



UNIVERSITY  
OF WARSAW

Faculty of „Artes Liberales”



PODPIS ZAUFANY

ANDRZEJ  
WIERCIŃSKI  
30.08.2022 08:40:35 (GMT+2)  
Dokument podpisany elektronicznie  
podpisem zaufanym

widi 30.08.2022r.

DZIEKAN  
Wydziału Filozoficznego  
*Roman Kubler*  
prof. dr hab. Roman Kubler

Recenzja rozprawy doktorskiej

**mgr Karoliny Napiwodzkiej**

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

***Communicative Action and Discursive Approach  
in Doctor-Patient Relationship***

przygotowanej pod kierunkiem Prof. zw. dr hab. Ewy Nowak  
Promotor pomocniczy: Prof. dr hab. Anna-Maria Barciszewska

Uniwersytet im. Adama Mickiewicza w Poznaniu,  
Wydział Filozofii,  
Poznań 2022, ss. 274.

W praktyce klinicznej istnieje łatwo dostrzegalny konflikt w podejściu do opieki nad pacjentem z punktu widzenia sztuki leczenia (*the art of healing*) i oferowania usług medycznych. Ten interpretacyjny konflikt związany jest przede wszystkim ze skrajnie różnym rozumieniem medycyny. Model fizykalistyczny, który wciąż dominuje w szkoleniu i praktyce medycznej nie przystaje do rozumienia medycyny jako opieki skoncentrowanej na pacjencie (*cura personarum*). Próby modelowania rozumienia medycyny poprzez tzw. humanizację medycyny są niewystarczające, ponieważ nie dotyczą sedna problemu aplikacji (*χρήση*, *Anwendung*) w podejściu nauk ścisłych i nauk o życiu do badanych przez nie fenomenów. Wprawdzie założeniem medycyny jest korzystanie w postępowaniu klinicznym z wiarygodnych dowodów naukowych (*evidence-based medicine*), jednak odpowiedzialne, jednoznacznie udowodnione i rozsądne wykorzystanie aktualnej wiedzy przy podejmowaniu decyzji dotyczących opieki nad indywidualnym pacjentem pozostaje raczej w strefie życzeniowej. Hermeneutyka medycyny może zaproponować próbę pogodzenia wymiaru fizykalistycznego z kompleksowo rozumianą opieką nad pacjentem nie poprzez przewyżczenie jednego modelu na korzyść drugiego i nie poprzez wybiórcze modyfikowanie modeli, ale poprzez próbę udźwignięcia wyzwań i kon-

University of Warsaw  
<http://en.uw.edu.pl/>

Faculty of Artes Liberales  
<http://al.uw.edu.pl/en/>

Prof. Dr. Dr. **Andrzej Wierciński**  
[a.wiercinski@uw.edu.pl](mailto:a.wiercinski@uw.edu.pl)  
[andrew.wiercinski@gmail.com](mailto:andrew.wiercinski@gmail.com)

Professor honoris causa,  
International Institute for Hermeneutics

Invited Honorary Professor in Philosophy,  
University of Coimbra

Professor of Philosophy, External Member  
Institute of Philosophy, University of Augsburg

Visiting Professor, Interdisciplinary Studies  
University of British Columbia, Vancouver

President, International Institute for Hermeneutics  
and *Agora Hermeneutica*  
<http://www.ihermeneutics.org>

Editor-in-Chief, *Analecta Hermeneutica*

Editor-in-Chief, International Studies in Hermeneutics  
and Phenomenology, LIT

Editor-in-Chief, Hermeneutics in Enactment: International  
Research in Hermeneutics and Phenomenology,  
Brill

August 27, 2022

fliktów interpretacyjnych w konkretnej sytuacji – w obliczu konkretnego problemu zdrowotnego, rzeczywistych doświadczeń i życiowo-społecznego usytuowania pacjenta – proponując podejście fronetyczne. Wydaje się, że mądrość praktyczna (φρόνησις) jest tu decydująca, gdyż pozwala na optymalne działanie w kierunku dobra pacjenta, które za każdym razem musi być na nowo interpretowane, jednakże nigdy bez wiedzy i woli samego zainteresowanego. Nie chodzi tutaj o jakąś wyższość hermeneutyki medycyny, która mogłaby zaproponować zbudowanie filozofii medycyny *sui generis*, lecz o stałą inspirację do refleksji nad tym, kim jest pacjent, jaka jest rola medycyny w trosce o jego dobro i jak realizuje tę rolę lekarz.

Jako hermeneuta, z dużym zainteresowaniem zapoznałem się z pracą doktorską Pani mgr Karoliny Napiwodzkiej pt. *Działanie komunikacyjne i podejście dyskursywne w relacji lekarz-pacjent*. Wpisanie koncepcji działania komunikacyjnego i dyskursu (dyskursów) Habermasa w rozważania dotyczące relacji lekarz-pacjent jest szczególnie obiecujące, zważywszy na to, że Habermas większość swoich aplikacyjnych rozważań poświęca prawu. Jego komunikacyjna koncepcja prawa waliduje sposób prowadzenia dyskursu prawniczego zgodnie z przyjętą konwencją, procedurą i respektuje wynikające z niej normatywne zobowiązania. Działanie komunikacyjne musi spełniać warunki zrozumiałości, prawdziwości, szczerości i słuszności. Realizując polityczny projekt nowoczesności (za Kantem), Habermas jest przekonany, że kultywowanie samowiedzy (γνώθι σεαυτόν) musi być zorientowane na rozwijanie autonomii osądu i wolności działania. Wczesny Habermas w *Erkenntnis und Interesse* (1968) porównuje teorię społeczną do psychoanalizy. Dialog pacjenta z terapeutą nie jest manipulacyjny ani wyszukujący, ale ma na celu stymulowanie ludzkiego potencjału do autorefleksji i samopoznania. Jednak porównanie psychoanalizy z teorią społeczną jest miarodajne tylko na poziomie struktur metodologicznych i podstawowych pojęć. Asymetria relacji pacjent-terapeuta nie pozwala na wytworzenie podobnej relacji pomiędzy społeczeństwem a teorią społeczną. Dla rozumienia i realizacji autonomii konieczna jest symetria (równość) między podmiotami działania, zakorzeniona w koncepcji demokratycznego uczestnictwa.

