocy jego nowoczesnych praw podmiotowych *przystaje* praktyka działania komunikacyjnego i praktyka dyskursu; w które aspekty obie te praktyki są już wpisane, chociaż nie zdajemy sobie z tego sprawy ani jako badacze, ani jako uczestnicy kontekstów praktycznych. To zaś udało się pokazać dopiero w ostatnim rozdziale, który wymagał całej ‘propedeutyki’ zawartej w rozdziałach I, II, III i IV. Aby pod koniec rozdziału V syntetycznie ukazać przystawalność i korespondowanie ważnych elementów Habermasowskiej teorii do procesów decyzyjnych, ich komponentów, uzasadniania, przebiegu, modalności, trzeba było przygotować grunt, i to w sposób przekrojowo traktujący dorobek Habermasa, jednak z pominięciem dominujących w jego odczytaniach i adaptacjach kontekstów prawniczych.

Wcześniej, zwłaszcza pod koniec rozdziału II, a nade wszystko w rozdziałach III i IV, udało się sformułować 1) filozoficzno-praktyczne i normatywne preskrypcje na rzecz silnego włączenia upodmiotowionego, aktywnego pacjenta w podejmowanie decyzji klinicznych

² Tamże.

(zamiast tylko bycia pasywnym podopiecznym, beneficjentem, kimś poddającym się i poddawany czynnościom medycznym, kto zaaprobował je formalnie, ale nierzadko bez możliwości zreflektowania, rozważania, omówienia, wyjaśnienia; może nawet z rezygnacją). Te preskrypcje mogą być 2) narzędziami krytycznymi (w sensie społecznej teorii krytycznej), a więc dopomóc w transformacji instytucji zdrowia publicznego i opieki zdrowotnej w kierunku coraz pełniejszego poszanowania autonomii, praw, upodmiotowienia i wzrostu partycypacji pacjenta na poziomie procesów decyzyjnych. Badania zaangażowane w promocję podstawowych tego wszystkiego mogą być jakimś przyczynkiem do transformacji³.

Na koniec warto dodać, że tak, jak cała ‘przyrodnicza’ konstytucja człowieka (wraz z jej aspektami społecznymi i kulturowymi), zdrowie jest dobrem wrażliwym (i dlatego przedmiotem batalii o lepszą ochronę, wzmacnianie, promocję na gruncie dyskursów – w których ‘eksplikacyjny’ głos zabiera także niniejsza rozprawa doktorska). Wrażliwość ta liczy się nie tylko w kontekście dyskursywno-instytucjonalnego traktowania zdrowia i decydowania o nim, liczy się ona także w myśleniu Habermasa. Mit ‘formalizmu’ wytworzyły najpewniej interpretacje legalistyczne. Tymczasem interpretacja medyczna musi wydobyć na jaw wrażliwość i empatię wobec wrażliwości, wreszcie emocje moralne jako silne motywatory w relacjach opiekunów medycznych z pacjentami. Oto, jak Habermas postrzega znaczenie emocji:

„Po pierwsze, emocje moralne odgrywają *konstytutywną* rolę dla zjawisk moralnych. Nie potrafilibyśmy zidentyfikować moralnego znaczenia pewnych konfliktów między ludzkimi działaniami, gdybyśmy nie *czuli*, że zagrażają one integralności ludzkiej osoby. Emocje stanowią więc podstawę naszego *postrzegania* czegoś jako problemu moralnego (*feelings provide the basis for our perception of something as a moral issue*). Jeśli ktoś jest emocjonalnie ślepy, to jest także ślepy moralnie, czyli pozbawiony *sensorium* pozostającego w ścisłym związku ze zdolnością odczuwania sympatii i empatii.

Po drugie, i to przede wszystkim, emocje moralne (...) dają nam orientację, *gdy oceniamy coś moralnie i podejmujemy decyzje jako jednostki*. Emocje nadają uchwytnie podstawy naszym początkowo intuicyjnym osądom i ocenom (...) z kolei poczucie bólu i krzywdy określa nasz stosunek do osoby, która nas zraniła; poczucie niegodziwości i gniewu żywimy względem kogoś, kto uraził inną osobę. Emocje moralne są odpowiedzią na zaburzone uznanie wzajemne,

³ Apeluje o nią także M. Byczyński, *Spoleczne i instytucjonalne wymiary uznania.*, dz. cyt.

zaburzone relacje międzyludzkie, w których uczestniczymy z perspektywy pierwszo-, drugo- lub trzecioosobowej. Z tej przyczyny emocje moralne korespondują z systemem zaimków osobowych.

Po trzecie, emocje moralne odgrywają rolę nie tylko w stosowaniu norm moralnych, lecz także w ich tworzeniu. Empatia (...) jest najpierwszym emocjonalnym warunkiem wniknięcia w położenie i rolę drugiego człowieka i przyjęcia jego perspektywy. Rozpatrywanie czegoś z perspektywy moralnej zakłada, że nie podnosimy naszego własnego rozumienia świata do rangi uniwersalnego kryterium dla danego sposobu działania. Pozwalamy, by uniwersalność danego sposobu działania wystawiona została na próbę przez wszystkie inne osoby. Ta umysłowa zdolność nie byłaby możliwa bez sympatii, (...) bez otwarcia oczu na 'różnice' – innymi słowy, na zindywidualizowane i autonomiczne znaczenie innych osób, których odmienności nieustannie doświadczamy. (...) [emocje] z pewnością wyczulają nas na zjawiska moralne; i mają też udział w powstawaniu i stosowaniu norm”⁴.

Jeszcze jeden godny uwagi fragment świadczy o tym, że nie samą racjonalnością i instytucjami żyje i żyć może współczesny człowiek jako istota z jednej strony wrażliwa, a z drugiej wyczulona i zatroskana – także w kontekście tego, co sam sobie zgotował i nadal gotuje, nie bez związku z biomedycyną:

„Gdyby nie motywowało nas moralne poczucie zobowiązania i winy, wyrzutu i wybaczenia, gdyby moralny szacunek nie był dla nas wyzwoleniem, gdyby nie uszczęśliwiał nas solidarne wsparcie i gdyby nie przygnębiały nas moralne porażki, gdyby nie „przyjazny charakter” cywilizowanego rozwiązywania konfliktów i sprzeczności musielibyśmy – przynajmniej dziś tak sądzimy – odczuwać zamieszkałe przez ludzi uniwersum jako nie do zniesienia. W moralnej próżni, w formie, która nie znałaby już nawet moralnego cynizmu, nie byłoby warto żyć. Ten sąd wyraża po prostu 'impuls', każący nam przekładać istnienie godne człowieka nad chłód życia nietkniętego względami

⁴ J. Habermas, *Autonomy and Solidarity. Interviews with Jürgen Habermas*. Ed. and Introduced by P. Dews. Verso, London – New York 1985, s. 269–270.

moralnymi. (...) Przystosowaliśmy praktyki świata przeżywanego i politycznej wspólnoty do przesłanek praw człowieka i racjonalnej moralności, ponieważ one dają nam wspólną, niezależną od różnic światopoglądowych, podstawę istnienia godnego człowieka”⁵.

⁵ J. Habermas, *Przyszłość natury ludzkiej*, s. 81.

