

Małgorzata Jantos

Filozofia dialogu przeciw paternalizmowi w medycynie

Słowa kluczowe: *dialog, paternalizm, leczenie za zgodą pacjenta, rozmowa lekarza z pacjentem, współudział pacjenta w leczeniu, szacunek dla pacjenta*

W myśli starożytnej dialog był narzędziem komunikowania się ludzi, w tym także uprawiania filozofii, i to już od czasów Sokratesa. Relacja pomiędzy człowiekiem i człowiekiem polegała na wymianie zdań, opierała się na rozmowie. Prolog do *Uczty* jest dobrym opisem Sokratejskiego podejścia do poznania. Sokrates, pogrążony w rozmyślaniach, zatrzymał się gdzieś w drodze, a potem spóźnił się na spotkanie. Agaton prosi Sokratesa, aby usiadł obok niego: „Sokratesie, koło mnie się ulóż; niech i ja coś wezmę z tej mądrości, którąś tam na ganku zdobył. Boś oczywiście coś mądrego znalazł i masz; inaczej byłbyś pewnie stał dalej”. Sokrates odpowiada: „Dobrze by to było, mój Agatonie, gdyby się to tak można zetknąć i przelewać mądrość z pełniejszego do bardziej próżnego z nas dwóch, tak jak to woda przepływa po wełnie z pełniejszego kieliszka do mniej pełnego”¹. Nauczyciel ma większą wiedzę i doświadczenie, ale uczeń może go inspirować. Pomiedzy nauczycielem i uczniem zachodzi więc dialog złożony z przekazywania informacji, z pytań i odpowiedzi.

W dialogach Platona wybija się na pierwszy plan metoda dialektyczna, czytelnik zostaje wciągnięty w dyskusję. W *Menonie* Platoński Sokrates mówi: „pytasz mnie, (...) czy potrafię cię nauczyć czegoś – ja, który mówię, że nie istnieje uczenie, tylko przypominanie (...)”². Dialogi Platońskie przedstawiają wizerunek Sokratesa-wychowawcy jako akuszera doprowadzającego uczniów do wiedzy, którą mają, ale której nie są świadomi.

¹ Platon, *Uczta*, przeł. W. Witwicki, Kęty 2002, 175 D.

² Platon, *Menon*, w: tenże, *Gorgiasz. Menon*, przeł. P. Siwek, Warszawa 1991, 82 A.

Dziwnym się wydać może, że Hipokrates, grecki lekarz zaledwie 9 lat starszy od Sokratesa, miał zdecydowanie inny stosunek do słowa i jego wartości w komunikacji międzyludzkiej. Przypisywana jest mu rekomendacja, jaką dawał młodym adeptom medycyny:

Opiekując się pacjentem, czynź to wszystko spokojnie i umiejętnie, większość rzeczy przed nim ukrywając. Niezbędne polecenia wydawaj z pogodą i łagodnością, odwracając jego uwagę od wykonywanych u niego zabiegów; czasem zgań go ostro i zdecydowanie, a czasem pociesz okazując troskę i zainteresowanie, niczego nie ujawniając w kwestii jego przyszłego lub obecnego stanu³.

To jedno z pierwszych i najbardziej radykalnych sformułowań paternalizmu w medycynie. Korelatem tej postawy wobec pacjenta jest przekonanie lekarza, że tylko on zna pełną prawdę na temat stanu zdrowia pacjenta i tylko on powinien decydować, w jaki sposób pacjentowi można pomóc. Ten sposób traktowania pacjentów stał się dominujący na wiele następujących wieków. Dopiero w XVIII wieku, gdy w naukach medycznych nastąpił znaczący postęp, umocniło się przekonanie, że z chorobą można walczyć skutecznie, że środki farmakologiczne i chirurgia pozwalają przywrócić zdrowie pacjentowi. Przestano uważać chorobę za zasłużoną karę lub dopust boży i uznano ją za jeden z wielu faktów zachodzących w naturze. W filozofii i psychologii także zmieniał się podstawowy paradygmat. Pojawiła się grupa filozofów, których myślenie było skierowane przeciwko totalnej wizji świata utożsamiającej to, co ogólne, z absolutem. Wróciła koncepcja konsultacji, ustaleń zespołowych, wiara w wartość dialogu z konsultantami i pacjentem.