W *Theorie des kommunikativen Handelns* (1981) Habermas ustawia komunikowanie się poprzez język w centrum relacji z Innymi. Jako autonomiczny agent, człowiek odkrywa prawdę o sobie w komunikacji z Innym przy założeniu, że wszystkie strony są zaangażowane w mówienie prawdy i poważne traktowanie dyskursu racjonalnego. Racjonalna emancypacja może stać się codzienną praktyką komunikacyjną. Choć Habermas dobrze rozumie, że jest to podejście bardzo życzeniowe i niemal utopijne, zachęca do takiego idealizowanego zaangażowania komunikacyjnego.

Warto zadać pytanie, czy w przypadku działania medycznego chodzi o naprawę i doskonalenie struktury relacji. Regulowany przepisami kontrakt między służbą zdrowia a społeczeństwem wyraźnie nie zdaje tutaj egzaminu. Mnoży jedynie trudności formalne i (niepotrzebnie) angażuje energię, którą można byłoby wykorzystać na konstruktywne i kreatywne refleksje uwzględniające pacjenta zgodnie z jego prawami. Bardziej głębokie i trafne wydaje się rozwijanie podejścia do relacji między lekarzem i pacjentem i budowanie jej, a nie praca nad strukturą i systemem. To tak, jak (niefortunnie) w bioetyce ustala się zasady do przestrzegania. Będziemy więc reformowali po raz kolejny struktury, które – choć same w sobie ważne – nie uzdrowią chorej relacji między lekarzem a pacjentem. Analizując kulturowe i społeczne aspekty namyśłu moralnego nad medycyną, Doktorantka interpretuje pojawienie się bioetyki jako „odpowiedzi na bardzo konkretne zapotrzebowanie ustalenia granic i zasad moralnych dla nowych odkryć w obszarze biomedycyny”. Interdyscyplinarnie rozumiana, jest ona dyscypliną teoretyczną, zainteresowaną filozoficznymi podstawami dla rozwiązań normatywnych w biomedycynie.

Sprawnie przechodząc do problematyki nowej i bardziej istotnej, Doktorantka wnikliwie omawia transformację decyzji medycznych od modelu jednoosobowego, autorytatywnego, paternalistycznego w modele włączające pacjenta w kierunku dowartościowania rozmowy, dialogu, komunikacji, dyskursu z udziałem pacjenta, szczególnie w okresie po II wojnie światowej. Trafnie charakteryzuje proces włączenia do praktyki oraz dyskursu medycznego głosów spoza profesji medycznej. Wskazując na dominację kryzysu zaufania nie tylko w relacji lekarz-pacjent podkreśla, że zasad odpowiedzialności zbiorowej nie da się ani formalnie opracować, ani skutecznie egzekwować. W tym miejscu aż prosi się, by przynajmniej zdawkowo dotknąć problemu odpowiedzialności zbiorowej, skoro jest to praca doktorska z etyki.

W tradycji hipokratejskiej bycie lekarzem jest traktowane jako realizacja powołania (*vocatio, Berufung, Beruf*). Jest to forma służby pacjentowi w jego konkretnej sytuacji egzystencjalnej. Relacja lekarza z pacjentem przechodziła wiele zmian, od paternalizmu, kiedy to lekarz autorytarnie decyduje o tym, co jest najlepsze dla pacjenta do aktywnego współuczestnictwa autonomicznej i wolnej osoby ludzkiej w działaniu medycznym. Relacja lekarz-pacjent wymaga zawsze pewnej formy współuczestnictwa w działaniu medycznym zarówno w modelu informacyjnym, konwersacyjnym, deliberacyjnym, czy przejrzystości rozumowania. Mówienie o relacji lekarz-pacjent nie jest sensownie możliwe bez uprzedniego rozumienia podmiotowości człowieka, tego, czym jest choroba i co stanowi przedmiot opieki medycznej. Tym przedmiotem jest człowiek. Doświadczenie zawsze jest usytuowane w świecie, który jest światem struktur, kultur, oczekiwań i historii.

Centralnym zagadnieniem w działaniu medycznym jest pytanie o udział pacjenta w procesie leczenia. Chodzi to o charakter zaangażowania pacjenta w podejmowanie decyzji medycznych. Z tym wiąże się kwestia troski (*Selbstsorge*) i odpowiedzialności za swój stan zdrowia i współpracę z personelem medycznym. Można by powiedzieć, że celem działania medycznego jest uzdolnianie pacjenta do troski o siebie samego, rozumianej jako sztuka życia (*Lebenskunst, Selbsterkenntnis, Selbstgestaltung, Selbstfürsorge, Selbstkontrolle*).

Przejrzystość rozumowania lekarza wydaje się być zagadnieniem podstawowym o niezwyklej doniosłości. Skoro lekarz ma być naczelną instancją odpowiadającą za komunikację z pacjentem to musi też być odpowiedzialnym za ocenę stanu intelektualnego pacjenta. Musi umieć podjąć fronetyczną decyzję na ile pacjent jest w stanie zrozumieć istotę koniecznej/pożądaną terapii. Podobnie jak nauczyciel, lekarz musi mieć zdolność decydowania o tym jakie są możliwości nawiązania relacji z pacjentem i na jakim poziomie może się to dokonywać. Stąd też nie da się tego zdefiniować ani ustalić *a priori*.

Jednym z istotnych zagadnień dotyczących działania medycznego jest teoria i praktyka udzielania świadomej zgody przez „racjonalnego”, „dobrze poinformowanego” pacjenta. Doktorantka szczegółowo rozważa rozumienie pojęcia zgody, akcentując jego prowizoryczny i niewystarczający w praktyce medycznej charakter. Słusznie krytykuje minimalistyczne rozumienie zgody jako akceptacji zaproponowanej drogi postępowania. Postuluje wyważanie różnych dóbr, także pozamedycznych, w kierunku słusznych i trafnych wyborów.

