

Piotr Krajewski, Małgorzata Suszko-Każarnowicz

Postęp medycyny i uporczywa terapia

Studia Warmińskie 40, 107-116

2003

Artykuł został opracowany do udostępnienia w internecie przez Muzeum Historii Polski w ramach prac podejmowanych na rzecz zapewnienia otwartego, powszechnego i trwałego dostępu do polskiego dorobku naukowego i kulturalnego. Artykuł jest umieszczony w kolekcji cyfrowej bazhum.muzhp.pl, gromadzącej zawartość polskich czasopism humanistycznych i społecznych.

Tekst jest udostępniony do wykorzystania w ramach
dozwolonego użytku.

POSTĘP MEDYCyny I UPORCZYWA TERAPIA

Wszechobecna i rosnąca chęć kontrolowania własnego życia i śmierci w społeczeństwach ekonomicznie zaawansowanych przechodzi, póki co jeszcze nieśmiało, w aprobatę prawną eutanazji i rozprzestrzeniania się „kultury śmierci”, która jest ewidentnym znakiem braku kultury śmierci, tj. jej tradycyjnego, egzystencjalnego, symbolicznego znaczenia jako wydarzenia. To nie oznacza, że dziś bardziej niż w przeszłości boimy się umierać, ponieważ umieranie nigdy nie przychodziło łatwo. Niepewność i strach w tradycyjnym społeczeństwie były łagodzone zwyczajami i symbolizmem prowadzącymi do łatwiejszego akceptowania i asymilacji *tego emotywnego przeżycia, którym jest niepokój w obliczu śmierci*¹. Obecnie — jeżeli na przykład chodzi o sam pochówek — to dąży się wręcz do upraszczania i skracania tradycyjnych form i rytuałów odbieranych już jako zbyt banalne i trochę krepujące².

Któż dziś bierze pod uwagę, że fakt zaistnienia choroby nie ogranicza się jedynie do występowania jej w obrębie danego organu; nawet lekarze zdają się nie pamiętać, iż dotyczy ona całej osoby, jednostki niepodzielnej pod względem fizycznym, psychicznym i duchowym. Doświadczenie wskazuje, że jeżeli jest się

¹ C. V i a f o r a, *Fondamenti di Bioetica*, Milano 1989, s. 280. Dzisiaj chory, z różnych powodów, w sposób bardzo drastyczny stawiany jest przed faktem bliskiej już śmierci. Dopóki zdrów myśli jedynie o śmierci innych, gdy dotknie go choroba nagle zmuszony jest uwierzyć również we własną. Przygnębienie spowodowane myślą o zbliżającym się końcu staje się źródłem wewnętrznego bólu; dla jego zmniejszenia szuka zrozumienia, szuka kogoś, kto go wysłucha (por. M. P e t r i n i, *L'assistenza*, s. 365–388). Prawdziwym źródłem tego strachu — jak twierdzi S. C a t t o r i n i w artykule opublikowanym na łamach *Bioetica* — jest szach-mat zadany przez śmierć, który „nie odnosi się jedynie do samego faktu zbliżającego się końca, ale kruchości samego życia jako takiego. To życie jest śmiertelne, tzn. napiętnowane wzbudzającą przygnębienie bezradność, gdyż aby żyć, musimy oddać się jakiejś nadziei, której treści, w znaczeniu korzyści materialnych, nie możemy w pełni zweryfikować, której nie posiadamy nawet na tyle jasnego obrazu, aby móc w sposób deterministyczny określić spełnienie się”.

Odrzucając doniosłość tej prawdy zapowiadanej przez śmierć, społeczeństwo nie umie lub nie chce opracować „zwyczaju pozwalającego jednostce włączyć się, a następnie publicznie wyznaczyć swego strachu przed końcem i cierpieniem, które często towarzyszy w ostatnim okresie. [...] Jeżeli brak jest kontekstu społecznego, wspólnego języka towarzyszył...] wówczas z pewnością pozbawienie się własnego umierania i oddanie go w ręce lekarzy w celu dokonania znacznie skuteczniejszej anestezjologii, lub tam gdzie jest to niemożliwe, uciec przeznaczeniu i samemu zadać sobie decydujący cios”; por. S. C a t t o r i n i, *Eutanasia e chiacchiere sulla morte*, *Bioetica* 2: 1993, nr 1, s. 290–296.