Tradycja grecka zakładała równość partnerów biorących udział w dialogu. Dialog koncentrował się wokół rozważań dotyczących zagadnień prawdy, poznania, wiedzy.

W tradycji dialogowej wywodzącej się od starożytności greckiego dialogu filozoficznego dokonuje się samoutwierdzenia człowieka jako istoty autonomicznej, rozumnej i społecznej⁴.

Tradycja biblijno-religijna opierała się na asymetrii – pozycja człowieka była znacznie niższa od Absolutu. Człowiek, jako dziecko Boże, z istoty swej jest nastawiony na słuchanie głosu Pana. Dopiero u Friedricha Jacobiego,

³ Cyt. za: P. Łuków, *Granice autonomii pacjenta*, w: *Bioetyka*, Warszawa 2013, s. 85.

⁴ E. Kasperski, *Dialog w świecie pozorów (o dialogice Buber)*, „Przegląd Humanistyczny” 1988, nr 6.

w jego listach, pojawiło się stwierdzenie dość jasno sugerujące to, co później rozbudowała filozofia dialogu: bez Ty niemożliwe jest ja. Tę linię myślenia kontynuował Hermann Cohen, który w pracy *Religion der Vernunft aus den Quellen des Judentums* podkreślał podobieństwo relacji między człowiekiem i Bogiem oraz relacji między człowiekiem i człowiekiem⁵. Uczeń Cohena, Franz Rosenzweig, współpracował z Martinem Buberem. Miał zresztą znaczący wpływ na jego poglądy. Obok działał Ferdinand Ebner – katolicki protoplasta filozofii dialogu.

Ebner wskazywał na ciekawe rozumienie dialogiczności u takich autorów, jak von Humboldt, Jean Paul, Schelling, Franz von Baader. W ich duchowym otoczeniu „odkrycie Ja i Ty” wisiało już w powietrzu⁶. Według Ebnera cechą wyróżniającą człowieka jest to, że człowiek „ma słowo”⁷. Oznacza to, że może „zagadnąć” Ty, oraz być zagadniętym przez Ty, czyli może stać się Ty dla innego Ja. W ten sposób stwierdzenie „człowiek ma słowo” równoznaczne jest z: „jest nastawiony na to, co duchowe poza nim”⁸. „Mieć słowo” równoznaczne jest z „byciem osobą”. Można więc wnosić, że być osobą to móc powiedzieć „Ja jestem” lub „Ty jesteś”, i to tak, że wypowiedź ta, w obecności Ty, staje się sensowna i skutkuje nawiązaniem relacji. Przez wiarę w słowo obie osoby zostają zmobilizowane do pewnego rodzaju interakcji, do wspólnego działania. Funkcją słowa jest łączenie osób, budowanie relacji Ja do Ty. Jeśli w takiej sytuacji „aktualnie” wypowiadam do drugiego słowo, to on nie myśli o „znakach językowych”, lecz wierzy temu słowu i stosownie do niego działa. Bez tej „aktualności” słowo można analizować pod względem gramatycznym – ale nie czyni się tego przed drugim człowiekiem.

W XX wieku katolicka myśl odwołująca się do Ebnera miała duże znaczenie. Wśród autorów przypisujących myślenie dialogiczne filozofii religijnej byli Romano Guardini i Gabriel Marcel, wiązani z „egzystencjalizmem chrześcijańskim” czy też personalizmem. Wśród niemieckich teologów katolickich zainspirowanych myślą dialogiczną znaleźli się Karl Rahner i Hans Urs von Balthasar. W Polsce był ksiądz profesor Józef Tischner.

Poza katolicyzmem wybitnym orędownikiem myślenia dialogicznego był Martin Buber, według którego postawa dialogiczna ujawnia się zarówno w rozmowie, jak i w „milczącej komunikacji” (*schweigende Mitteilung*). W prawdziwej rozmowie każdy z rozmówców musi objawić się drugiemu

⁵ Patrz H.L. Goldschmidt, *Herman Cohen und Martin Buber*, Genève 1946.

⁶ Ebner pisze w liście do Josefa Räuschera (16.01.1926): „Übrigens lag die «Entdeckung des Ich und Du» schon in der geistigen Luft um Humboldt, Jean Paul, Schelling, Baader herum”. Por. F. Ebner, *Schriften*, B. III, s. 585.