Dostrzeganie terapeutycznego potencjału rozmowy i komunikacji w medycynie związane jest przede wszystkim ze znaczącym rozwojem psychologii i socjologii medycyny oraz psychoanalizy. Wprawdzie Doktorantka nie odwołuje się bezpośrednio do dokonań zmarłego niedawno Hermanna Langa, ale wystarczy przywołać przykładowo tytuły jego prac: *Die Sprache und das Unbewusste. Jacques Lacans Grundlegung der Psychoanalyse*, Suhrkamp, Frankfurt am Main 1973, *Medizinische Psychologie und Soziologie* (mit Hermann Faller und unter Mitarb. von K. Koepsell), Springer, Berlin 1998, *Strukturelle Psychoanalyse*, Suhrkamp, Frankfurt am Main 2000, *Das Gespräch als Therapie*, Suhrkamp, Frankfurt am Main 2000, *Die strukturelle Triade und die Entstehung früher Störungen*, Klett-Cotta, Stuttgart 2011, *Der gehemmte Rebell. Struktur, Psychodynamik und Therapie von Menschen mit Zwangsstörungen*, Klett-Cotta, Stuttgart 2015. Również dla mnie rozmowa jest fundamentalnym doświadczeniem hermeneutycznym, które prowadzi nas jako partnerów konwersacji (*das Gespräch führt uns*). W mniejszym stopniu jest takim dla Habermasa, co odzwierciedla rozprawa doktorska, świadomie konsekwentna w eksploracji teorii dyskursu o proveniencji Habermasowskiej.

Na tle debaty o kodeksualno-proceduralnym i kolegialnym podejmowaniu decyzji medyczno-klinicznej genialne jest przywołanie refleksji Kramsztyka: “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...”. Kramsztyk znakomicie uchwycił hermeneutyczny charakter radykalnej odpowiedzialności moralno-zawodowej: rozumienie napięć związanych z wykonywaniem zawodu nie jest kwestią do przewyciężenia, ale do przyjęcia jej w całej rozciągłości i udźwignięcia jej w konkretnym życiu, w tym przypadku życiu lekarza.

Problematyczne jest mówienie o równie kompetentnych moralnie uczestnikach relacji lekarz-pacjent i przedstawianie relacji lekarz-pacjent posługując się metaforą przymierza i przyjaźni w modelu kolegialnym (w odróżnieniu od kontrahenckiego). Niezwykle istotne jest rozumienie asymetryczności relacji lekarz-pacjent, podobnie jak rodzic-dziecko, nauczyciel-uczeń, sędzia-oskarżony, itp. Dostrzeżenie i akceptacja asymetrii w relacji nie tylko nie utrudnia, ale wręcz potęguje konieczność kultywowania dialogiczności relacji. Doktorantka sugeruje, że „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.” Tej niesymetryczności nie da się przewyciężyć, można ją tylko uświadamiać sobie i z nią żyć, podejmując konkretne decyzje i działania.

Omawiając paradygmat komunikacyjno-dyskursywny, Doktorantka dotyka problemu ucieleśnionego (usytuowanego), etycznego procesu decyzyjnego (*embodied ethical decision-making*). Pacjent jest nie tylko *homo patiens*, ale też *homo agens*. Warto tu zwrócić uwagę na rozumienie osoby jako *homo agens et patiens*. *L’homme agissant et souffrant* to każdy człowiek, nie tylko pacjent. Stąd też nie rozwiązuje ono problemu asymetrii w relacji lekarz-pacjent.

Odwołując się do postulatu Rawlsa, aby deliberacja (Habermasowski dyskurs) jako społecznie inkluzyjna formuła refleksyjnej równowagi (*reflexive equilibrium*) była formułą zbiorową, intersubiektywną, zapośredniczoną w komunikacji, można i trzeba domagać się legitymizacji

istniejącego projektu instytucjonalnego. To właśnie refleksyjna równowaga stanowi społeczne uzasadnienie dla najbardziej powszechnych i możliwie sprawiedliwych instytucji publicznych. W demokratycznym pluralistycznym społeczeństwie można uzyskać jedynie częściowy konsensus co do treści zasad sprawiedliwości. Nie jest on legitymizacją samych zasad. Ważne jest, że możemy skutecznie porozumieć się do sprawiedliwych instytucji w makroskali, by żyć etycznie, czyli jakby to powiedział Ricoeur dobrze żyć z Innymi i dla Innych w sprawiedliwych układach społecznych (*a good life, with and for others, within just institutions*). To istotny punkt odniesienia, przygotowujący grunt pod dalsze rozważania w rozdziałach III i IV.

Umiejętność swobodnego prowadzenia dyskursu potwierdza Doktorantka poprzez sprawne włączenie omówienia przypadku (*case study consensus dissensus*). Zarówno w deliberacji Rawlsa, jak i dyskursie Habermasa nie chodzi bowiem o konsensus za wszelką cenę. Ważniejsze jest uważne i staranne rozważenie tudzież uzasadnienie rozsądnych sposobów postępowania, które następnie mogą być proponowane jako rozstrzygnięcia, w ramach których należy podjąć konkretną decyzję i praktykę. Rozumienie różnicy między działaniem strategicznym, zorientowanym na sukces, a działaniem komunikacyjnym nastawionym na porozumienie jest fundamentalne dla relacji lekarz pacjent. W działaniu komunikacyjnym szczególnie znaczenie ma kategoria zaufania i odpowiedzialności. Doktorantka trafnie dostrzega ewolucję stanowiska Habermasa w kierunku balansowania stanowiska pomiędzy jego dyskursem praktycznym a Rawlsa procedurą „refleksyjnej równowagi” i „częściowego konsensu”.