² N. E l i a s, *La solitudine del morente*, Bologna 1985, s. 43.

w stanie nawiązać z cierpiącym prawdziwą łączność duchową, pozwalając mu wyrazić własne uczucia, słuchając i starając się jednocześnie go zrozumieć, strach przed śmiercią nie jest aż taki wielki i znacznie łatwiejszy do zniesienia, a nawiązany kontakt pozwala wielu chorym wręcz zaakceptować stan, w jakim się znaleźli. W niektórych wypadkach stwarza się w ten sposób możliwości, na przykład, pogodzenia z krewnymi i bliskimi, nawet po latach nieporozumień i odseparowania; istnieje możliwość *pożegnania się w bólu i we łzach z tymi, których się kocha, ale nie bez radości bycia w otoczeniu osób bliskich i mogąc tak naprawdę — może po raz pierwszy — porozumieć się z nimi; istnieje możliwość pokonania uczucia przegranej i winy oraz odkrycia sensu własnego życia, którego aż do tego momentu się nie odczuwało. Również dla rodziny okazja towarzyszenia własnym bliskim aż do samego końca, przeżywając okres głębokiej uczuciowości, jest niezwykle ważna w celu umożliwienia opracowania własnego osierocenia w poczuciu mniejszej winy. Czyż domaganie się zalegalizowania eutanazji nie wiąże się z brakiem umiejętności towarzyszenia umierającemu z jego osamotnieniem?*³

Oczywiście nie zawsze tak było. Te i innego rodzaju zmiany w sposobie umierania na przestrzeni wieków i historii świata zachodniego w sposób niezwykle obrazowy zostały opisane przez P. Arims. W swojej książce autor przedstawia zmiany podchodzenia i odbierania przez ludzi zjawiska śmierci w poszczególnych okresach historycznych. I tak, w odniesieniu do średniowiecza mówi się o tzw. „śmierci udomowionej”; człowiek okresu odrodzenia mówił o „mojej śmierci”; „twoją śmiercią” można scharakteryzować odczucia okresu romantyzmu, i w końcu postawa człowieka współczesnego wyrażająca się w „odrzuconiu śmierci”. We wszystkich poprzedzających nas okresach przypisuje się człowiekowi pewien rodzaj panowania, władzy nad śmiercią, a dokładniej chyba panowania nad okolicznościami, które jej towarzyszyły. Obecnie sytuacja zmieniła się diametralnie; nie umiera się już we własnym domu w otoczeniu rodziny i krewnych pragnących otrzymać ostatnie przesłania i polecenia. Dziś umierający przyjął rolę przedmiotu, który według nowych zwyczajów powinien umierać w całkowitej nieświadomości o zbliżającej się śmierci. I tak, od chorego jak i tego kto się nim opiekuje, oczekuje się takiej postawy *jak gdyby śmierć nie istniała*⁴. W obecnych czasach właśnie szpital, a nie jak dawniej dom, uważany jest za najbardziej odpowiednie miejsce dla tego, kto jest już w objęciach śmierci⁵. Tam, w jasnych, sterylnie czystych, a czasami wręcz izolowanych salach, przeznaczonych dla tego rodzaju pacjentów, chory doświadcza na sobie osiągnięć postępu medycyny, której nierzadko towarzyszy *krzyk samotności i bezradność człowieka*⁶, wyrwanego ze

³ C. Viafora, *Umanizzare*, s. 98–112.

⁴ S. Ariès, *Storia*, s. 188–194.

⁵ Należy pamiętać, że w przeszłości szpitale były uważane za miejsca schronienia dla najuboższych, bezdomnych i pielgrzymów. Dopiero z czasem stały się centrami walki lekarzy ze śmiercią, gdzie leczy się ludzi z ich chorób; por. S. Ariès, *iw.*, s. 69–71.

⁶ M. Petrini, *iw.*, s. 365–398; Jan Paweł II, *Far fronte alla nuova sfida della legalizzazione dell'eutanasia e del suicidio assistito. Giovanni Paolo II all'Assemblea generale della Pontificia Accademia per la Vita, OsRom* z 28.02.1999, s. 5.