⁷ F. Ebner, *Słowo i realności duchowe. Fragmenty pneumatologiczne*, Warszawa 2006, s. 6.

⁸ Tamże.

w całej prawdzie swojego bytu. Nie aprioryczne przyznanie racji drugiemu jest ważne, ale właśnie zaaprobowanie jego inności. „Milcząca komunikacja” należy do obszaru ludzkiego porozumiewania się tak jak rozmowa. Podstawowe znaczenie ma w tym przypadku „wzajemność wewnętrznego działania”. Buber pisał, że kiedy ludzie siadają obok siebie w pełnym milczeniu, zachowując swoją samotność, to może zaistnieć fenomen „milczenia wzajemnego”, tkliwego wzajemnego współbycia, i wtedy staje się ono mistyczne, a partnerzy stają się, jak pisał: „lustrem boskiego oblicza”. Dialog przekształca się w spotkanie. Innym obszarem, jaki wyodrębnił Buber, jest dialog będący faktycznie „zamaskowanym monologiem” (*getarnte Monolog*). Tutaj Buber wyjaśniał, czym jest dialog, posługując się opisem tego, czym dialog być nie powinien.

Co jest zagrożeniem dla dialogu? Człowiek może kształtować swoje życie dwojako: może zachować swoją tożsamość i otwierając się w spontaniczności pozostać sobą, albo poddać się własnemu pomysłowi na swój temat⁹, wtedy wierzy w wymyślony przez siebie obraz (*Bildmensch*). Jeśli *Bildmensch* zdominuje człowieka w kontaktach z innymi – to manifestowane zachowanie jest kreowaniem pewnego portretu, a nie otwieraniem się na dialog. Życie według portretu zrodziło, zdaniem Bubera, kryzys osobowej tożsamości. Człowiek gubił się w chaosie wytwarzanych przez siebie wizji, ocen, wartościowania. A zafalszowanie osobowości któregokolwiek z partnerów czyni dialog niemożliwym.

Dialogika Bubera to przede wszystkim dialog nastawiony na partnera. Nazywanie kogoś „Ty” powinno być osadzone na prawdziwej podstawie uznania kogoś za byt osobny, ostatecznie ukształtowany, prezentujący określone stanowisko. Podstawą egzystencjalno-partnerską jest uznanie Ty, zaś wykluczającą – postawa egzystencjalno-przedmiotowa, kiedy Ty zostaje zepchnięte do poziomu To (*Es*). Tam, gdzie pojawi się choćby cień postawy przedmiotowej, bezpowrotnie znika postawa partnerska. Istnieje także niebezpieczeństwo sprowadzenia drugiej osoby Ty do pierwszej – Ja; wtedy mamy do czynienia z monologiem¹⁰. Wówczas traktuje się partnera jako aspekt własnego Ja.

⁹ Buberowski *Bildmensch* przypomina Jungowską „personę”. Jung uważał posiadanie maski („persony”) za konieczne, ponieważ nie można inaczej funkcjonować w społeczeństwie. Niebezpieczne dla rozwoju osobowości jest utożsamianie ego z maską, to znaczy utożsamianie się Ja z rolą społeczną. Buber nie wkraczał tak głęboko jak Jung w proces indywidualizacji człowieka, ale dzielił psychikę na to, co jest w niej prawdziwe, zgodne z Ja, i *Bildmensch*, które jest złem, nieprawdą, tym wszystkim, co należałoby koniecznie odrzucić (a czego ostatecznie odrzucić się nie da) po to, aby nie przeszkadzać w powstaniu prawdziwego dialogu.

¹⁰ Dla Bubera przedstawicielem filozofii monologu był Martin Heidegger, z którym wytrwale polemizował.

W filozofii Bubera położony jest nacisk na relacje osób, a nie replik (jak to jest na przykład u Gabriela Marcela czy Michaiła Bachtina). Przebywając z Drugim mogą być z nim w dialogu albo go „doświadczać”. I są to postawy wykluczające się. „Doświadczać partnera” oznacza zajmować wobec niego w rozmowie postawę obserwatora, być wobec niego „na zewnątrz”, wpływać na niego, kształtować go w jakiś sposób czy też czynić obiektem pożądania, doznań estetycznych itp. Oczywiście my sami też możemy być jedynie doświadczani, a nie zachęcani do dialogu.