Habermas w *Wahrheit und Rechtfertigung* wyróżnia dwa typy działania komunikacyjnego, „w sensie słabym, gdy rozumienie rozciąga się na fakty i powody jednostronnej woli” i „w sensie mocnym, gdy porozumienie obejmuje normatywne powody wyboru celów”. Działanie komunikacyjne zakłada przynajmniej minimalną intersubiektywność. Do znanego dictum Ricoeura *somebody says something to somebody else about something in some manner (quelqu'un dit quelque chose à quelqu'un sur quelque chose)*, Habermas dodaje wymóg bycia zrozumianym (*so daß der Andere versteht, was gesagt wird*). W ten sposób wytworzona zostaje struktura podstawowa i wyjściowa dla działania komunikacyjnego. Skuteczność działania komunikacyjnego jest konieczna zarówno w wymiarze ustalania reguł praktycznych działania celowo-strategicznego i norm praktycznych, dotyczących działania i współdziałania w kategoriach sprawiedliwości i słuszności. Tego rozległego, historycznego lub współczesnego podłoża intelektualnego, a także dialogu Habermasa z innymi myślicielami Doktorantka już nie zgłębia, zachowując dyscyplinę badawczą i nie pozwalając sobie na interpretacje bardziej kontekstowe i genealogiczne. Takowe już jednak

istnieją i byłyby to jedynie wtórna rekonstrukcja, tymczasem Doktorantce najwyraźniej zależy na tym, by przekazać coś nowego o potencjale filozofii dyskursu, a nie o jej źródłach.

Habermas rozróżnia między działaniem komunikacyjnym, nastawionym na docelowe działanie racjonalne i działaniem strategicznym, gdzie chodzi o osiągnięcie założonego celu. Doktorantka trafnie akcentuje różne aspekty działania komunikacyjnego: „teleologiczne (nakierowane na prawdę), dramaturgiczne (nakierowane na szczerość i piękno) oraz normatywne (nakierowane na słuszość)”. Podkreśla przy tym, że komunikacyjny model działania nie utożsamia działania z komunikowaniem się. Stąd też wyjątkowa waga teleologicznego aspektu działania komunikacyjnego. Doktorantce udało się ten aspekt wydobyć.

Mówiąc o kreatywnym i konstruktywnym działaniu komunikacyjnym nie można pominąć zagadnienia kompetencji komunikacyjno-dyskursywnych, które wymagają stałego i konsekwentnego rozwoju. Z tym związana jest troska o kształtowanie podstawowej kompetencji językowej i semantycznej. Habermas rozróżnia pomiędzy racjonalnością komunikacyjną, zakładającą umiejętność poradzenia sobie z idealną sytuacją komunikacyjną, a racjonalnością kognitywno-instrumentalną, kiedy chodzi o wiedzę stosowaną w celach praktycznych, pozakomunikacyjnych i pozadyskursywnych. Również to zagadnienie zostało objaśnione; przejrzysta, uważna, wyczulona na różnice i niuanse definicyjne prezentacja stanowi skądinąd atut całej rozprawy doktorskiej.

Fundamentalne dla teorii działania komunikacyjnego jest pojęcie świata życia (*Lebenswelt*). Wykraczając poza to, co osobiste i jednostkowe, świat życia jest z istoty międzypodmiotowy (*eine intersubjektiv geteilte Lebenswelt*). Ma to szczególne znaczenie w procesie wzajemnego porozumiewania się i uzgadnianie znaczeń w konkretnych kontekstach kulturowych i językowych. Wartości i normy stanowią dwie odrębne sfery. Wartości nie można uzasadnić ani uprawomocnić dyskursem, jedynie uwiarygodnić poprzez określoną formę życia. Skoro normy dotyczą regulacji stosunków międzyludzkich, podczas gdy wartości odnoszą się do celowości życia indywiduum, rozum komunikacyjny nie jest ześrodkowany w podmiocie. Normy i wartości różnią się w odniesieniu do ich mocy obowiązującej (*Sollgeltung*): normy odnoszą się do uniwersalności, wartości do partykularności. Doktorantka poświęciła światu życia sporo miejsca, ukazując jego wielorakie znaczenie i obecność tam, gdzie pewne praktyki społeczne czy instytucje chciałyby ją pominąć, albo dla odmiany zawłaszczyć lub skolonizować swoją czystą (i dlatego abstrakcyjną i nieprzydatną społecznie) racjonalnością.

Racjonalność interakcji komunikacyjnej związana jest ze światami przeżywanymi o strukturze komunikacyjnej, które poprzez konkretne

działania nastawione na porozumienie regulują konteksty życia obywateli konkretnej wspólnoty. Jak pisze Doktorantka, „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 głos”. W sytuacji komunikacyjnej w publicznej opiece zdrowotnej potoczna wiedza i przekonania będą musiały ulec pewnym korektom na drodze porozumienia pracowników medycznych co do wyboru i zastosowania wiedzy medycznej jako kluczowej wartości epistemicznej w publicznej opiece zdrowotnej. Doktorantka sygnalizuje, że pomija „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’”. Nasuwa się tu jednak pytanie, czy na pewno jest to jedynie prywatna sprawa pacjenta. Czym miałyby być owa „prywatna sprawa pacjenta”? Warto byłoby zatrzymać się tu na chwilę i spojrzeć na różne podejścia do medycyny (jak i podejścia w samej medycynie), akceptowane w rozmaitych systemach społecznych, takie, jak medycyna holistyczna, narracyjna, psychoterapia, psychologia analityczna, etc. Osiągnięcie intersubiektywnie podzielanego zapatrywania na sporną sprawę nie może odbywać się kosztem tłumienia głosów, które są niewygodne i tylko pozornie utrudniają konsensualne uznanie norm lub rozstrzygnięć i decyzji o znaczeniu normatywnym. Jest to jednak pewna słabość w samej, zwłaszcza wczesnej teorii dyskursu, którą Habermas stara się przezwyciężyć na gruncie dyskursów legitymizujących instytucje prawa. W innych kontekstach – przeciwnie – wytłumienie głosów nie powinno mieć miejsca, mimo, że, jak zaznacza Doktorantka, pracownicy medyczni zobowiązują się podążać w swojej pracy i misji zawodowej za pryncypiami nauki i prawem medycznym. Również prawo medyczne jako normatywność i jako praktyka społeczna wymaga otwierania na różnorodność i ‘wielogłos’ rozumu bądź rozsądku społecznego. W warunkach demokratycznych za takie otwieranie odpowiadają wszyscy obywatele, jeśli recenzentowi wolno nawiązać do odpowiedzialności zbiorowej w rozważanym przez Doktorantkę kontekście.