W tym miejscu należałoby przypomnieć również przemówienie Jana Pawła II skierowane do osób starych w czasie audiencji 23.03.1984, w którym, m.in. powiedział: „Nie pozwólcie zaskoczyć się pokusie wewnętrznej samotności. Pomimo złożoności waszych problemów oczekujących rozwiązania,

swego środowiska rodzinnego⁷, pozbawionego własnej tożsamości; staje się on kolejnym „przypadkiem” poddanym coraz częściej leczeniu nie mającemu nic wspólnego z tolerancją, dyspozycyjnością i otwartością na jego problemy egzystencjalne⁸. To właśnie w szpitalu, w większości przypadków, wokół umierającego panuje zмова milczenia, dotycząca śmierci, będąca owocem nowoczesnej koncepcji medycyny, która wymaga od personelu postawy nastawionej wyłącznie na leczenie choroby, jako zjawiska fizjologicznego, a nie chorego posiadającego własną tożsamość⁹. W takiej sytuacji chorzy terminalni, bliscy już śmierci, dla nauki i dla dumy ludzkiej wiedzy, stają się niewygodnym dowodem porażki kończącej się następnie stopniowym i całkowitym pozostawieniem ich na pastwę własnej samotności.

Czasami jednak zainteresowanie chorym ze strony personelu medycznego nie słabnie wraz z postępowaniem choroby. Dynamiczny rozwój medycyny pozwala dziś przedłużyć końcową fazę życia i ryzykuje tworzenie ze śmierci sytuacji mającej charakter próby/wyzwania z wieloma trudnościami do pokonania¹⁰. W tego typu sytuacji, często przepełnionej samotnością i opuszczeniem ze strony bliskich, z łatwością dojrzewa w chorym idea śmierci chcianej, „świadomie” spowodowanej. W takich okolicznościach, nieraz również w osobach postronnych, rodzi się chęć/pokusa targnięcia się na życie cierpiącego psychicznie i fizycznie człowieka pod fałszywym pretekstem zadania bezbolesnej i spokojnej śmierci dla zaoszczędzenia sobie widoku życia bez jakiegokolwiek nadziei, lub w obawie przed okropnościami agonii. Tak więc bez zgody chorego, tak rozumiana eutanazja, staje się zabójstwem; jego zgoda natomiast czyni z niej samobójstwo. To, co moralnie klasyfikowane jest jako przestępstwo, pod żadnym pozorem i z jakiegokolwiek powodu nie może stać się prawem.

Należy również podkreślić, że charakter świętości życia zabrania lekarzowi zabijać i nakazuje mu angażowanie wszystkich sił i całej wiedzy w walce z chorobą. Rzecz jasna, nie jest to równoznaczne z koniecznością zastosowania wszystkich dostępnych już technik utrzymywania przy życiu, które oferuje współczesna nauka. W wielu przypadkach, szczególnie w ostatniej fazie nieuleczalnej choroby, byłoby niepotrzebną torturą wprowadzanie na siłę możliwości reanimacji wegetatywnej. Na tym etapie *obowiązek lekarza polega raczej na uśmierzaniu bólu aniżeli przedłużaniu niepotrzebnego cierpienia tak długo jak tylko jest to możliwe z użyciem różnorodnych środków i za jakąkolwiek cenę, życia może trudnego do*

stopniowo słabnące siły, pomimo niedoskonałości organizacji społecznych, opóźnień oficjalnego ustawodawstwa, niezrozumienia egoistycznego społeczeństwa, nie jesteście ani też nie możecie czuć się na marginesie życia...”. Jan Paweł II, *Dal primo istante all'ultimo respiro la vita è il più grande tra i valori. Ai gruppi della terza età delle diocesi italiane*, w: IGP, vol. VII/1: 1984, s. 744.

⁷ Jan Paweł II, *Far fronte*, jw., s. 5.

⁸ G. Perico, *Problemi di etica sanitaria*, Milano 1992, s. 44–46.

⁹ C. Viafora, jw., s. 98–112. „Dehumanizacja medycyny w pewnym sensie jest konsekwencją przekształcenia 'sztuki medycznej' w 'naukę medyczną'. Chory jest więc uważany jako zbiór problemów, które muszą znaleźć swe rozwiązanie, podczas gdy podstawowy element 'osoba ludzka', podmiot, który myśli, kocha, cierpi, rozpacza i w cierpieniu poszukuje pocieszenia, schodzi na drugi plan”; por. G. Giunchi, *Luci e ombre della medicina del duemila*, *Fondamenti* 5(1986), s. 117.

¹⁰ S. Vespieren, *La cura dei malati terminali*, w: *La morte umana. Antropologia, diritto, etica*, red. S. Spinsanti, Cinisello Balsamo 1987, s. 6.

zaklasyfikowania jako w pełni ludzkie i zmierzającego ku końcowi, ale jednak życia i to życia człowieka¹¹.

