

**BUCHAREST UNIVERSITY OF ECONOMIC STUDIES**  
The Faculty of International Business and Economics  
The Department of Modern Languages and Business Communication of ASE  
**11th International Conference: Synergies in Communication (SiC)**  
Bucharest, Romania, 26 - 27 October 2023

## **COMUNICAREA ADEVĂRULUI ȘI DEONTOLOGIA MEDICALĂ. NOTE LA ROGER HIGGS**

### **THE COMMUNICATION OF TRUTH AND MEDICAL DEONTOLOGY. NOTES ON ROGER HIGGS**

**Ioan BUȘ<sup>1</sup>**

#### ***Abstract***

*The truth in communicating a serious medical diagnosis by a doctor is a subject that can be approached from multiple perspectives. Without systematic ethical support, Roger Higgs presents theoretical arguments for a certain 'realism' in addressing the truth, alongside experientially grounded reasoning. He discusses both the perspective of the physician and that of the patient, both within a teleology that nevertheless posits a universal principle as its foundation: 'The patient has the right to know their diagnosis.' The application of this principle entails certain exceptions, which Higgs justifies through post hoc arguments. The ethical consequences of the choice regarding truth communication can be unfavorable. In this article, I will make some observations of an ethical and epistemological nature regarding Roger Higgs' theses. I will briefly present the other perspective, a more pessimistic one, regarding trust in human nature, as presented a century ago by Joseph Collins. I will conclude with a methodological comparison of the two authors' approaches to the subject.*

**Keywords:** communication; ethics; truth; patient; doctor

**DOI:** 10.24818/SIC/2023/06.15

#### ***1. Comunicarea diagnosticului - câteva perspective***

Comunicarea adevărului în situații medicale poate fi o chestiune problematică. Pentru început, voi delimita zona discuției. Mă voi referi la relația dintre medic și pacient, la care se adaugă și relația dintre medic și familia pacientului. Nu voi include în discuție relațiile dintre agenți morali și agenți amoralii (animale, etc.). Comunicarea este problematică în cazurile în care diagnosticul este unul grav ce poate afecta starea psihică a pacientului și, în consecință, îi poate degrada sănătatea fie prin atragerea refuzului acestuia de a urma un tratament, fie prin inducerea unei stări în care va ajunge incapabil să accepte un diagnostic, refuzând, în consecință, orice tratament. Pe lângă acești factori emoționali care influențează puterea de a urma un tratament, pacientul, ca agent moral (care are datorii etice și față de sine, nu doar față de ceilalți) mai trebuie să îndeplinească încă o cerință pentru beneficiul său. Problema comunicării adevărului se pune și atunci când e incert dacă pacientul are sau nu capacitatea cognitivă de a înțelege diagnosticul. Această interogație poate apărea nu doar din considerente de personalitate ci și din considerente ce vizează capacitatea de a înțelege o explicație

---

<sup>1</sup> Universitatea de Vest din Timișoara, ioan.bus@e-uvt.ro

care vine totuși din partea unui specialist. Trebuie deci să se țină seama de două aspecte în comunicarea diagnosticului: unul emoțional și altul cognitiv.

Din vasta sa experiență de medic, însemnând o carieră de peste 40 de ani, Joseph Collins, în articolul publicat acum un secol “Should Doctors Tell the Truth?” (Harper’s Monthly Magazine 155, August 1927, republicat în *Bioethics: An Anthology*, editat de Helga Kuhse și Peter Singer) susține că medicii trebuie să-și dezvolte o artă rafinată în comunicarea cu pacienții. Mai mult, Collins afirmă că este mai degrabă util să nu se comunice adevărul, ci fie să se prezinte doar o parte a lui, fie niciuna. Doar în cazuri cu totul excepționale (mai puțin de cinci, din experiența sa) comunicarea adevărului a avut efecte benefice. Trebuie menționat că medicul Joseph Collins nu este psiholog sau psihiatru, deci putem presupune că majoritatea pacienților săi au fost apți cognitiv de a primi diagnosticul medical. Discuția se dezvoltă foarte mult în cazul pacienților care nu pot lua decizii pentru ei înșiși, pentru care decizia de cele mai multe ori o ia familia - iar dacă nu au familie decizia trebuie să o ia un reprezentant al societății. Câtă responsabilitate îi revine fiecărei părți și care sunt mai înainte pașii și actorii sociali care stabilesc incapacitatea cognitivă - adică lipsa agenției morale a pacientului este o altă perspectivă ce trebuie abordată. Această zonă a incertitudinii este oarecum paradoxală: pe de o parte are nevoie de reguli clare, bine gândite, pe de altă parte deciziile diferă foarte mult de la un caz la altul, rigoarea principiilor și subiectivitatea particularităților fac de multe ori dificilă luarea deciziilor și în consecință umbra de îndoială rămâne asupra lor ca un sentiment greu, peste o întemeiere profundă și îndelung chibzuită.