Tam, gdzie nie powiodła się intersubiektywna koordynacja rozwiązań w działaniu komunikacyjnym, pojawia się miejsce na dyskurs, którego zadaniem jest poszukiwać zasadnych i akceptowalnych dla wszystkich regulacji. Przejście między działaniem komunikacyjnym do procesu dyskursywnego formacji woli jest procesem uczenia się, *Bildung*, kształtowaniem etyczno-obywatelskiego społeczeństwa wiedzionego pyta-



niami natury etycznej ku wspólnej konstrukcji, nadającej się do konsensualnego przyjęcia. W tej właśnie konstrukcji przejawia się jedność rozumu (*Einheit der Vernunft allein in der Vielheit ihrer Stimmen*), a racjonalność dyskursywna zakłada nie-fundamentalny, nie-dogmatyczny, nie-metafizyczny status argumentów, z którymi można dyskutować. Racjonalny uczestnik jest podatny jedynie na „bezprzymusowy przymus lepszego argumentu” (*der zwangslose Zwang des besseren Arguments*), racjonalną perswazję i „władzę społeczną”. Doktorantka trafnie uchwyciła i wyjaśniła ten nieustająco aktualny potencjał racjonalności dyskursu, a przy tym poradziła sobie z zarzutami o ‘totalistyczne’ tendencje przypisywane rozumowi komunikacyjno-dyskursywnemu u Habermasa.

Etyczny i społeczny dyskurs praktyczny służy inkluzyjnemu, jawnemu i otwartemu kształtowaniu norm i instytucji publicznych. Opiera się on na dwóch pryncypiach: „pryncypium D” określa normy, na które mogliby przystać wszyscy zainteresowani uczestnicy dyskursu praktycznego, uznając je jednocześnie za słuszne, czyli takie, które zasługują na powszechne uznanie oraz „pryncypium U”, zakładającym uniwersalną zgodę na następstwa i skutki uboczne obowiązujących norm. Habermas uważa dyskurs za rodzaj swoistej, zespołowej „gry językowej”, w której uczestnicy są świadomi wiążących ich i obowiązujących reguł, które można podzielić na trzy grupy: reguły podstawowe, reguły dialektyki dyskursu oraz reguły retoryczno-proceduralne. Stosowanie reguł wymaga praktycznej rozwagi, która jest nawet ważniejsza od samego rozumu praktycznego.

Różne modele interakcji lekarz-pacjent: rodzicielski, informacyjny, interpretacyjny, deliberatywny oraz model wspólnego działania (wspólnego podejmowania decyzji, *shared decision making*) związane są z różnorodnym rozumieniem celów interakcji lekarz-pacjent, obowiązków lekarza, roli wartości pacjenta oraz koncepcji autonomii pacjenta. W sytuacjach klinicznych trudno jest formalnie określić granicę między sytuacją komunikacyjną a dyskursem teoretycznym bądź praktycznym. Ma to związek już z samym rozumieniem pacjenta jako podmiotu sprawczego, upodmiotowionego, racjonalnego i autonomicznego. Jest on zarówno beneficjentem praktyki medycznej i jej uczestnikiem. Wprawdzie komunikacja i dyskurs nie są celami samymi w sobie i nie zawsze są możliwe do zastosowania, ale efektywnie przyczyniają się do kompetentnego podejmowania decyzji, pokazując „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”. Posiłkując się Habermasem, trzeba przyjąć, że autonomia pacjenta nie jest rozumiana abstrakcyjnie, ale usytuowana „blisko empirii”, czyli realizuje się w szeregu kompetencji pacjenta; i realizuje się tak, jak potrafi ją realizować pacjent (co nie podlega i nie

— powinno podlegać niczyjej krytycznej ocenie, jak słusznie podkreśla Doktorantka za Habermasem, samym zainteresowanym powinno jednak zależeć na sprawności w tym zakresie). Jako racjonalny podmiot, zdolny rozumieć i ocenić swoje położenie, wyrażać swoje osądy, komunikować je, stanowić o sobie i swoich interesach zdrowotnych, pacjent realnie wpływa na decyzje i rozstrzygnięcia kliniczne dotyczące jego zdrowia.

Z autonomią pacjenta jest ściśle związane jego prawo do informacji. Temu zagadnieniu Doktorantka poświęciła należytą uwagę i efekt jej dociekań jest godny uznania. Posiadanie wyczerpującej informacji jest konieczne dla optymalnej interakcji w kierunku podejmowania ustaleń, uzgodnień i decyzji praktycznych z udziałem pacjenta. Za zgodą pacjenta i na jego życzenie dostęp do informacji mogą mieć prawni przedstawiciele i opiekunowie pacjenta bądź osoby trzecie, upoważnione przez niego do odbioru informacji i podejmowania ustaleń. Ponieważ kompetencje komunikacyjno-dyskursywne, poznawcze i językowe są różne u różnych pacjentów, trzeba przyjąć, że to na drodze dyskursu podejmuje się opcję działania niesprzeczną z wolą żadnego z uczestników, zatem akceptowalną dla nich. Niezwykle ważne jest podkreślenie przez Doktorantkę tego, że dotyczy to każdego z uczestników. To szczególnie istotne dzisiaj, nie tylko w przypadku decyzji o terminacji życia, procedurach medycyny estetycznej, etc., kiedy to nie tylko pozycja pacjenta, ale i pracowników medycznych domaga się zdecydowanej ochrony przed presją.