Dialogika Bubera, jak podkreśla wielu komentatorów, ma charakter anty-instrumentalny. Dialog, według tego filozofa, jeśli ma być prawdziwy, musi być spotkaniem bezpośrednim. Jakikolwiek pośrednictwo odbiera mu ową niepowtarzalność bycia-człowiekiem-z-człowiekiem twarzą w twarz.

Buber odrzucił, podobnie jak uczyniło wielu innych przedstawicieli XX-wiecznej myśli dialogowej, popularne rozumienie dialogu jako pewnej szczególnej formy komunikowania się za pomocą mowy. W tym sensie jego stanowisko można nazwać asemiotycznym. Wnikliwie analizował ideę funkcjonowania społeczeństwa. Wiele koncepcji czerpał z prac socjologów (powszechnie uznaje się znaczny wpływ na niego Georga Simmla). Sam z kolei miał szanse oddziaływać na psychoterapeutów. Mogły też zachodzić na tym polu zbieżności niepowiązane przyczynowo. Antoni Kępiński, wybitny polski profesor medycyny i psychiatra, najprawdopodobniej nie czytał Bubera. Z pewnością go nie cytował. Jednakże kiedy widzimy rozróżnienie, tak ważne w tekstach Kępińskiego, na podejście podmiotowe i przedmiotowe do człowieka – to czujemy, jakbyśmy słyszeli echo sformułowań Bubera.

Polą badawczego, jakim jest chory, nie można zwęzić ani ustalić w czasie; jest to zjawisko jedyne, niepowtarzalne, wiecznie żywe i zmienne, zaskakujące niedającymi się przewidzieć reakcjami. Wobec chorego nie można więc zachować postawy naukowego badacza, postawy podmiotu do obserwowanego przedmiotu¹¹.

U Bubera i u Kępińskiego pojawia się ta sama dialektyka zbliżania i oddalania. Buber pisał o prądystansie, a Kępiński o oddaleniu.

Podstawową decyzją emocjonalną w stosunku do drugiego człowieka jest decyzja zbliżenia się do niego lub oddalenia¹².

¹¹ A. Kępiński, *Rytm życia*, Warszawa 1999, s. 201.

¹² Tamże, s. 63.

Dla jednego, jak i drugiego dialog ma charakter symetryczny.

Zazwyczaj uwzględnia się tylko działanie, jakie lekarz na chorego wywiera, zapominając, że istnieje też oddziaływanie w kierunku odwrotnym: chorego na lekarza. Oddziaływanie to nie jest bez znaczenia i na pewno wywiera niemały wpływ na kształtowanie się osobowości lekarza¹³.

Kępiński, podobnie jak Buber, zastanawiał się nad tym, czym powinien być autentyczny dialog, i wskazał na przeszkody, które mogą go utrudniać. Wymienił trzy zasadnicze skazy sztucznie prowadzonego dialogu. Po pierwsze, był to błąd naukowej obiektywności, polegający na uprzedmiotowieniu pacjenta. Psychiatra – według Kępińskiego – jak mało kto powinien być wolny od skłonności do naukowej obiektywizacji, czyli od uprzedmiotowienia. Po drugie, pojawia się błąd maski: rozmowa z chorym jest szczerą, gdy przebiega bez wzajemnego maskowania się¹⁴. Dialog wymaga szczerości, otwierającej przestrzeń dialogu, która staje się podstawą autentyczności kontaktów. Po trzecie, lekarz może popełnić błąd moralizowania, czyli narzucania moralnej oceny, gdy potrzebne jest emocjonalne zrozumienie.

Kępiński pisał, że niezbędne dla osiągnięcia prawdziwego porozumienia jest wyzbycie się poczucia władzy.

Obserwuje się tu dziwny paradoks władzy: im większy wpływ chce psychiatra na chorego wyrzucić, tym mniejszy wpływ wywiera¹⁵.