Bibliografia

- Alexy R., „A Discourse-Theoretical Conception of Practical Reason”, *Ratio Juris* 1992, vol. 5(3).
- Antoun J., Phillips F., Johnson T., “Post-Soviet Transition: Improving Health Services Delivery and Management”, *Mount Sinai Journal of Medicine*, vol. 78, 2011, s. 436–448.
- Apel K.-O., *Diskurs und Verantwortung. Das Problem des Übergangs zur Postkonventionellen Moral*, Suhrkamp, Frankfurt am Main 1992.
- Applbaum A. I., Tilburt J. C., Collins M. T., Wendler D., „A Family's Request for Complementary Medicine After Patient Brain Death,” *Journal of the American Medical Association*, vol. 299(18), 2008, s. 2188–2193.
- Austin J., *Mówienie i poznawanie*, tł. B. Chwedeńczuk. PWN, Warszawa 1993, s. 606.
- Austin W., “Relational Ethics in Forensic Psychiatric Settings”, *Journal of Psychosocial Nursing*, vol. 39(9), 2001, s. 12–17.
- Austin W., Bergum V., Nuttgens S., Peternelj-Taylor C., “A Re-visioning of Boundaries in Professional Helping Relationship: Exploring Other Metaphors”, *Ethics & Behavior*, vol. 16 (2), 2006, s. 77–94.
- Bae J.-M., „Shared Decision Making: Relevant Concepts and Facilitating Strategies”, *Epidemiology and Health*, vol. 39, 2017, #e2017048.
- Barilan Y. M., Brusa M., “Triangular Reflective Equilibrium: A Conscience-based Method for Bioethical Deliberation”, *Bioethics*, vol. 25(6), 2011, s. 304–319.
- Barilan Y.M., Brusa M., “Triangular reflective equilibrium: a conscience-based method for bioethical deliberation”, *Bioethics*, vol. 25(6), 2011, s. 304–319.
- Barrett B., Ricco J., Wallace M., Kiefer D., Rakel D., „Communicating Statin Evidence to Support Shared Decision-making”, *BMC Family Practice*, vol. 17(41), 2016.
- Barry C.A., Stevenson F.A., Britten N., Barber N., Bradley C.P., „Giving Voice to the Lifeworld. More Humane, More Effective Medical Care? A Qualitative Study of Doctor-Patient Communication in General Practice”, *Social Science and Medicine*, vol. 53, 2001, s. 487–505.
- Bauman Z., *Prawodawcy i tłumacze*, tł. A. Ceynowa, J. Giebułtowski. PAN, Warszawa 1998.
- Beauchamp T. L., Childress J. F., *Zasady etyki medycznej*, tł. W. Jacórzyński, Warszawa 1996.
- Benhabib S., “Critique, Norm and Utopia. A Study of the Formulation of Critical Theory”, w: D. M. Rasmussen (ed.), *Handbook of Critical Theory*. Blackwell Publishers, Oxford – Cambridge, Mass. 1996.
- Bergum V., Dossetor J., *Relational Ethics. The Full Meaning of Respect*, University Publishing Group, Hagerstown MD, 2005.

- Böhler D., *Verbindlichkeit aus dem Diskurs*, Karl Alber, Freiburg – München 2014.
- Boratyńska M., Konieczniak P., *Prawa pacjenta*, Wydawnictwo Difin SA, Warszawa 2001.
- Brännmark, J., „The Independence of Medical Ethics“, *Medicine, Health Care and Philosophy*, Vol. 1(22), 2019, s. 5–15.
- Brody H., „Świadoma zgoda w ramach podstawowej opieki zdrowotnej” w: W. Galewicz (red. naukowa), *Antologia bioetyki*, t. V, Universitas, Kraków, 2018. (oryg.: H. Brody, „Transparency: Informed Consent in Primary Care”, *Hastings Center Report*, vol. 19(5) 1989, s. 5-9.
- Bronfenbrenner U., “Toward an Experimental Ecology of Human Development”, *American Psychologist*, vol. 32, 1977, s. 513–531;
- Brown B. F., “Zgoda zastępcza na badania z udziałem osób w podeszłym wieku pozbawionych zdolności decyzyjnej” w: W. Galewicz, *Antologia bioetyki*, t. III: *Badania z udziałem ludzi*, Universitas, Kraków 2011, s. 281–294.
- Brunkhorst H., „Deliberative Politik – ein Verfahrensbegriff der Demokratie”, w: P. Koller, Ch. Hiebaum (Hgg.), *Jürgen Habermas: Faktizität und Geltung*, De Gruyter, Berlin – Boston 2016
- Brunkhorst H., Kreide R., Lafont C. (red. naukowa), *Habermas – Handbuch*, Verlag J. B. Metzler, Stuttgart 2009, s. 302–303.
- Brushwood D. B., “From Confrontation to Collaboration: Collegial Accountability and the Expanding Role of Pharmacists in the Management of Chronic Pain”, *The Journal of Law, Medicine & Ethics*, vol. 29(1), 2001, s. 69–93.
- Buchanan B., *Onto-Ethologies. The Animal Environments of Uexküll, Heidegger, Merleau-Ponty, and Deleuze*. Suny Press, New York – Albany 2008.
- Bujny J., *Prawa pacjenta. Między autonomią a paternalizmem*, C. H. Beck, Warszawa 2006.
- Bullock-Palmer R. P., Freeman A. M., Kontak A., Shaw L. J. I in, „Collegial Pressure and Patient-Centered Shared Decision-Making: A Case-based Ethics Discussion“, *Journal of Nuclear Cardiology*, vol. 22(5), 2015, s. 920–922.
- Burns A. L. J., Herbert-Read J. E., Morrell L. J., A. Ward A. J. W., “Consistency of Leadership in Shoals of Mosquitofish (*Gambusia holbrooki*) in Novel and in Familiar Environments”, *PLoS One*, vol. 7, 2012, #e36567.
- Byczyński M., *Společne oraz instytucjonalne wymiary uznania w teorii Axela Honnetha*, Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź 2021.
- Carel H., “Phenomenology and Its Application in Medicine”, *Theoretical Medical Bioethics*, vol. 32(1), 2011, s. 33–46.
- Cerderbom S. i in., “The Tensions between Micro-, Meso- and Macro-Levels: Physiotherapists’ Views of Their Role Towards Fall Prevention in the Community – a Qualitative study”, *BMC Health Services Research*, vol. 20, 2020, #97, s. 2–11.
- Cern K. M., „Jürgen Habermas’s Postconventional Contractarianism as Cosmopolitan Constitutionalism”, *Lingua Posnaniensis*, vol. LXI (1), 2018, s. 27–38.
- Cern K. M. „Pytanie o politykę prawa z perspektywy dyskursywnego modelu władzy”, w: G. Króliczak, K. Łastowski, Ł. Przybylski, P. Przybysz, M. Urbański (red. naukowa), *Filozof w*

krainie umysłów. Profesorowi Andrzejowi Klawiterowi w darze, Wydawnictwo Naukowe Wydziału Nauk Społecznych UAM, Poznań 2018.

Cern K. M., *The Counterfactual Yardstick. Normativity, Self-Constitutionalisation and the Public Sphere*, Peter Lang Edition, Frankfurt am Main 2014.

Charles C., Gafni A., Whelan T., “Co to znaczy, że pacjent i lekarz wspólnie podejmują decyzję? (Czyli do tanga trzeba dwojga)”, w: W. Galewicz, *Antologia bioetyki*, t. V: *Prawo, poufność, autonomia – problemy informacji w etyce medycznej*, Universitas, Kraków 2018, s. 131–156.

Chrobak K., „O faktach instytucjonalnych”, *Diametros*, vol. 28, 2011, s. 20–31.