Doktorantka zwraca uwagę na rolę pytań zadawanych przez lekarza, które mogą rozwijać otwartość i ciekawość pacjenta. Może to nie tylko pomóc w tworzeniu atmosfery wzajemnego zaufania, ale wydatnie wpłynąć na jakość procesów refleksyjnych, interpretacyjnych, decyzyjnych, wreszcie na jakość samych działań klinicznych. Jednakże warto tu zwrócić uwagę na kwestię zadawania pytań. W dużej mierze wynikają one ze standardu (procedury) postępowania, a nie z indywidualnej specyfiki pacjenta. Na przykład w medycynie narracyjnej pacjent opowiada o sobie i o tym, dlaczego pojawił się u lekarza, a nie odpowiada na konkretne pytania; zatem akcent pada na narracyjną samo-prezentację (jaka stanowi skądinąd element teorii działania komunikacyjnego u Habermasa, opisany w rozprawie doktorskiej). Niestety, zadawanie standardowych pytań jest nie tylko najprostsze i najbardziej ‘oszczędzające’ (czas, a skoro czas, to i pieniądze; namysł, energię psychiczną, itd.) dla lekarza, a także dla pacjenta, który nie musi trudzić się koherentnym przedstawieniem siebie i sprawy, którą pragnie skonsultować z lekarzem. Wykraczanie którejkolwiek ze stron tej relacji poza ‘standard’, czy choćby niepisaną konwencję bywa postrzegane przez drugą stronę jako zbyt czasochłonne i energochłonne, niepotrzebne i nieistotne. Podtrzymując takie praktyki i standardy, służba zdrowia przy

współdziałanie pacjenta niejako sama sobie „hoduje” pacjentów zmarginalizowanych pod względem dyskursywnym i sprawczym, jeszcze bardziej uszczelniając relacje lekarz-pacjent na zmiany. Wszystko to zachodzi często przy fanfarach na rzecz dialogu, narracji, dyskursu i partycypacji w zamkniętym świecie teorii filozoficznej i etycznej. Właśnie z tego powodu takie rozprawy doktorskie, jak przedłożona do recenzji, powinny trafiać na listy lektur obowiązkowych na kierunkach lekarsko-medycznych.

Rozważana przez Doktorantkę, dyskursywnie rozbudowana zgoda pacjenta na działania medyczne to „uzgodnienie rozumienia i uznanie ważności kluczowej wiedzy i informacji przez wszystkie strony przyszłej praktycznej interakcji kliniczno-medycznej”. Chodzi tu nie o formalne potwierdzenie bądź odrzucenie propozycji lekarza, ale jak najpełniejsze i najskuteczniejsze współdziałanie pacjenta na rzecz stosowanych wobec niego zabiegów terapeutycznych. Doktoranta znakomicie wychwytuje obustronne zagrożenia związane a asymetrią relacji lekarz-pacjent. Z jednej strony epistemiczna przewaga lekarza jako profesjonalisty i specjalisty, z drugiej zaś przewaga autonomii pacjenta mogą stanowić przeszkodę w implementowaniu dyskursu praktycznego, w którym autonomia każdego uczestnika jako argumentującego i uznającego lub nie powinna być taka sama. Tutaj można byłoby wyprowadzić daleko idące konsekwencje w przypadku sporów światopoglądowych, religijnych, etc., kiedy to lekarz jest przekonany o konieczności działania medycznego, a pacjent je blokuje. Nie da się też nie zauważyć trudności związanych z różnymi kompetencjami obu stron, różnym poziomem zainteresowania i zaangażowania w proces terapeutyczny.

Pacjent jest nie tylko odbiorcą świadczeń medycznych, ale także ich ewaluatorem, zdolnym oceniać je mniej lub bardziej zasadnie w zależności od swoich kompetencji. Wyjaśniając, planując i uzgadniając z pacjentem drogi postępowania kliniczno-medycznego, lekarz jest przekonany o wspólnej z pacjentem odpowiedzialności za jego dobrostan. Cel działania kliniczno-medycznego powinien być konkretny, mierzalny, realny do osiągnięcia, istotny, określony w czasie (*specific, measurable, attainable, relevant, time-bound*). Optymalnie mógłby określić go sam pacjent. Warunkiem dobrej komunikacji jest istnienie odpowiedniej przestrzeni, w której od pierwszych kroków związanych z diagnostyką po kolejne etapy działania kliniczno-medycznego pacjent ma optymalne warunki by istnieć jako konkretna osoba w konkretnej sytuacji życiowej charakteryzującej się złożonością ludzkich doświadczeń. Połączenie perspektywy biomedycznej z perspektywą pacjenta z uwzględnieniem jego oczekiwań i jakości życia nie pozwala na sprowadzenie go do przypadku klinicznego.

— Doktorantka omawia pojęcia odnoszące się wprost do przestrzegania zaleceń: *compliance*, czyli zgodność zachowania pacjenta ze wskazówkami lekarza, *adherence*, konsekwentne przestrzeganie ustalonych zaleceń oraz *concordance*, partnerskie negocjowanie wspólnego planu. Ważnym zadaniem stojącym przed pracownikami służby zdrowia publicznego jest umiejętność rozpoznawania i rozwiązywania problemów etycznych wspólnie z pacjentami, a nie za nich i nie bez nich. Z komunikacyjnością, dyskursywnością i dyskrecjonalnością w zakresie interpretacji i elementami dyskursu aplikacyjnego, służącego adekwatnemu stosowaniu norm i przepisów związane jest włączanie pacjenta w interaktywne podejmowanie decyzji kliniczno-medycznych. Włączone w nie osoby wewnętrznie bardziej identyfikują się z tym, w czym partycypowały, na co same miały i mają wpływ, do czego się autentycznie zobowiązały, zamiast jedynie dla formalności przytaknąć decydentowi medycznemu.