Acest tip de probleme etice sunt mereu neplăcute fiindcă de cele mai multe ori nu-și găsesc o soluție acceptată rațional și emoțional. Încă și mai dificilă este punerea în practică a unei astfel de decizii, aici mă refer la probleme precum eutanasia – cu tot ce implică aceasta: diagnostic, decizie, acțiuni.

În acest articol voi discuta perspectiva lui Roger Higgs (Kuhse and Singer, 2009, 520) despre comunicarea adevărului în cazurile medicale cu diagnostic grav, în contrast cu convingerile lui Joseph Collins,

“Să ai încredere că cineva are grijă de tine înseamnă, în mod obișnuit, că nu te aștepti ca acea persoană să-ți spună minciuni” (Kuhse et al. 2015, 520). Aceasta este fraza de început a studiului lui Higgs. Este o prezumție cât se poate de legitimă și totodată o atitudine pe care unii pacienți încearcă să o evite. *De juris*, maxima menționată trebuie să aibă valabilitate, este o premisă de la care ar pleca orice ființă rațională. Dar nu toți pacienții sunt ființe raționale, în sensul strict, ci sunt și ființe emoționale. *De facto*, această maximă nu este însușită de marea majoritate decât la nivel discursiv. Experiența lui Joseph Collins, deși restrânsă la pacienții săi, la mediul social și economic în care a trăit, la valorile culturale normative, asumat sau implicit atestă faptul că în cazurile medicale de limită, diagnosticul este greu de acceptat, iar uneori renunțarea la viață pare o alternativă de preferat tratamentului.

Fiecare om știe că este muritor. Silogismul aristotelic indubitabil, cu premise adevărate și raționament valid are și această nuanță filosofică:

*Toți oamenii sunt muritori,  
Socrate este om,  
Deci, Socrate este muritor.*

Dar câți oameni care știu că sunt muritori sunt capabili să-și confrunte mortalitatea prognozată, întemeiată pe analize, teste, simptome, experiență? Câți oameni își pot gestiona mortalitatea anunțată, confirmată de un diagnostic, inevitabilă în perioada de timp imediată? Generalizând concluzia lui Joseph Collins - un număr foarte mic. Autoamăgirea pare o soluție mult mai suportabilă decât acceptarea adevărului sau a diagnosticului grav care tocmai a fost comunicat, încât alternativa foarte puțin probabilă a unui tratament neconvențional sau a unei explicații puțin întemeiate dar cu final pozitiv este preferată adevărului medical, științific. Acest scenariu pare de înțeles dacă intrăm într-o discuție despre natura umană, despre fragilitatea ei. Silogistic, a fi muritor este o teză ușor de acceptat. A fi muribund, cu un orizont plin de suferință, limitat și previzibil, este cu totul altceva. Există