Chyrowicz B., *Bioetyka: anatomia sporu*, Wydawnictwo Znak, Kraków 2015.

Chyrowicz B., *Metody bioetyki*, w: J. Różyńska, W. Chańska (red. naukowa), *Bioetyka*, Wolters Kluwer Polska, Warszawa 2013.

Cioffi J., “Decision Making: Towards a Holistic for the Clinical Context”, *Academic Letters*, August 2021. doi.org/10.20935/AL3325.

Coggon J., Miola J., “Autonomy, Liberty, and Medical Decision-Making”, *The Cambridge Law Journal*, vol. 70(3), 2011. s. 523–547.

Daniels N., “Health-Care Needs and Distributive Justice”, *Philosophy and Public Affairs*, vol. 10, 1981, s. 146–179.

Daniels N., „Wide Reflective Equilibrium and Theory Acceptance in Ethics”, *Journal of Philosophy*, vol. 76, 1979, s. 256–282.

Daniels N., *Justice and Justification: Reflective Equilibrium in Theory and Practice*, Cambridge University Press, Cambridge 1996.

Davis M., Stark A., *Conflicts in Rulemaking: Hard Cases and Bad Law. Conflict of Interest in the Professions*, Oxford, Oxford University Press 2001.

de Vries M., van Leeuwen E., “Reflective Equilibrium and Empirical Data: Third Person Moral Experiences in Empirical Medical Ethics”, *Bioethics*, vol. 24(9), 2010, s. 490–498.

Deschenes S., Kunyk D., „Situating Moral Distress within Relational Ethics”, *Nursing Ethics*, vol. 27(3), 2020, s. 767–777;

Devettere J., *Practical Decision Making in Health Care Ethics: Cases and Concepts*, Georgetown University Press, Washington D.C. 2010.

Dukiet-Nagórska T., „Świadoma zgoda pacjenta w ustawodawstwie polskim”, *Prawo i Medycyna*, nr 6-7, 2000.

Dukiet-Nagórska T., *Autonomia pacjenta a polskie prawo karne*, Wolters Kluwer, Warszawa 2008.

Dworkin R., „Hard Cases”, *Harvard Law Review*, vol. 88, 1975, s. 1057–1109.

Edgar A., *Habermas. The Key Concepts*, Routledge, New York 2006.

Edwards A., Elwyn G., *Evidence-based Patient Choice: Inevitable or Impossible?* Oxford University Press, Oxford, UK, 2001.

Eichelberger W., Stanisławska I. A., *Być lekarzem, być pacjentem: rozmowy o psychologii relacji*, Wydawnictwo Czarna Owca, Warszawa 2013.

Eilstein H., „Uwagi o aksjologii scjentyzmu”, w: E. Chmielecka, J. Jedlicki, A. Rychard (red. naukowa), *Idealy nauki i konflikty wartości. Studia złożone w darze Profesorowi Stefanowi Amsterdamskiemu*, Wyd. IFiS, Warszawa 2005.

Elif Ekmeci P., Arda B., „Enhancing John Rawls's Theory of Justice to Cover Health and Social Determinants of Health“, *Acta Bioethica*, vol. 21(2), 2015, s. 227–236;

Elwyn G., Frosch D., Thomson R., Joseph-Williams N., Lloyd A., Kinnersley P., Cording E., Tomson D., Dodd C., Rollnick S., Edwards A., Barry M., „Shared Decision Making: A Model for Clinical Practice”, *Journal of General Internal Medicine*, vol. 27(10), 2012, s. 1361.

Emanuel E. J., Emanuel L. L., „Vier Modelle der Arzt-Patient Beziehung“, w: U. Wiesing (red. naukowa), *Ethik in der Medizin*, Reclam, Stuttgart 2004.

Engelhart H. T., *The Foundations of Bioethics*, Oxford University Press, New York 1986.

Engle Merry S., „Human Rights and Gender Violence: Translating International Law into Local Justice”, University of Chicago Press, Chicago IL 2006.

Eriksson M. i in., „Different Uses of Bronfenbrenner's Ecological Theory in Public Mental Health Research: What Is Their Value for Guiding Public Mental Health Policy and Practice?”, *Soc. Theory Health*, vol. 16, 2018, s. 414–433.

Evans M., Bergum V., Bamforth S., MacPhail S., „Relational Ethics and Genetic Counseling”, *Nursing Ethics*, vol. 11 (5), 2004, s. 462–463.

Faden R., Beauchamp T.L., *A History and Theory of Informed Consent*, Oxford University Press, New York, 1986.

Fiester A., „Neglected Ends: Clinical Ethics Consultation and the Prospects for Closure”, *The American Journal of Bioethics*, vol. 15(1), 2015, s. 29–36.

Filar M., Krześ S., Marszałkowska-Krześ E., Zaborowski P. (red. naukowa), *Odpowiedzialność lekarzy i zakładów opieki zdrowotnej*, LexisNexis, Warszawa 2004.

Fournier V., Rari E., Førde R., Neitzke G., Pegoraro R., Newson A. J., „Clinical Ethics Consultation in Europe: A Comparative and Ethical Review of the Role of Patients“, *Clinical Ethics*, vol. 4(3), 2009, s. 131–138.

Frankl V. E., *Homo patiens*, Instytut Wydawniczy PAX, Warszawa 1971.

Freeman J., Audia P., „Community Ecology and the Sociology of Organizations”, *Sociology*, vol. 32, 2006, s. 145–169.

Frosch D. L., Kaplan R. M., „Shared Decision Making in Clinical Medicine: Past Research and Future Directions”, *American Journal of Preventive Medicine*, vol. 17(4), 1999.

Gadow S., „Existential Ecology: The Human/Natural World”, *Social Science and Medicine*, vol. 35(4), 1992, s. 597–602.

Gadow S., „Relational Narrative: The Postmodern Turn in Nursing Ethics”, *Scholarly Inquiry for Nursing Practice: An International Journal*, vol. 13(1), 1999, s. 57–70.