Błąd moralnej oceny to także błąd sędziego. Nie powinno się z góry nikogo osądzać. Podstawą zrozumienia jest umiejętność słuchania. Zbliżenie do chorego jest wysiłkiem niezbędnym, aby wejść w świat pacjenta. Nie wolno go potępiać, osądzać, zrażać. Kępiński zadaje pytanie: co jest przyczyną kryzysu w relacji lekarza do chorego? I sam odpowiada: stosowanie kar-tezjańskiego dualizmu duszy i ciała, czyli przyjęcie schematu niezgodnego ze współczesną medycyną.

Spośród niesłychanego bogactwa przeróżnych form międzyludzkich stosunków stosunek lekarza do chorego i chorego do lekarza jest stosunkiem specyficznym. (...) Stosunek tych dwóch osób, z których jedna znajduje się w kręgu cierpienia, niemocy, a nawet śmierci, a druga pod ciężarem przytłaczającej odpowiedzialności za życie i zdrowie

¹³ Tamże.

¹⁴ A. Kępiński, *Poznanie chorego*, Warszawa 1989, s. 81.

¹⁵ A. Kępiński, *Rytm życia*, dz. cyt., s. 265.

swego partnera – rozgrywa się w atmosferze intymności i nierzadko niesłuchanego, choć nie zawsze uświadomionego napięcia emocjonalnego¹⁶.

Kiedy czytamy zdanie Kępińskiego: „Podstawą wszelkich stosunków międzyludzkich jest traktowanie drugiego człowieka jako człowieka”¹⁷, może nam się wydawać, że wróciliśmy do Bubera. Tadeusz Gadacz napisał obszerny artykuł porównujący koncepcje Antoniego Kępińskiego dotyczące relacji międzyludzkich, a konkretnie lekarza i pacjenta, ze stanowiskiem filozofów dialogu. Pisał o podobieństwach pomiędzy Kępińskim a Buberem, Levinsem, Tischnerem.

Trudno określić profesora Antoniego Kępińskiego mianem filozofa. Nie ulega jednak wątpliwości, że był człowiekiem, lekarzem i profesorem silnie inspirowanym filozofią i myśleniem filozoficznym¹⁸.

Wydaje się, że wraz z szerzeniem się filozofii dialogicznej, w której chodziło o nawiązanie kontaktu z drugim człowiekiem, o „rozbicie podmiotu” i wyjście poza podmiot, w medycynie pojawia się nowy model kontaktu z pacjentem. W poprzednim paradygmacie, zgodnie z zaleceniami Hipokratesa, niewskazane było informowanie pacjenta o istocie jego choroby, nie mówiąc już o konsultacjach dotyczących sposobu leczenia. Od kilku dziesięcioleci zdobywa sobie popularność przekonanie, że pacjent powinien brać świadomy udział w procesie leczenia. W każdym podręczniku i na każdej uczelni medycznej podkreśla się autonomiczność pacjenta. Dążenie do uzyskania świadomej zgody na leczenie uznawane jest za wyraz poszanowania i autonomii.

Paternalizm można rozpatrywać w bardzo wielu aspektach. Argumentem popierającym jego stosowanie może być to, że lekarz działa na rzecz dobra chorego i że ma profesjonalną wiedzę na temat tego, jak choremu można pomóc. Jednak praktyczne działanie nie zawsze spełnia tak wysokie założenia. Dobre intencje i wiedza medyczna nie zawsze wystarczają w leczeniu. Choroba często powstaje w rezultacie niezdrowego trybu życia, pod wpływem trosk i życiowych niepowodzeń, na skutek urazów, o których pacjent mówi niechętnie i o które lekarz pyta w najlepszym razie z wielką niechęcią. Lekarz decydujący za pacjenta niekoniecznie poddaje

¹⁶ Tamże, s. 235.

¹⁷ Tamże, s. 105.

¹⁸ T. Gadacz, *Profesor Antoni Kępiński – myśliciel dialogiczny*, „Psychoterapia” 2012, nr 4 (163), s. 19.

się pokusie decydowania za innych. Często obawia się wplątania w trudne problemy, których rozwiązanie wymaga nadzwyczajnych starań i empatii. Albo spodziewa się innej, powszechnie występującej trudności: pacjent nie zechce słuchać o tym, co lekarz już odgadł na jego temat. Brakuje zatem obustronnego zaufania.

James F. Childress, kiedy pisał o najważniejszych sprawach bioetycznych, rozróżnił pomiędzy paternalizmem czynnym i biernym.