explicații pentru pacienții care nu doresc aflarea adevărului în cazuri grave. Desigur, niciun pacient nu vrea să fie amăgit atunci când boala este ușoară și tratamentul rapid și eficient. Dar când finalitatea propriei existențe este pusă în termeni științifici, întemeiați pe experiență, precedente valide, pe un tratament incert și cu șanse mici de reușită, atunci „tăria de caracter” sau „puterea propriilor convingeri” devin expresii care își caută conținutul. De cele mai multe ori nu și-l găsesc. Din nou, aceasta este o discuție generală ce vizează natura umană. Ar trebui să fim dezamăgiți de faptul că majoritatea oamenilor nu-și pot accepta propria moarte? Sau poate ar trebui să acceptăm că acest lucru este parte din esența umanității. Suntem persoane mai bune, mai morale pentru că existența noastră este limitată în timp? Implicit, suntem părtași la suferința celorlalți, astfel încât empatia pentru „celălalt” nu mai este o virtute, ci o consecință a propriei naturi, fie ea și una slabă? În această descriere, poate fi ușor de înțeles apelul la autorități axiologice alternative practicii medicale: lumea supranaturală se deschide pentru toți cei care vor să creadă în ea. Putem lesne observa că natura umană este mult mai preocupată de supranatural decât de experiență și știință. Povara mortalității pare a fi prea grea pentru o abordare științifică, mult mai ușor se acceptă explicații, soluții și consecințe dincolo de experiența posibilă, doar pentru a evita disconfortul emoțional. Acest gând duce inevitabil la clasicii filosofiei, Aristotel, Descartes, care au identificat partea emoțională a spiritului ca fiind guvernatoare. Este nevoie de exercițiu constant, repetat și asumat pentru a trece în tărâmul vieții dictate de rațiune, fără frică, fără speranță deșartă.

Revenind la Roger Higgs, sunt necesare câteva analize punctuale. Anunțarea unui diagnostic grav este grea pentru pacient, dar nu este ușoară nici pentru cadrul medical. Autorul își amintește cum un coleg mai tânăr șoptea îndepărtându-se de pacient „Sigur nu asta am vrut să fac când mi-am ales aceasta slujbă” (Kuhse and Singer 2009, 521). Medicul desigur dorește să ajute și aduce expertiza sa în relația cu pacientul, dar „veștile rele” sunt incomode și pentru medic. Plasarea în proximitatea suferinței afectează pe toată lumea, nu doar pe cel care suferă. Întrucât medicul este persoana spre care pacientul se îndreaptă cu speranță, este, probabil, cu atât mai dificil pentru specialist să comunice o patologie incurabilă. Cel care trebuie să vindece este pus în situația de a admite că nu există deocamdată un tratament dovedit eficient și de a afișa limitele științelor medicale în fața unui pacient care este astfel lăsat fără alinare. La empatia cu suferința pacientului se adaugă și eșecul dat de limitele cunoașterii medicale în tratarea unor patologii terminale.

## **2. Paternalismul medical**

Roger Higgs aduce în discuție „paternalismul medical” înțeles din perspectivă culturală. Sintagma „doctorul știe mai bine” a devenit un stereotip în societate. Este de înțeles faptul că doctorul (medicul) este persoana competentă în relația cu pacientul, dar acest lucru devine mai puțin clar atunci când vorbim despre cazurile grave, când diagnosticul are consecințe ultime și certitudinea trebuie verificată. În aceste cazuri, se apelează la „investigații suplimentare”, „a doua opinie”, etc. Limbajul se schimbă, de la un diagnostic ferm dat într-o boală ușoară unde nu e vorba de o simplă „opinie” ci de o certitudine indubitabilă, la sintagma „o altă opinie” folosită în cazurile grave. Aceași știință medicală ce se pretinde indubitabilă în cazurile ușoare devine deodată failibilă în cazurile grave – la nivel de comunicare. Aceste considerații ce țin de certitudine fac loc unor doctori să adopte o atitudine de ascundere a adevărului în comunicarea cu pacientul. Cum o spune Roger Higgs: “(...) nu e surprinzător să vedem o tradiție în interiorul mai multor societăți în care doctorul poate, sau chiar trebuie, să ascundă adevărul de pacient în anumite circumstanțe. Chiar dacă raționamentele ce susțin aceasta tradiție pot fi mai puțin convingătoare pentru perspectivele moderne, unele idei de aici sunt prea importante pentru a fi abandonate fără o analiză atentă” (Kuhse and Singer 2009, 521)