- Galewicz W. (red. naukowa), *Antologia bioetyki*, t. V: *Prawda, poufność, autonomia – problemy informacji w etyce medycznej*, Universitas, Kraków 2018.
- Galewicz W. (red. naukowa), *Etyczne i prawne granice badań naukowych*, Universitas, Kraków 2009.
- Galewicz W. (red. naukowa), *Moralność i profesjonalizm: spór o pozycje etyk zawodowych*, Universitas, Kraków 2010.
- Galewicz W., *Dobro i sprawiedliwość w opiece zdrowotnej*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2018.
- Gebbie K., Rosenstock L., Hernandez L. M. (eds.), *Who Will Keep the Public Healthy? Educating Public Health Professionals for the 21st Century*, The National Academies Press, Washington D.C. 2003.
- Sobo E. J., Loustaunau O., *The Cultural Context of Health, Illness and Medicine*, Praeger, Santa Barbara – Denver – Oxford UK 2010.
- Gehlen A., *Urmensch und Spätkultur*, Sammlung Aula Verlag, Wiesbaden 1986.
- Gillespie A. i in., “Beyond Ideal Speech Situations: Adapting to Communication Asymmetries in Health Care”, *Journal of Health Psychology*, vol. 19(1), 2013, s. 72–78.
- Goldsand G., „Pursuing Reflective Equilibrium When Hospital Patients Smoke“, *Healthcare Management Forum*, vol. 32(1), 2019.
- Gómez-Vírseda C., de Maeseneer Y., Gastmans C., „Relational Autonomy in End-of-life Care Ethics: A Contextualized Approach to Real-Life Complexities“, *BMC Medical Ethics*, vol. 30/21(1), 2020.
- Granero-Molina J. i in., “Habermasian Knowledge Interests: Epistemological Implications for Health Sciences”, *Nursing Philosophy*, vol. 16(2), 2015, s. 77–86.
- Grover S. M., “Shaping Effective Communication Skills and Therapeutic Relationships at Work: The Foundation of Collaboration”, *American Association of Occupational Health Nurses Journal*, vol. 53(4), 2005, s. 177–182.
- Haan M. M., van Gurp J. L. P., Naber S. M. i in., „Impact of Moral Case Deliberation in Healthcare Settings: A Literature Review“, *BMC Medical Ethics*, vol. 19(85), 2018.
- Habermas J., „Erläuterungen zur Diskursethik“, w: tegoż, *Erläuterungen zur Diskursethik*, 6. Aufl. Suhrkamp, Frankfurt am Main 2015.
- Habermas J., *Faktyczność i obowiązki. Teoria dyskursu wobec zagadnień prawa i demokratycznego państwa prawnego*, tł. A. Romaniuk, R. Marszałek. Wydawnictwo Naukowe Scholar, Warszawa 2005.
- Habermas J., *Działanie komunikacyjne i detranscendentalizacja rozumu*, tł. W. Lipnik. Oficyna Naukowa, Warszawa 2004.
- Habermas J., *Wahrheit und Rechtfertigung*, Suhrkamp, Frankfurt am Main 2004.
- Habermas J. *Przyszłość natury ludzkiej. Czy zmierzamy do eugeniki liberalnej?*, tł. M. Łukasiewicz. Wydawnictwo Naukowe Scholar, Warszawa 2003.
- Habermas J., *Truth and Justification*, The MIT Press, Cambridge 2003.

Habermas J., *Teoria działania komunikacyjnego*, t. II. Tł. A. M. Kaniowski. PWN, Warszawa 2002.

Habermas J., *Justification and Application. Remarks on Discourse Ethics*, The MIT Press, Cambridge 2001.

Habermas J., *Filozoficzny dyskurs nowoczesności*, tł. M. Łukasiewicz. Universitas, Kraków 2000.

Habermas J., "Vorbereitende Bemerkungen zu einer Theorie der kommunikativen Kompetenz", w: J. Habermas, N. Luhmann, *Theorie der Gesellschaft oder Sozialtechnologie*, 10. Aufl. Suhrkamp, Frankfurt am Main 1990 (oryg. 1971).

Habermas J. "Handlungen, Sprechakte, sprachlich vermittelte Interaktionen und Lebenswelt", w: tegoż, *Nachmetaphysisches Denken: philosophische Aufsätze*, Suhrkamp, Frankfurt am Main 1988.

Habermas J., *Nachmetaphysisches Denken*, Suhrkamp, Frankfurt am Main 1988.

Habermas J., „Pojęcie działania komunikacyjnego”, tł. A. M. Kaniowski, *Kultura i Społeczeństwo*, t. XXX, nr 3, 1986.

J. Habermas, *Autonomy and Solidarity. Interviews with Jürgen Habermas*. Ed. and Introduced by P. Dews. Verso, London – New York 1985.

Habermas J., *Moralbewußtsein und kommunikatives Handeln*, Suhrkamp, Frankfurt am Main 1983.

Habermas J., *Theorie und Praxis*, Suhrkamp, Frankfurt am Main 1982.

Habermas J., "What Is Universal Pragmatics", w: tegoż, *Communication and the Evolution of Society*, Beacon Press, Boston 1979.

Habermas J. "Was heißt Universalpragmatik", w: K.-O. Apel (Hg.), *Sprachpragmatik und Philosophie*, Suhrkamp, Frankfurt am Main 1976.

Habermas J., „Towards a Theory of Communicative Competence”, *Inquiry: An Interdisciplinary Journal of Philosophy*, vol. 13(1/4), 1970.

Hage T. W., Rø Ø., Moen A., "Do You See What I Mean? Staff Collaboration in Eating Disorder Units During Mealtimes", *BMC Nursing*, vol. 20(16), 2017.

Hartman J., „Bioetyka a teorie etyczne”, w: J. Różyńska, W. Chańska (red. naukowa), *Bioetyka...*, s. 47–56 (op. cit.).

Hartman J., *Bioetyka dla lekarzy*, Oficyna a Wolters Kluwer Business, Warszawa 2009.

Hedrick T., *Rawls and Habermas*, Stanford University Press, Stanford 2010.

Heidenreich K., Bremer A., Materstvedt L. J. i in., „Relational Autonomy in the Care of the Vulnerable: Health Care Professionals' Reasoning in Moral Case Deliberation (MCD)”, *Medicine, Health Care and Philosophy*, vol. 21, 2018, s. 467–477.

Helkama K., "Change in Moral Judgment in Medical School: The Role of Hierarchy," w: E. Nowak, D. E. Schrader, B. Zizek (red. naukowa), *Educating Competencies for Democracy*, Peter Lang Editions, Frankfurt am Main – Bern – New York 2013, s. 97–102.

Hick Ch (Hg.), *Klinische Ethik. Unter Mitarbeit von Michael Gommel, Andrea Ziegler und Peter W. Gaidzik*. Springer Verlag, Heidelberg 2007.

- Hippocrates, *Opera omnia*, Lipsk 1892, vol. II, tł. G. Piańkówna, K. Kreyslerowa, uzupeł. i skonsultowany przez A. Świderkównę.
- Hoare D. J. i in., "Context-Dependent Group Size Choice in Fish", *Animal Behaviour*, vol. 67, 2004, s. 155–164.
- Hodge S. M., "Competence, Identity, and Intersubjectivity. Applying Habermas's Theory of Communicative Action to Service User Involvement in Mental Health Policy Making", *Social Theory & Health*, vol. 3(3), 2005, s. 165–182.
- Holmes-Rovner M. "International Collaboration in Shared Decision-making: The International Shared Decision Making (ISDM) Conference History and Prospects", *Patient Education and Counseling*, vol. 73(3), 2008, s. 402–406.
- Hołub G., *Osoba w labiryncie decyzji moralnych: bioetyka w perspektywie personalistycznej*, Wydawnictwo św. Stanisława BM, Kraków 2014.
- Honneth A., „Reality or Appearance of Ethical Life?”, *Ethics in Progress*, Vol. 1(13) 2022, s. 10–23.
- Honneth A., *Das ich im Wir. Studien zur Anerkennungstheorie*, Suhrkamp, Frankfurt am Main 2010.
- Hoogland J., Jochemsen H., „Professional Autonomy and the Normative Structure of Medical Practice”, *Theoretical Medicine*, vol. 21, 2000, s. 457–475.
- Hvidt E. A., Pedersen L. B., Lykkegaard J. i in., "A Colonized General Practice? A Critical Habermasian Analysis of How General Practitioners Experience Defensive Medicine in Their Everyday Working", *Life Health*, vol. 25(2), 2021, s. 141–158; e-pub 2019, s. 1–18.
- Jahr F., Bio-Ethik in ihren Beziehungen zueinander, Ethik. Sexual- und Gesellschaftsethik. Organ des Ethikbundes' 1928, vol. 4, nr 6/7, s. 100-102.
- Janiszewska B. (b/t), w: *Instytucje prawa medycznego*. System prawa medycznego, t. I (red. naukowa M. Safjan, L. Bosek). C. H. Beck, Warszawa 2017.
- Janiszewska B., „Obowiązek informacyjny a odmowa zgody na hospitalizację (Uwagi na tle wyroku Sądu Najwyższego z 23.11.2007, IV CSK 240/07)", *Prawo i Medycyna* 2009, nr 2.
- Jennings B., „Relational Ethics for Public Health: Interpreting Solidarity and Care“, *Health Care Analysis*, vol. 27(1), 2019, s. 4–12.
- Jerit J., Barabas J., Scott C., "Comparing Contemporaneous Laboratory and Field Experiments on Media Effects", *Public Opinion Quarterly*, vol. 77, 2013, s. 256–282.
- Jolles Jolle J. W., Laskowski K. L., Boogert N. J., Manica A., "Repeatable Group Differences in the Collective Behaviour of Dickleback Shoals Across Ecological Contexts", *Proceedings of the Royal Society*, 2018, #B.2852017262920172629.
- Jonsen A. R., Siegler M., Winslade W. J., *Clinical Ethics: A Practical Approach to Ethical Decisions in Clinical Medicine*, 6th ed. McGraw – Hill, New York 2006.
- Jonsen A. R., *A Short History of Medical Ethics*, Oxford University Press, USA, 2000.
- Juchacz P. W., *Deliberatywna ilozioia publiczna. Analiza instytucji wysłuchania publicznego w Sejmie Rzeczypospolitej Polskiej z perspektywy systemowego podejścia do demokracji deliberatywnej*, Poznań: Instytut Filozofii UAM, 2015.