Lekarze, biolodzy, prawnicy i filozofowie stawiają sobie pytanie odnośnie do właściwego punktu równowagi pomiędzy technologią i etyką, odnośnie do konsekwencji społecznych i kulturowych, ponieważ szybkość, z jaką dokonuje się postęp i udoskonalają technologie w medycynie, całkowicie zmieniła w społeczeństwie sposób odbierania i rozumienia utraty samodzielności, choroby, a nawet śmierci. Z drugiej strony, nawet w obliczu tak wielu wspaniałych sukcesów osiąganych we wszystkich dziedzinach związanych z medycyną, sytuacja ogólna nie jest wcale pocieszająca. Główne przyczyny zgonów nie zostały wyeliminowane, ale jedynie przesunięte z jednej grupy chorób na inne¹².

Rewolucja naukowo-techniczna dała człowiekowi możliwość zdominowania w znacznym stopniu natury i uczynienia życia znacznie łatwiejszym i wygodniejszym. Ta nauka i ta technika są m.in. przejawem pragnienia człowieka bycia nieśmiertelnym, pokonania śmierci, lecz jednocześnie coraz częściej odkrywa się, że roszczenia te, zamiast uczynić go „wiecznym”, zmieniają go w bezduszne stworzenie wyzute z uczuć właściwych człowiekowi, w zdesperowanego wojownika w walce, w której nie może zwyciężyć¹³. Nowoczesny szpital jest miejscem, gdzie w sposób szczególnie jaskrawy obserwuje się tę sprzeczność pomiędzy pragnieniem wiecznego życia i niemożnością uzyskania go.

Postęp nauki i techniki medycznej w swej złożoności tak efektywny, a czasami wręcz widowiskowy, pozwolił uratować wiele istnień ludzkich, które jeszcze niedawno spotkałaby nieunikniona śmierć¹⁴. Sytuacja staje się jeszcze bardziej skomplikowana, gdy rozpatrujemy metody leczenia, których celem jest podtrzymanie podstawowych funkcji życiowych, głównie oddychania i krążenia krwi. Jak wiadomo, mają one na celu wzmocnienie organizmu pacjenta i odzyskanie samodzielnego kierowania tymi funkcjami, poprzez ogólne polepszenie stanu zdrowia. Ale poprawa może nie nastąpić: choroba rozwija się i organizm niepostrzeżenie zbliża się ku śmierci. W takich sytuacjach obstawanie przy intensywnej terapii, utrzymującej przy życiu nie przedstawia dla pacjenta żadnych korzyści, przeciwnie, niepotrzebnie przeciąga agonię i wydłuża cierpienie. Personel medyczny w dobrej wierze próbuje dopełnić swego obowiązku — który zazwyczaj jest źle rozumiany — realizując terapie bardzo absorbujące ludzi i środki, które nierzadko, wbrew logice, przechodzą w bezsensowną walkę ze śmiercią. Stąd krytyka tego typu postępowania nie tylko z punktu widzenia etyki, ale też deontologii lekarskiej, ponieważ wszelkie wysiłki należałoby raczej koncentrować na możliwościach zapewnienia umierającemu innego rodzaju pomocy, np. towarzysząc mu w jego

¹¹ G. Caprile, In difesa della vita, *CivCat* 121: 1970, nr 4, s. 275–277.

¹² Na przykład spada relatywnie liczba zgonów spowodowanych chorobami serca, a w międzyczasie rośnie liczba zejść spowodowanych nowotworami; choroby zakaźne nadal nękają znaczny procent ludzkości, a starość ze wszystkim problemami, które ze sobą niesie bez możliwości ich rozwiązania pozostaje przeciwnikiem nie dającym się pokonać; por. S. Burzagli, Il fine giustifica la medicina? *Civiltà dell'Amore* 7(1997), s. 9–11.

¹³ F. Targonski, *Teologia morale e mentalità scientifica*, Roma 1985, s. 170.

¹⁴ E. Tresalti, Ospedale: struttura e umanizzazione, *Medicina e Morale* 39: 1989, nr 3, s. 491–504.

drodze ku śmierci, a nie w uporczywym trzymaniu przy życiu, lub odwrotnie, we wstrzymywaniu leczenia. Nazywanie „eutanazją pasywną” tę moralnie uzasadnioną powinność wstrzymywania terapii, prowadzi jedynie do dezorientacji, sugerując istnienie sytuacji dopuszczających eutanazję, a nawet ją nakazujących. Nie jest to eutanazja w żadnym wypadku¹⁵.