### **2.1. Incertitudinea**

Cea mai frecventă confuzie este apelul la „incertitudine”. Medicina nu este o știință exactă, ci una empirică, astfel încât orice diagnostic are un anumit grad de probabilitate. Diagnosticul se poate baza pe date statistice sau în cel mai rău caz pe o intuiție bine informată. Mai mult, schema de tratament este recomandată în funcție de eficiența dovedită în cazul altor pacienți. Discuțiile cu pacientul despre

epistemologia medicinei sunt complicate și pentru medic și pentru pacient într-un grad atât de mare încât devin practic inutile. „Mai mult decât orice, reținem că discuția despre comunicarea adevărului, a întregului adevăr și a nimic altceva decât ce este adevărat este fără sens în relația cu pacientul. Este fără sens pentru că este imposibilă” (Henderson 1935, 822). Roger Higgs îl contrazice ferm pe Lawrence Henderson. Ceea ce trebuie să existe în comunicarea dintre medic și pacient este sinceritatea și veracitatea, nu neapărat teorii abstracte de epistemologie sau metafizică. „Nu este crucială starea cunoașterii ci intenția participanților la dialog” (Kuhse and Singer 2009, 522). Argumentul este mai expresiv formulat de Sissela Bok: „Problema morală dacă minți sau nu, nu este rezolvată prin stabilirea adevărului sau a falsității a ceea ce spui. Pentru a răspunde la întrebare noi trebuie să știm dacă intenționezi ca ceea ce spui să inducă în eroare” (Bok, 1979, 6).

## **2.2. Incapacitatea de a înțelege**

Legată de problema incertitudinii diagnosticului și a eficienței tratamentului este realitatea simplă că pacientul nu are cunoștințe medicale științifice, astfel că „(...) pur și simplu nu poate înțelege problema, (...) deci, mai bine nici nu încercăm [comunicarea]” (Kuhse and Singer 2009, 522). Pacientul însă are dreptul de a cunoaște situația sa medicală, iar medicii au datoria de a învăța să le comunice pacienților chestiunile mai complicate, atât cât le stă în putință.

Încă din epoca Iluminismului, gânditorii și-au pus problema suveranității individului în deciziile care îl privesc atât de direct. Boala îl afectează pe pacient în mai multe feluri:

- a) îi restrânge abilitatea de a acționa;
- b) nu este capabil să gândească „la rece”;
- c) îi reduce energia și puterea voinței.

## **2.3. Anxietatea debilitantă**

Un al treilea factor invocat în „paternalismul medical” este anxietatea pe care o creează comunicarea diagnosticului. La primirea unei vești foarte grave privind propria sănătate și viață, pacientul poate fi afectat de anxietate într-o măsură atât de mare, încât să nu mai poată decide pentru sine ce este bine, să refuze tratamentul sau pur și simplu să cadă într-o depresie debilitantă.

Atitudinea lui Roger Higgs este una pozitivă, el considera că „antidotul obișnuit la frică nu este tăcerea, ci un dialog deschis” (Kuhse and Singer 2009, 523). Din experiența sa medicală, autorul argumentează că același diagnostic a avut efecte vizibile diferite la pacienți diferiți, astfel se poate ușor susține perspectiva comunicării adevărului, cel puțin în anumite cazuri. Dacă Joseph Collins argumenta că premisa de la care plecăm trebuie să fie cea a ascunderii adevărului care dăunează (deși există excepții de la această regulă), Roger Higgs susține ca premisa de la care trebuie să plecăm este dreptul pacientului de a cunoaște adevărul despre sănătatea sa, și doar în cazuri de excepție acest adevăr trebuie ascuns, parțial sau total. Ambii autori dau o regulă generală. Roger Higgs, mai mult decât Joseph Collins, aduce și argumente teoretice, nu doar empirice, dar fiecare recunoaște posibilitatea excepțiilor. Astfel, discuția este adusă într-un domeniu al probabilităților, statisticii, experienței medicale, intuiției bine informate, etc. „O abordare absolutistă nu pare să facă loc exprimării nuanțelor sau necesităților cerute în practica clinică” (Kuhse and Singer 2009, 524)