Juchacz P. W., „Perswazja i przymus. Analiza filozoficzna pierwszej sceny *Politei* Platona”, *Principia*, Vol. XXXVII-XXXVIII, 2004, s. 195–203.

Kaesler D., „'Religiös unmusikalisch'. Anmerkungen zum Verhältnis von Jürgen Habermas zu Max Weber“, *Literaturkritik.de*, Nr. 6, Juni 2009, URL: <https://literaturkritik.de/id/13142>.

Kalisz A., *Mediacja jako forma dialogu w stosowaniu prawa*, Difin, Warszawa 2016.

Kaniowski A. M., Wstęp „Rehabilitacja i transformacja...”, w: J. Habermas, *Teoria działania komunikacyjnego*, t. I (op. cit.).

Kapoor I., „Deliberative Democracy or Agonistic Pluralism? The Relevance of the Habermas-Mouffe Debate for Third World Politics”, *Alternatives* (Special Issue: *Global, Local, Political*), Vol. 27(4), 2002, s. 459–487.

Kashev Z., „To Treat Or Not To Treat: Making the Tough Medical Decisions with Patients”, *Yale News* z 13.01.2016. URL: <https://news.yale.edu/2016/01/13/treat-or-not-treat-making-tough-medical-decisions-patients>.

Kersting W., *Gerechtigkeit und Medizin*, Wissenschaftsverlag Bachem, Köln 1995.

Kessler H., „Die philosophische Diskursethik und das Ulmer Modell der Ethikseminare“, *Ethik in der Medizin*, vol. 15, 2003, s. 258–267.

Kettner M., „Miseren des Krankenhauses, institutionelle Pathologien und klinische Organisationsethik”, *Ethik in der Medizin*, vol. 33, 2021, s. 159–173.

Kettner M., Kraska M., „Kompensation von Arzt-Patient-Asymmetrien im Rahmen einer Theorie kommunikativen Handelns”, w: J. Vollmann, J. Schildmann, A. Simon (Hgg.), *Klinische Ethik. Aktuelle Entwicklungen in Theorie und Praxis*, Campus Verlag, Frankfurt am Main – New York 2009.

Khaund R., „Collaboration and Collegiality: The Fuel for Growth in Sports Medicine”, *The Rhode Island Medical Society*, vol. 4/99(10), 2016.

Kloc-Konkołowicz J., *Anerkennung als Verpflichtung*, Königshausen & Neumann, Würzburg 2015.

Kmiecik B., „Poszanowanie prywatności pacjenta szpitala psychiatrycznego – kontekst prawny, etyczny oraz społeczny”, *Psychiatria i Psychologia Kliniczna*, nr 10(1), 2010.

Knight K., „Who Is the Patient? Tensions between Advance Care Planning and Shared Decision-making”, *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, vol. 25(6), 2019, s. 1217–1225.

Kodeks Etyki Lekarskiej Naczelnej Izby Lekarskiej:
https://www.nil.org.pl/_data/assets/pdf_file/0003/4764/Kodeks-Etyki-Lekarskiej.pdf
(Dostęp: 2.06.2019).

Kotzee B. i in., „Virtue in Medical Practice: An Exploratory Study”, *HEC Forum* 2016, 24 August, Springer.

Kramsztyk Z., „Czy medycyna jest nauką, czy sztuką?” *Gazeta Lekarska* 1895, nr 42/43.

Kubiak R., „Przywilej terapeutyczny”, *Medycyna Paliatywna*, 2017, nr 9(1), s. 12–20.

- Kuhse H., Singer P., "What is bioethics? A historical introduction" w: H. Kuhse, P. Singer (ed.), *A Companion to Bioethics*, Blackwell Publishers, USA 1998.
- Laine C., Davidoff F., „Patient-centered Medicine. A Professional Evolution“, *Journal of the American Medical Association*, vol. 10/275(2), 1996, s. 152–156.
- Lambert T. W., Soskolne C. L., Bergum V., Howell J., Dossetor J. B., "Ethical Perspectives for Public and Environmental Health: Fostering Autonomy and the Right to Know", *Environmental Health Perspectives*, vol. 111(2), 2003, s. 134.
- Leanza Y., Boive I., Rosenberg E., "The Patient's Lifeworld: Building Meaningful Clinical Encounters Between Patients, Physicians and Interpreters", *Communications Medicine*, vol. 10(1), 2010, s. 13–25.
- Lee P. R., Emmott C., „Health-care System“, w: W. T. Reich (red. naukowa), *Encyclopedia of Bioethics*, Collier MacMillan Publishers, London 1978.
- Levy R., Orr G., *The Law of Deliberative Democracy*, Routledge, New York 2017.
- Lievrouw A., „Moral Distress among Doctors and Nurses in Multidisciplinary Cancer Care: A Qualitative Interview Study“, *International Psycho-Oncology Society Conference*, vol. 233, 2014, s. 272–273.
- Lind G., "Moral Regression in Medical University Students and Their Learning Environment," *Revista Brasileira de Educação Médica*, vol. 24(3), 2000, s. 24–33.
- Luhmann N., „Der medizinische Code“, w: tegoż (Hgg.), *Soziologische Aufklärung. Konstruktivistische Perspektiven*, Westdeutscher Verlag, Opladen 1990.
- Łuków P., „Prawo medyczne a bioetyka i etyka lekarska“, w: E. Zielińska, R. Kubiak, L. Kubicki (red. naukowa), *Pojęcie, źródła i zakres prawa medycznego*. Warszawa, Wolters Kluwer 2018, s. 60–61.
- Łuków P., *Granice zgody: autonomia zasad i dobro pacjenta*, Wydawnictwo Naukowe SCHOLAR, Warszawa 2005.
- Makara-Studzińska M., *Komunikacja z pacjentem*, Wydawnictwo Czelej, Lublin 2012.
- Malitowska A., *Etyka usług profesjonalnych*, Oficyna Wydawnicza Epigram, Bydgoszcz 2014.
- Malitowska A., *Filozofia i paso doble*, Wydawnictwo Poznańskiego Towarzystwa Przyjaciół Nauk, Poznań 2021.
- Malterud K., „The Legitimacy of Clinical Knowledge: Towards a Medical Epistemology Embracing the Art of Medicine“, *Theoretical Medicine*, vol. 16, 1995, s. 183–198.
- Mann R. P., "Collective Decision Making by Rational Individuals", *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, vol. 115(44), 2018, s. 10387–10396.
- Mann R. P., Jolyon F., Sumpter D. J. T., Krause J., "The Dynamics of Audience Applause", *Journal of Royal Social Interface*, vol. 10(85), 2013, #102013046620130466D.
- Marcinowicz M., Chlabicz S. (red. naukowa), *Jak skutecznie rozmawiać z pacjentem i jego rodziną? Praktyka lekarza rodzinnego*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2014.
- McCreadie C., "Rawlsian Justice and the Financing of the National Health Service", *Journal of Social Policy*, vol. 5, 1976, s. 113–131;