Mówiąc o rozwoju koncepcji komunikacyjnych i dyskursywnych uwzględniających pacjenta poprzez kształcenie, Doktorantka przywołuje Ulmski Model Dyskursu, który nie uzasadnia ani nie wytwarza norm, ale stosując reguły i wymogi etyki dyskursu aplikowany jest do rozwiązywania problemowych sytuacji klinicznych. Doktorantka omawia metodę symulacji: „Debriefing w ujęciu medycznym możemy zatem zdefiniować jako stale ewoluujący proces, w którym studenci lub lekarze, którzy ‘przećwiczyli’ dany scenariusz (zazwyczaj nie jeden, a kilkanaście, i to różnych), prowadzą dyskusję o tym przypadku, stale nadzorowaną i moderowaną przez doświadczonego instruktora.” Chodzi o to, by symulacja odzwierciedlała istotne aspekty realnego świata w sposób w pełni interaktywny jako plastyczne narzędzie pozwalające w miarę wiernie odtworzyć złożoną rzeczywistość kliniczną. Nie pomniejszając w tym miejscu edukacyjnej roli symulacji, warto podkreślić konieczność podejścia realistycznego, którego nie da się *a priori* założyć, tylko trzeba uważnie realizować. Nie da się zwłaszcza odizolować refleksji, decyzji, działań od rzeczywistego napięcia i przeżyć uosabianych przez pacjenta w bezpiecznej ‘przestrzeni dydaktycznej’, gdzie lekarz obcuje z aktorami odgrywającymi rolę pacjenta. Nie można dać się zagubić w warstwie formalnej, jak procedura i plan spotkania, tworzenie wyimaginowanych sytuacji, nawet takich, które imitują realia, etc. Warto tu przywołać Gadamera, dla którego doświadczony człowiek to nie ten, kto skumulował maksymalną ilość doświadczeń (w tym pytań i odpowiedzi składających się na ‘pulę’ zagadnień, jakich przyszły lekarz winien oczekiwać w swojej przyszłej praktyce zawodowej), ale ten, kto właśnie dzięki dotychczasowym doświadczeniom jest otwarty na *nowe doświadczenie*.

Doktorantka trafnie zidentyfikowała szanse dalszego rozwoju dialogicznej i partnerskiej relacji między lekarzem a pacjentem w podejściu

dyskursywnym, upodmiotowiającym pacjenta. Stąd też postulat dyskursywizacji decyzji klinicznych z udziałem pacjenta. Lekarz i pacjent są w tym samym stopniu *homo socius* i przysługuje im ochrona ich podmiotowości i tożsamości. Akcentując prawa podmiotowe pacjenta, Doktorantka podkreśliła rolę działania komunikacyjnego i praktyki dyskursu w podejmowaniu decyzji klinicznych z udziałem pacjenta. Udało się Jej sformułować „filozoficzno-praktyczne i normatywne preskrypcje na rzecz silnego włączenia upodmiotowionego, aktywnego pacjenta w podejmowanie decyzji klinicznych”. Preskrypcje te „mogą być narzędziami krytycznymi... [dla] transformacji instytucji zdrowia publicznego i opieki zdrowotnej w kierunku coraz pełniejszego poszanowania autonomii, praw, upodmiotowienia i wzrostu partycypacji pacjenta na poziomie procesów decyzyjnych”.

Godnym szczególnego uznania, wręcz unikalnym atutem rozprawy doktorskiej jest zarysowanie dalszej perspektywy rozwoju procesów komunikacyjnych i dyskursywno-decyzyjnych w medycynie praktycznej przy udziale pacjenta jako podmiotu w pełnym tego słowa znaczeniu, a nie tylko kogoś, kto zaledwie podlega opiece zdrowotnej i formalnie wyraża zgodę bądź niezgodę. W warunkach historycznych i społecznych Europy Środkowo-Wschodniej ta zgoda nadal często nie znajduje należytego umocowania w rozumieniu, poznaniu, wreszcie uzasadnieniu ze strony pacjenta, nie tylko natury medycznej, ale szerszej, uwzględniającej świat życia pacjenta i usytuowanie w nim. Po 1989 r., kiedy w Polsce rozpoczął się przełom demokratyczny, normatywny, modernizacyjny, zatem także transformacja autorytarnych, hierarchicznych relacji międzyludzkich w kierunku relacji dialogicznych, partnerskich i horyzontalnych, stopniowo poszerzano zakres praw pacjenta, jego autonomii i partycypacji. Te deklaratywne i instytucjonalne kroki otworzyły szanse realnym praktykom i interakcjom. Szybko jednak na przeszkodzie takim pozytywnym przemianom stanęły systemowe reformy opieki zdrowotnej, skupione na opłacalności ‘usług’ i ‘świadczeń’ zdrowotnych, rozwoju infrastruktury i technologii. Do takiego systemu nie przenikają idee zmian w obrębie relacji między lekarzami i pacjentami. Jednak idee takie, dobre praktyki, jasno formułowane sposoby i podejścia uwzględniające pacjenta jako pełnowymiarowy podmiot mogą i powinny przenikać do programów studiów, celów i metod kształcenia przyszłych pracowników medycznych. W zasadzie tylko tą drogą da się jeszcze cokolwiek zmienić, albo raczej zapobiegać pogłębianiu obecnych tendencji.