## **3. Comunicarea adevărului - o discuție despre natura umană**

Din argumentele aduse de Joseph Collins și Roger Higgs se poate observa că, deși pornesc de la premise diferite, ancorate fie în experiență, fie în teoria etică și ajung la concluzii diferite, în esența sa, discuția despre comunicarea adevărului unui pacient, despre capacitatea acestuia de a lua cele mai bune decizii pentru sine sau de a face față unui diagnostic fatal este în cele din urmă o discuție despre natura umană. Mai mult decât o dezbatere etică, se deschide în fața noastră un vast tărâm al antropologiei filosofice. Modul în care definim natura umană ne pune bazele argumentării în chestiunea comunicării adevărului în relația medic - pacient. Desigur, niciunul dintre autorii invocați nu invocă un sistem filosofic pentru o astfel de definiție, nici măcar nu caută o expunere clară și

amănunțită a naturii umane, dar din argumentele folosite și din premisele asumate se observă cum viziunea fiecăruia despre natura umană le influențează argumentele în subiectul de față. Joseph Collins poate fi considerat pesimist, încrederea lui în capacitatea pacientului, deci în natura umană, de a face față adevărului este scăzută - mai puțin de cinci pacienți din întreaga sa carieră medicală de peste patru decenii au fost capabili să accepte adevărul medical. Nici Roger Higgs nu este un optimist, în finalul studiului îl citează pe T.S. Eliot:

*“Mergi, mergi, mergi spuse pasărea: specia umană  
nu poate suporta prea multă realitate”.* (Eliot 1974, 176)

Roger Higgs pare însă că folosește o altă noțiune pentru argumentele sale, anume cea de „umanitate” în locul „naturii umane”. Fără a intra într-o discuție filosofică prea amplă, vreau doar să precizez rolul descriptiv al conceptului de „natură umană” complet diferit de rolul normativ al conceptului de „umanitate”. Folosind umanitatea ca bază pentru a argumenta că pacientul are dreptul (moral) de a fi informat, înainte de toate, Roger Higgs poate introduce și teze teoretice normative chiar dacă nu își ia niciodată ochii de la practica clinică, empirică. Acest lucru îl pune în opoziție cu Joseph Collins, care rămâne în domeniul empiric, descriptiv și nu caută să argumenteze autonomia morală a pacientului. Evitarea noțiunilor generale, teoretice despre ce trebuie să fie natura umană, care este scopul său, pasul lipsă spre conceptul de „umanitate” îl țin pe Joseph Collins într-o perspectivă pesimistă. Roger Higgs consideră totuși că „ceea ce trebuie să fie”, adică norma etică, este un scop și totodată o premisă a relației medic - pacient. Chiar dacă suntem nevoiți să acceptăm excepții, ceea ce trebuie să ne ghideze în etica medicală este autonomia morală a pacientului și dreptul de a fi informat.

### References and bibliography

- Bok, S (1979), *Lying: Moral Choice in Public and Private Life*. Vintage Books.  
 Eliot, Th Stearns (1974), *Collected poems, 1909-1962*. Faber & Faber.  
 Henderson, L.J. (1935) “Physician and Patient as a Social System.” *The New England Journal of Medicine*, vol. 212, no. 18, pp. 819-823. DOI: 10.1056/NEJM193505022121803.  
 Kuhse, H., et al., editors (2015), *Bioethics: An Anthology*. Wiley.  
 Kuhse, H., Singer, P., editors (2009), *A Companion to Bioethics*. Wiley.

### *The author*

**Ioan Buș** is a PhD senior lecturer at West University of Timișoara, Romania. He pursued studies in philosophy at the undergraduate, master's, and doctoral levels and currently holds positions as instructor of courses in Ethics, Introduction to Bioethics, Applied Ethics, and German Idealism at the Department of Philosophy and Communication Sciences. He is the author of a book on the Philosophy of knowledge in Immanuel Kant thought, in addition to engaging in studies and conferences within the field of Philosophy. His recent interests lie in the realm of the epistemology of communication, bioethics, and applied ethics.