Mendes R., Martins S., Fernandes L., “Adherence to Medication, Physical Activity and Diet in Older Adults with Diabetes: Its Association with Cognition, Anxiety and Depression”, *Journal of Clinical Medical Research*, 2019, vol. 11(8), s. 583–592.

Michałowska K., „Informowanie pacjenta w polskim prawie medycznym”, *Prawo i Medycyna* 2003, nr 13.

Michalsen A., Long A. C., DeKeyser G. F., White D. B., Jensen H., Metaxa V., Hartog C. S., Latour J. M., Truog R. D., Kesecioglu J., Mahn A. R., Curtis J. R., „Interprofessional Shared Decision-making in the ICU: A Systematic Review and Recommendations from an Expert Panel“, *Critical Care Medicine*, vol. 47(9), 2019, s. 1258–1266;

Moskop J. C., “Rawlsian Justice and a Human Right to Health Care”, *Journal of Medicine and Philosophy*, vol. 8, 1983, s. 329–338.

Napiwodzka K., „The Shared Decision-making Model and Practical Discourse to Foster the Appreciation of Patients’ Value preferences in Polish Healthcare”, w: J. Schildmann, Ch. Buch, J. Zerth (Hgg.), *Defining the Value of Medical Interventions: Normative and Empirical Challenges*, Kohlhammer, Stuttgart 2021, s. 135–165.

Napiwodzka K., „Communicative Action and Practical Discourse to Empower Patients in Healthcare-Related Decision Making”, *Acta Universitatis Lodziensis. Folia Philosophica. Ethica-Aesthetica-Practica*, vol. (38), 2021, s. 81–99. doi: 10.18778/0208-6107.38.04.

Narodowa Komisja Ochrony Osób Uczestniczących w Badaniach Biomedycznych Behawioralnych (USA), *Raport belmoncki: Etyczne zasady i wytyczne dotyczące badań z udziałem ludzi*, w: W. Galewicz, *Antologia bioetyki*, t. III: *Badania z udziałem ludzi*, s. 69-82.

Neitzke G., „Interprofessioneller Ethikunterricht /Interprofessional Education in Clinical Ethics”, *GMS Zeitschrift für Medizinische Ausbildung-Journal for Medical Education* 2005, vol. 22(2), bez paginacji.

Nesterowicz M., *Prawo medyczne. Komentarze i glosy do orzeczeń sądowych*, Wolters Kluwer, Warszawa 2011.

Newton-Howes G., Pickering N., Young G., “Authentic Decision-Making Capacity”, *Clinical Ethics*, vol. 14(4), 2019, s. 173–177.

NICE. “Wytyczne NICE. Postępowanie w nadciśnieniu tętniczym u dorosłych w podstawowej opiece zdrowotnej”, *Nadciśnienie Tętnicze* 2006, vol. 10(4), s. 307–324.

Nichols P., “Wide Reflective Equilibrium as a Method of Justification in Bioethics,” *Theoretical Medicine and Bioethics*, vol. 33(5), 2012, s. 325–341;

NN, „Putnam, Habermas und Joas über Werte und Normen”, *Information Philosophie*. URL: <https://www.information-philosophie.de/?a=1&t=9081&n=2&y=2&c=99>.

Nowak E., “Normative Dissonance vs. the Order of Argumentation”, w: tejże, *Experimental Ethics. A Multidisciplinary Approach*, LIT Verlag, Berlin 2013.

Nowak E., “What Is Moral Competence and Why Promote It”, *Ethics in Progress*, vol. 7(1), 2016. <https://doi:10.14746/eip.2016.1.18>.

Nowak E., Barciszewska A.-M., Napiwodzka K., „Diversity-Sensitive Health Care Delivery Across Poland’s Clinical Landscapes” (2022, w druku).

Nowak E., Barciszewska A.-M., Lind G., Hemmerling K., Kukolja S., „Giving Moral Competence High Priority in Medical Education. New MCT-based Research Findings from the Polish Context”, *Ethics in Progress*, vol. 12(1), 2021, s. 104–133. <https://doi.org/10.14746/eip.2021.1.9>.

Nowak E., Mazur P., "How Moral Judgment Competence Fosters Discretionary Powers: A Dilemmatic Approach", w: M. Zirk-Sadowski, B. Wojciechowski, R. Hauser (eds.), *Common European Constitutional Culture*, Peter Lang Publishers, Bern – Frankfurt am Main – Bruxelles – Oxford – Warszawa – Vienna – New York, s. 117–134.

Olejniczak M., *Bioetyka cnót*, Wydawnictwo Naukowe Katedra, Gdańsk, 2017.

Oprea L., An Analytic Approach Review of the Doctor-Patient Relationship (part II), *Romanian Journal of Bioethics*, vol 7(3), 2009, s. 142–153.

Orr Z., Unger S., Finkelstein A., „The Challenges and Dilemmas of Local Translators of Human Rights: The Case of Disability Rights among Jewish Ultra-Orthodox Communities”, *Journal of Human Rights*, vol. 20(3), 2021, s. 339–355.

Osińska K., *Dorobek etyczny medycyny*, w: *Refleksje nad etyką lekarską*, Wydawnictwo Archidiecezji Warszawskiej, Warszawa 1992.

Ostrzyżek A., Marcinkowski J. T., „Biomedyczny versus holistyczny model zdrowia a teoria i praktyka medyczna”, *Problemy Higieny i Epidemiologii*, vol. 93, 2012, s. 682–686.

Pandya A., Ron J., “Local Resources for Local Rights? The Mumbai Fundraiser’s Dilemma”, *Journal of Human Rights*, vol. 16(3) 2017, s. 370–387.

Parsons T., *The Social System*, Psychology Press, Routledge 1951.

Pellegrino E. D., „The Metamorphosis of Medical Ethics. A 30-year Retrospective”, *Journal of the American Medical Association*, vol. 3/269(9), 1993, s. 1158–1162.

Pellegrino E. D., ”The Expansion and Contraction of ‘Discretionary Space’”, *Priorities for the Use of Resources in Medicine, National Institutes of Health, DHEW Publication*, vol. 77–1288, 1977, s. 99–112.

Perna A., Granovskiy B., Garnier S. i in. „Individual Rules for Trail Pattern Formation in Argentine Ants (*Linepithema humile*)”, *PLOS Computational Biology*, vol. 8(7), 2012, e1002592.

Pieniążek M., „Zagadnienie kodyfikacji etyki lekarskiej wobec doświadczeń etyki prawniczej i etyki biznesu”, *Państwo i Społeczeństwo*, vol. 8(3), 2008, s. 127–154.