Paternalizm czynny polega na tym, że ktoś odmawia spełnienia życzenia osoby, która nie życzy sobie jego ingerencji, natomiast paternalizm bierny polega na tym, że ktoś nie zgadza się spełnić czyichś życzeń lub działać zgodnie z czymś wyborem¹⁹.

Partnerski model relacji lekarza i chorego opowiada się za współdecydowaniem chorego, a zatem i dostępem do informacji. W nim nie chodzi jedynie o sam przekaz prawdy o stanie zdrowia pacjenta, ale o sposób jej przekazania. Najczęściej chory nie jest gotowy na przyjęcie prawdy. Badania prowadzone w USA i w Wielkiej Brytanii wykazały niski stopień zrozumienia przez pacjentów przekazywanych im informacji. Podobnie rzecz ma się i w Polsce²⁰.

Lekarz nie może traktować informacji przekazywanych choremu jako jednorazowej czynności, ale powinien zaangażować się w dialog rozciągnięty w czasie, przyspieszający lub zwalniający w zależności od potrzeb chorego i od przebiegu choroby. C. Saunders i E. Kubler-Ross zapoczątkowały metodę prowadzenia rozmów z chorymi w stanie terminalnym. Rola rozmówcy ma polegać na towarzyszeniu i służeniu choremu przez wysłuchiwanie go i pomaganie mu w wypowiedaniu myśli i niepokojów. Bardziej paternalistyczną metodę proponował L. Le Shan, który podkreślał potrzebę kierowniczej roli lekarza w dialogu z pacjentem. Jego zdaniem lekarz powinien wytworzyć możliwość akceptacji przez chorego sytuacji, w której się on znajduje. Podobny efekt ma dawać metoda empatycznego słuchania zaproponowana przez T. Gordona i W.S. Edwardsa²¹.

W dialogu lekarza z chorym istotnym czynnikiem jest osobowość lekarza, ponieważ chory angażuje się w rozmowę odpowiednio do tego, jak silnie czuje się zaakceptowany przez lekarza. Stąd problem przekazywania

¹⁹ T.L. Beauchamp, J.F. Childress, *Zasady etyki medycznej*, przeł. W. Jacórzyński, Warszawa 1996, s. 241.

²⁰ S. Sajdak, A. Perczyńska, M. Spaczyński, *O potrzebie rozmowy z chorym na raka*, „Nowiny Lekarskie” 1997, nr 4 (66), s. 436–439.

²¹ T. Gordon, W.S. Edwards, *Pacjent jako partner*, Warszawa 1999.

prawdy pacjentowi jest jednocześnie problemem prawdy na własny temat dla lekarza²².

Lekarz nie może być bezdusznym rejestratorem zwierzeń, lecz musi być żywym partnerem, który na czas rozmowy pozwala sobie na narzekania lub oskarżania, pocieszenie lub przygnębienie, jeśli tylko w ten sposób umie otworzyć swoją osobowość. Lepiej ukazać swe niedoskonałe ja mające szansę się rozwinąć, niż nadrabiać fasadą fałszywej doskonałości. Mądrość sztuczna wcale nie wyraża mądrości²³.