Rekomendując rozprawę doktorską do wyróżnienia i publikacji, widziałbym jej miejsce wśród podręcznikowych opracowań z zakresu współdziałania lekarza i pacjenta oraz podejmowania decyzji klinicznych. Nie da się jej zredukować do prac promujących uproszczony model komunikacji, ewidentnie marginalizujący potencjał refleksyjny, decyzyjny i partycypacyjny pacjenta. Podręcznik oparty na rozprawie doktorskiej miałby z jednej strony status pomocniczy względem klasycznej literatury

biomedycznej i bioetycznej, a z drugiej strony byłby jednym z pierwszoplanowych i najbardziej zaawansowanych – wręcz najnowocześniejszych – także w porównaniu z pokrewną literaturą naukową dostępną na świecie. Na tle tej literatury, eksplorującej zwykle (jeśli w ogóle) teorie narracji, etykę i hermeneutykę dialogu, rzadko zaś etykę dyskursu, podręcznik miałby wartość unikalną. Z pewnością już na obecnym etapie – w formie rozprawy doktorskiej – stanowi on znaczący wkład w rozwój dyscypliny naukowej, to jest *filozofii i etyki medycyny*. Przedkładając rozprawę doktorską, autorka wykonała nowy, radykalny i odważny krok badawczy, jaki nie pojawił się nawet w macierzystym niemieckojęzycznym kontekście filozofii dyskursu. Tu nawet nie chodzi o to, by rewitalizować samą filozofię dyskursu i rozwijać ją poza dominującym nurtem legitymizacji prawa. Chodzi o realny potencjał transformacyjny dyskursu, jaki może się dokonywać dzięki badaniom, a także edukacyjnej działalności takich znawczyń i znawców dyskursu jak Doktorantka; znawców, którzy oprócz samej zaawansowanej znajomości teorii dyskursu i teorii pokrewnych potrafią ją precyzyjnie i aplikacyjnie odnieść do potrzeb i interesów krytycznych dla wszystkich ludzi. Instytucjom akademickim, które miałyby Autorkę takich badań w swojej kadrze naukowej i dydaktycznej mógłbym tylko pogratulować. Odwaga interpretacyjna, zarówno w odniesieniu do filozofii Habermasa, jak i zagadnień interdyscyplinarnych, umiejętność zajmowania wyważonych krytycznych stanowisk, a nade wszystko wierność hermeneutycznej logice argumentu przemawiają za dojrzałością Doktorantki i pozwalają żywić nadzieję na Jej dalszy rewelacyjny rozwój naukowy.

Przejrzysta struktura pracy doktorskiej świadczy o dobrym przygotowaniu badawczym Doktorantki, które pozwala Jej prowadzić się bardziej logice argumentu niż wąsko rozumianej metodologii pracy badawczej. Osobiście inaczej rozłożyłbym akcenty, choć rozumiem, że ponieważ jest to praca doktorska z etyki, szczegółowe omówienie teorii działania komunikacyjnego i dyskursu u Habermasa ma swoje uzasadnienie. Niestety ucierpiały na tym te wymiary pracy, które mogłyby być bardzo przydatne dla dalszego rozjaśnienia relacji między lekarzem i pacjentem i bardziej szczegółowego pokazania potencjału działania komunikacyjnego w praktyce medycznej. Nie chodziłoby przy tym o ortodoksyjne i całościowe zastosowanie tych metod w praktyce; być może da się zaopatrzyć manuskrypt w kilka przykładów (rodzaj *case book*, niekoniecznie obejmujący klasyczne problemy bioetyki; bardziej istotne byłyby tu przykładowe argumentacje prowadzące do wspólnych uzgodnień z udziałem pacjenta).

Obszerna bibliografia nie jest podzielona na podstawową i pomocniczą, choć z pewnością można by zaliczyć prace Habermasa do tekstów źródłowych i bibliografii podmiotowej. Bibliografia przedmiotowa jest trafnie dobrana i obejmuje ważne opracowania pomocnicze obecne w literaturze międzynarodowej, również te najnowsze.

Ważnym atutem Doktorantki jest korzystanie z dzieł oryginalnych, co szczególnie w przypadku twórczości Habermasa ma szczególne znaczenie. Niejednokrotnie dopiero odniesienie do oryginalnego terminu niemieckiego pozwala dostrzec wagę Habermasowskich dystynkcji i analiz pojęciowych, a także ustrzec się pochopnych uogólnień i zarzutów, które trafiają się tam, gdzie autorzy omawiają coś lakonicznie, 'własnymi słowami', bez dokumentacji i cytatów stanowiących niezbite dowody na to, że coś zostało lub nie zostało powiedziane i napisane. Współczesny, pospieszny, powierzchowny, sięgający najwyżej do komentarzy i drugorzędnych źródeł sposób uprawiania filozofii staje się coraz bardziej widoczny także w Polsce; Doktorantce udało się nie wpaść w tę pułapkę.

Drobne potknięcia gramatyczne, stylistyczne, literówki, formatowanie tekstu, problemy językowe z ekwiwalentami w języku niemieckim lub angielskim, niekonsekwentne stosowanie odpowiedników w językach obcych, etc. łatwo jest skorygować. Nie powiodła się też próba stosowania języka inkluzywnego, stąd nieuchronne niezręczności językowe i brak semantyczno-logicznej konsekwencji (lekarz, pacjent, pielęgniarka, pielęgniarka). Usterki te można łatwo usunąć, redagując manuskrypt. Przy publikacji nie rezygnowałbym jednak z rzetelności i dokumentacji naukowej na rzecz wersji popularyzującej. Doktorantce udało się połączyć przystępną konwencję z prezentacją mającą solidne podstawy teoretyczne i naukowe. Pełniejszego przytoczenia (całych wyrażen gramatycznych) wymagają minimalistyczne odwołania do terminologii niemieckojęzycznej.

Praca doktorska mgr Karoliny Napiwodzkiej znakomicie spełnia warunki określone w art. 13 ust. 1 ustawy z dn. 14 marca 2003 r. o stopniach naukowych i tytule naukowym oraz o stopniach i tytule w zakresie sztuki (Dz. U. Nr 65, poz. 595, z późn. zm.). Zwracam się z uprzejmą prośbą do Rady Naukowej Dyscypliny Filozofia Uniwersytetu im. Adama Mickiewicza w Poznaniu o dopuszczenie Doktorantki do dalszych etapów przewodu doktorskiego.



Prof. Dr. Dr. Andrzej Wierciński