Politi M. C., Wolin K., Légaré F., „Implementing Clinical Practice Guidelines about Health Promotion and Disease Prevention through Shared Decision Making”, *Journal of General Internal Medicine*, vol. 28(6), 2013, s. 838–844.

Pollard Ch. L., “What Is the Right Thing To Do: Use of a Relational Ethic Framework to Guide Clinical Decision-making”, *International Journal of Caring Sciences*, vol. 8(2)2015, s. 362–368.

Potter V. R., *Bioethics Bringe to the Future*, Englewood Cliffs, **N. J. Prentice-Hall**, 1971.

Potter V. R., „Bioethics, Science of Survival”, *Biology and Medicine*, vol. 14, 1970, s. 127–153.

- Quenot F. i in., "What Are the Ethical Aspects Surrounding the Collegial Decisional Process in Limiting and Withdrawing Treatment in Intensive Care?", *Annals of Translational Medicine*, vol. 5 (Suppl. 4), 2017.
- Radbruch G., *Filozofia prawa*, tł. E. Nowak, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2008.
- Ramsey P., *Pacjent jest osobą*, Instytut Wydawniczy PAX, Warszawa 1997.
- Rawls J., "Outline for a Decision Procedure for Ethics", *The Philosophical Review*, vol. 60(2), 1951.
- Rawls J., *Teoria sprawiedliwości*, tł. M. Panufnik, J. Pasek, A. Romaniuk. PWN, Warszawa 1994.
- Rawls J., *Justice as Fairness: A Restatement*, Harvard University Press, Cambridge 2001.
- Rawls J., *Liberalizm polityczny*, tł. A. Romaniuk. PWN, Warszawa 2012.
- Rest J. R., Narvarez D. (eds.), *Moral Development in the Professions: Psychology and Applied Ethics*, Lawrence Erlbaum Associates Publishers, New Jersey 1994.
- Roberts M., „Embodied Ethical Decision-Making: A Clinical Case Study of Respect for Culturally Based Meaning Making in Mental Healthcare”, *American Journal of Dance Therapy*, 2021, s. 1–28.
- Rodney R., Burgess M., Phillips C., McPherson G., Brown H., "Our Theoretical Landscape: A Brief History on Health Care Ethics", w: J. Storch, P. Rodney, R. Starzomski (red. naukowa), *Toward a Moral Horizon: Nursing Ethics for Leadership and Practice*. Pearson Education Canada, Toronto 2012, s. 59–79.
- Ron A., „Rawls as a Critical Theorist. Reflective Equilibrium After the Deliberative Turn“, *Philosophy & Social Criticism*, vol. 32(2), 2006.
- Rothman D. J., *Strangers at the Bedside. History of How Law and Bioethics Transformed Medical Decision Making*, Basic Books, USA 1991.
- Różyńska J., Czarkowski M. (red. naukowa), *Świadoma zgoda na udział w eksperymencie medycznym. Poradnik badacza*, Naczelna Izba Lekarska, Warszawa 2008.
- Różyńska J., Łuków P., "Narodziny i natura bioetyki" w: J. Różyńska, W. Chańska (red. naukowa), *Bioetyka*, Wolters Kluwer, Warszawa 2013.
- Rzyska K., „Klauzula sumienia lekarzy a trudny przypadek prawa”, *Acta Universitatis Lodzensis. Folia Iuridica*, nr 79, 2017, s. 9–19.
- Safjan M., *Prawo i medycyna*, Oficyna Naukowa, Warszawa 1998.
- Sasz T. S., Hollender M. H., "The Basic Models of the Doctor-Patient Relationship", *Archives of Internal Medicine*, vol. 97, 1956, s. 585–592.
- Scambler G. (ed.), *Habermas, Critical Theory and Health*, Routledge, London – New York 2001.
- Scambler G., "Jürgen Habermas: Health and Healing Across the Lifeworld-system Divide", w: *The Palgrave Handbook of Social Theory in Health, Illness and Medicine*, 2015, s. 355–369.

Scambler G., Britten N., "System, Lifeworld and Doctor–Patient Interaction: Issues of Trust in a Changing World", w: G. Scambler (red. naukowa), *Habermas, Critical Theory and Health*. Routledge, London – New York 2001.

Schumann J., Alfandre D., „Clinical Ethical Decision Making. The Four Topic Approach“, *Seminars in Medical Practice*, vol. 11, 2008, s. 36–42.

Searle J., *The Construction of Social Reality*, The Penguin Press, Allen Lane, London 1995.

Selman R. L., *The Growth of Interpersonal Understanding*, Academic Press, New York 1980.

Siemek M. J., *Inedita*. Red. naukowa E. Nowak, Wydawnictwa Uniwersytetu Warszawskiego, Warszawa 2020.

Silvermann J., Kurtz S., Draper J., *Umiejętności komunikowania się z pacjentami*, PWN, Warszawa 2021.

Sokol D. K., "The 'Four Quadrants' Approach to Clinical Ethics Case Analysis; An Application and Review", *Journal of Medical Ethics*, vol. 34, 2008, s. 513–516.

Somek A., „Zur Rekonstruktion des Rechts (2): Die Prinzipien des Rechtsstaates“, w: P. Koller, Ch. Hiebaum (Hgg.), *Jürgen Habermas: Faktizität und Geltung*, De Gruyter, Berlin – Boston 2016.

Sommovilla J., Kopecky K. E., Campbell T., "Discussing Prognosis and Shared Decision-making", *Surgical Clinics of North America*, vol. 99(5), 2019, s. 849–858;

Sponholz G., Allert G., Keller F., Meier-Allmendinger D., Baitsch H., „Das Ulmer Modell medizinethischer Lehre. Sequenzierte Falldiskussion für die praxisnahe Vermittlung von medizinethischer Kompetenz (Ethikfähigkeit)“, *Zentrum für Medizinische Ethik, Medizinethische Materialien*, vol. 121, 1999, s. 1–40.

Sponholz G., Baitsch H., Allert G., „Das Ulmer Modell der diskursiven Fallstudie. Entwicklungen und Perspektiven der Lehre in Ethik in der Medizin“, *Zeitschrift der Medizinischen Ethik*, vol. 50(1), 2004, s. 82–87.

Stanfield L. M., „Clinical Decision Making in Triage. An Integrative Review“, *Journal of Emergency Nursing*, vol. 41(5), 2015, s. 396–403.

Steger F., „Traumatisierung durch psychische Gewalterfahrung infolge nicht akzeptierter und damit diskriminierter Homosexualität. Anmerkungen zu gestern und heute“, *Trauma und Gewalt*, vol. 4(2), 2010, s. 2–10.

Steger F., *Die Medizin von heute ist der Irrtum von morgen. Scharfzüngige Gedanken zur Medizin*, Marix Verlag, Wiesbaden 2017.

Stevenson F., Scambler G., "The Relationship between Medicine and the Public: The Challenge of Concordance", *Health. An Interdisciplinary Journal for Social Study of Health, Illness & Medicine*, vol. 9(1), 2005, s. 5–21.

Strong C., "Theoretical and Practical Problems with Wide Reflective Equilibrium in Bioethics," *Theoretical Medical Bioethics*, vol. 31(2), 2010, s. 123–140.

Sulmasy D. P., „Tolerance, Professional Judgment, and the Discretionary Space of the Physician“, *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics*, vol. 26(1), 2016, s. 18–31.