Bibliografia

- Beauchamp T.L., Childress J.F. (1996), *Zasady etyki medycznej*, przeł. W. Jacórzyński, Warszawa.
- Buber M. (1992), *Ja i Ty. Wybór pism filozoficznych*, Warszawa.
- Buber M. (2012), *Droga człowieka według nauczania chasydów*, Warszawa.
- Brusiło J. (2004), *Lekarz wobec kresu życia ludzkiego*, Kraków.
- Dilger I. (1983), *Das dialogische Prinzip bei Martin Buber*, Frankfurt am Main.
- Ebner F. (1963), *Zum Problem der Sprache und des Wortes*, w: tenże, *Schriften*, München.
- Ebner F. (2006), *Słowo i realności duchowe. Fragmenty pneumatologiczne*, Warszawa.
- Gadacz T. (2012), *Profesor Antoni Kępiński – myśliciel dialogiczny*, „Psychoterapia”, nr 4 (163).
- Gert B., Culver Ch.M., Danner Clouser K. (2009), *Bioetyka*, przeł. M. Chojnacki, Gdańsk.
- Goldschmid H.L. (1946), *Herman Cohen und Martin Buber*, Genève.
- Gordon T., Edwards W.S. (1999), *Pacjent jako partner*, Warszawa.
- Kasperski E. (1988), *Dialog w świecie pozorów (o dialogice Bubera)*, „Przegląd Humanistyczny” 6.
- Kępiński A. (1989), *Poznanie chorego*, Warszawa.
- Kępiński A. (1999), *Rytm życia*, Warszawa.
- Kraft W. (1966), *Gespräche mit Martin Buber*, München.
- Jantos M. (1997), *Filozofia dialogu. Źródła, zasady, adaptacje*, Kraków.
- Lebrun F. (1997), *Jak dawniej leczono. Lekarze, święci i czarodzieje XVII i XVIII wieku*, przeł. Z. Podgórska-Klawe, Warszawa.
- Ley P. (1997), *Psychological Studies of Doctor-Patients Communication*, w: *Contributions to Medical Psychology*, Oxford.
- Łuków P. (2013a), *Granice autonomii pacjenta*, w: *Bioetyka*, Warszawa.
- Łuków P. (2013b), *Zgoda na świadczenia zdrowotne i autonomia pacjenta*, w: *Bioetyka*, Warszawa.
- Mader J. (1968), *Fichte, Feuerbach, Marx*, Wien.
- Mader J. (1985), *Filozofia dialogu*, w: *Twarz innego*, Kraków.

²² J. Orzeszyna, *Mówić umierającemu prawdę czy nie mówić?*, Kraków 1995.

²³ M.B. Pecyna, *Pacjent i jego rodzina w komunikacji lekarskiej*, Warszawa 1993.

- Orzeszyna J. (1995), *Mówić umierającemu prawdę czy nie mówić?*, Kraków.
- Pecyna M.B. (1993), *Pacjent i jego rodzina w komunikacji lekarskiej*, Warszawa.
- Platon (1991), *Gorgiasz. Menon*, przeł. P. Siwek, Warszawa.
- Platon (2002), *Uczta*, przeł. W. Witwicki, Kęty.
- Puchalska-Wasyl M. (2006), *Nasze wewnętrzne dialogi. O dialogowości jako sposobie funkcjonowania człowieka*, Wrocław.
- Sajdak S., Perczyńska A., Spaczyński M. (1997), *O potrzebie rozmowy z chorym na raka*, w: „Nowiny Lekarskie” 66.
- Schaeder G. (1966), *Martin Buber. Hebräischer Humanismus*, Göttingen.
- Schaeffler R. (1981), *Die Vernunft und das Wort*, „Zeitschrift für Theologie und Kirche”.
- Siemek M.J. (red.) (1978), *Drogi współczesnej filozofii*, Warszawa.
- Stelmach J., Brożek B., Soniewska M., Załuski W. (2010), *Paradoksy bioetyki prawniczej*, Warszawa.
- Wróbel M. (2000), *Partnerski charakter relacji między lekarzem a chorym. Aspekt moralny*, Kraków.

Streszczenie

W myśli starożytnej dialog był instrumentem komunikowania się ludzi, w tym także uprawiania filozofii, i to już od czasów Sokratesa. Relacja między człowiekiem i człowiekiem polegała na wymianie zdań, opierała się na rozmowie. Uczniowie Sokratesa także wierzyli w wartość słowa. I dziwnym się wydać może, że Hipokrates, wielki grecki lekarz, zaledwie 9 lat starszy od Sokratesa, miał zdecydowanie inny stosunek do słowa i jego wartości w komunikacji międzyludzkiej. Przypisywana jest mu rekomendacja, jaką dawał młodym adeptom medycyny: „Opiekując się pacjentem, czyn to wszystko spokojnie i umiejętnie, większość rzeczy przed nim ukrywając”. W czasach nowożytnych filozofia dialogu przestała być popularna. Wróciła dopiero w XX wieku i stała się między innymi inspiracją dla innych niż hipokratejskie relacji pomiędzy lekarzem a pacjentem. Paternalizm w medycynie zaczął odchodzić w przeszłość. Teraz lekarz rozmawia z pacjentem i ustala przebieg leczenia. Staje się partnerem w leczeniu pacjenta, a nie decydem.