Sumpter J. T., Pratt S. C., "Quorum Responses and Consensus Decision Making", *Philosophical Transactions of the Royal Society B: Biological Sciences*, vol. 364, 2009, s.

743–747.

Svantesson M., Silén M., James I., “It’s Not All About Moral Reasoning: Understanding the Content of Moral Case Deliberation”, *Nursing Ethics*, vol 25(2), 2018, s. 212–229.

Szahaj A., *Krytyka, emancypacja, dialog. Jürgen Habermas w poszukiwaniu nowego paradygmatu teorii krytycznej*. Wydawnictwo Kolegium Otryckie, Warszawa 1990.

Szewczyk K., “Komisje etyczne i konsultanci etyczny”, w: J. Różyńska, W. Chańska (red. naukowa), *Bioetyka*, Lex Wolters Kluwer, Warszawa 2013.

Szewczyk K., „Profesjonalna etyka lekarska: Uzasadnienie jej odrębności oraz miejsca w edukacji etycznej studentów medycyny i lekarzy”, *Diametros*, vol. 18(69), 2021, s. 33–70.

Szewczyk K., *Etyka i deontologia lekarska*, Polska Akademia Umiejętności, Kraków 1994.

Szewczyk K., *Bioetyka Pacjent w systemie opieki zdrowotnej*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2009.

Szutta A., “Metoda refleksyjnej równowagi. Cz. III: Problem niezgody moralnej, relatywizm i niedookreśloność metody”, *Diametros*, vol. 37, 2013, s. 146–168.

Świdorska M., *Zgoda pacjenta na zabieg medyczny*, Toruń 2007.

Tamma P. D., Miller M. A., Cosgrove S. E., „Rethinking How Antibiotics Are Prescribed”, *Journal of the American Medical Association*, vol. 321(2), 2018, s. 139–140.

Tan D. Y. B., ter Meulen B. C., Molewijk A. i in., „Moral Case Deliberation”, *Practical Neurology*, vol. 18, 2018, s. 181–186.

Thaidigsmann E., „Religiös unmusikalisch“, *Zeitschrift für Theologie und Kirche*, Vol. 108(4), 2011, s. 490–509.

The National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research, “The Belmont Report: Ethical Principles and Guidelines for the Protection of Human Subjects Research”, Washington D. C.: Department of Health, Education, and Welfare, 1979.

Tulczyński A. (red. naukowa), *Deontologia lekarska. Wybrane materiały do seminariów*, Warszawska Akademia Medyczna, Warszawa 1981.

Ustawa o zawodach lekarza I lekarza dentysty, art. 32-34; Ustawa o prawach pacjenta I Rzeczniku praw pacjenta, art. 15, 16, 17, 18 i 19; Kodeks Etyki Lekarskiej, art. 15: “Postępowanie diagnostyczne, lecznicze I zapobiegawcze wymaga zgody pacjenta”; Europejska Konwencja Bioetyczna
https://www.coe.int/t/dg3/healthbioethic/texts_and_documents/ETS164Polish.pdf

van den Berg J. H., *Der Kranke. Ein Kapitel medizinischer Psychologie für jedermann*, Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen 1961.

van Manen M., “‘Care-as-Worry’, or ‘Don’t worry Be Happy’”, *Qualitative Health Research: An International Interdisciplinary Journal*, vol. 12, 2002, s. 264–280.

Veatch R. M., “Models for Ethical Medicine in a Revolutionary Age. What Physician-Patient Roles Foster the Most Ethical Relationship?”, *The Hastings Center Report*, vol. 2(2), 1972.

Veatch R. M., “Świadoma zgoda nie wystarczy” w: W. Galewicz (red. naukowa), *Antologia bioetyki*, T.5., Universitas, Kraków 2018, s. 111–130 (oryg. R. M. Veatch, “Abandoning Informed Consent”, *The Hastings Center Report*, vol. 25(2), 1995, s. 5–12).

Veatch R. M., *Medical Ethics*, Jones and Bartlett, Boston 1989.

Verovšek P., "Habermas's Theological Turn and European Integration", *The European Legacy*, Vol. 22(5), 2017, s. 528–548.

Wagner A., „Miejsce deliberacji w procesie podejmowania decyzji o leczeniu. Komunikowanie między lekarzem i pacjentem w perspektywie socjologicznej”, *Zeszyty Prasoznawcze*, vol. 58/2(222), 2015.

Walker P., "Dialogic Consensus in Medicine – A Justification Claim", *Journal of Medicine and Philosophy*, vol. 44, 2019, s. 571–580.

Walker P., Lovat T., "Dialogic Consensus in Clinical Decision Making", *Journal of Bioethical Inquiry*, vol. 13(40), 2016.

Waller-Wise R., "Fostering Collegial Collaboration between Labor Nurses and Doulas", *Nursing for Women's Health*, vol. 22(3), 2018, s. 212–218.

Walseth L.T., Schei E., „Effecting Change through Dialogue: Habermas' Theory of Communicative Action As a Tool in Medical Lifestyle interventions”, *Medical Health Care and Philosophy* 2010 (Springer). DOI: 10.1007/s11019-010-9260-5.

Walston K. A., Walston B. S., "Who Is Responsible for Your Health? The Construct of Health Locus and Control," w: G. S. Sanders, J. Suls (eds.), *Social Psychology of Health and Illness*, Lawrence Erlbaum, Hillsdale NJ 1982.

Whitney S. N., McGuire A. L., McCullough L. B., "Wspólne podejmowanie decyzji, świadoma zgoda, zgoda uproszczona – typologia" w: W. Galewicz (red. naukowa), *Antologia bioetyki*, t. V. Universitas, Kraków 2018.

Wierciński A., „Acting and Suffering Person: Thinking with Paul Ricoeur”, *Ethics in Progress*, Vol. 2(4), 2013, s. 18–33. URL: <https://pressto.amu.edu.pl/index.php/eip/article/view/9399/9097>.

Wilkinson D., Savulescu J., "Current Controversies and Irresolvable Disagreement: The Case of Vincent Lambert and the Role of 'Dissensus'", *Journal of Medical Ethics*, vol. 45(10), 2019, s. 631–635.

Wilkinson D., Savulescu J., "Ethics, Conflict and Medical Treatment for Children: From Disagreement to Dissensus", Elsevier, London, UK 2018. PMID: #30835404.

Wilkinson D. et al., „In Favour of Medical Dissensus: Why We Should Agree to Disagree about End-of-Life Decisions”, *Bioethics*, vol. 30(2), 2016, s. 109–118.

Witkowski L. (red. naukowa), *Dyskursy rozumu: między przemocą a emancypacją. Z recepcji Jürgena Habermasa w Polsce*. Kolegium Otryckie, Warszawa 1990.

Wojciechowski B., „Rozstrzyganie tzw. trudnych przypadków przez odwołanie się do odpowiedzialności moralnej”, *Studia Prawno-Ekonomiczne*, vol. 70, 2004, s. 9–26.

Yarborough M., Jones T., Cyr T. A., Phillips S., Stelzner D., „Interprofessional Education in Ethics at an Academic Health Sciences Center,” *Academic Medicine*, vol. 75, 2000, s. 793–800.

Zabdyr-Jamróz M., *Wszechstronniczość. O deliberacji w polityce zdrowotnej z uwzględnieniem emocji, interesów własnych i wiedzy eksperckiej*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2020.

Zajadło J., „Co to są *hard cases*?”, w: tegoż, *Fascynujące ścieżki filozofii prawa*, Wydawnictwo Prawnicze LexisNexis, Warszawa 2008, s. 7–19.