Wkracza się natomiast w obszar eutanazji, gdy wstrzymania terapii dokonuje się w sytuacjach, kiedy są one jeszcze w stanie pomóc pacjentowi. Takie zaprzestanie leczenia i opieki nie jest niczym innym, jak przedwczesnym spowodowaniem śmierci, eutanazją, jeśli nie wprost morderstwem z premedytacją.

Kolejne sprecyzowanie służy lepszemu zrozumieniu problemu: w sposób nie budzący wątpliwości należy odróżnić terapie, tj. interwencje medyczne, mające wartość leczniczą, od zabiegów proponowanych i wykonywanych przez tych, których powołaniem i celem jest niesienie ulgi w cierpieniu lub prowadzeniu działań bezpośrednio zaspokajających potrzeby życiowe pacjenta¹⁶.

Jeżeli jednak głównym zadaniem lekarza ma być ratowanie i przedłużanie życia, to do jakiego punktu powinno popychać go w tego rodzaju działaniach jego sumienie, właśnie dziś, kiedy nieograniczone w swych możliwościach maszyny pozwalają utrzymywać przy życiu osoby pozostające miesiącami w ciągłej i nieodwracalnej śpiączce? Jak należy potraktować oraz jak ocenić i w jaki sposób ustalić granicę pomiędzy życiem wartym przedłużenia i życiem, któremu należy pozwolić samoistnie wygasnąć? Kiedy można mówić o leczeniu jeszcze skutecznym i korzystnym oraz mającym na celu wsparcie funkcji witalnych pacjenta, a kiedy natomiast ludzie nauk medycznych, lekarze przesuwają granicę służby na rzecz życia w kierunku własnych i indywidualnych ambicji w sytuacjach krytycznych nazywanych popularnie uporczywą terapią?¹⁷ I dalej: do jakiego momentu lekarz powinien stosować terapie przeciwbólowe i znieczulające, a kiedy natomiast spokojnie może tego zaprzestać?¹⁸

¹⁵ Mówiąc o eutanazji należy mieć na myśli wszystkie te sytuacje, w których wszystko to, co się robi lub decyduje się nie robić, stanowi oczywisty zamiar spowodowania śmierci pacjenta. Wstrzymanie terapii, przede wszystkim tej intensywnej i podawanie substancji usmierzyjących ból, są decyzjami wchodzącymi w zakres czynności mających na celu walkę ze śmiercią i cierpieniem. Są to więc działania na rzecz istnienia, życia, a nie śmierci.

Istnieje jednak ryzyko nieznacznego przekroczenia granicy i wtedy tego typu czynności mogą być kwalifikowane jako eutanazja. Można je określić jako dozwolone, nawet konieczne, ale niosące ryzyko eutanazji (por. L. Ciccone, L'eutanasia: aspetti e problemi etici, *La Famiglia* 31: 1997, nr 1, s. 53–65).

Tego typu postawy nie należy mylić z nową instytucją prawną szerzącą się w amerykańskiej praktyce sądowej znanej pod nazwą „autoryzacji” wydawanej lekarzowi przez władze sądowe, pozwalającej na wstrzymanie leczenia, a nawet czynności podtrzymujące życie w momencie, gdy ten nabrał już przekonania, że przyśpieszenie w ten sposób śmierci odpowiada właśnie „interesom pacjenta”. Zazwyczaj z wnioskiem występuje rodzina i wspierający ją lekarze, pomimo, że kierują się zgola odmiennym interesem (por. A. Bompiani, *Stato attuale*, s. 23–41.).

¹⁶ L. Ciccone, *op. cit.*, s. 53–65.

¹⁷ Określenie jest bardzo szerokie o zabarwieniu negatywnym; dopiero od niedawna weszło w zakres słownictwa medycznego. Stało się popularne za sprawą środków społecznego przekazu w celu częściowego przetłumaczenia naukowego terminu „distanasia” (gr. trudna, bolesna śmierć); por. F. Abel, *Accanimento terapeutico*, s. 3; S. Burzagli, *op. cit.*, s. 9–11.

¹⁸ Tamże; Usmierzenie bólu występującego w formie ostrej i przewlekłej, jest zawsze dozwolone. Poznanie źródeł wrażliwości i zjawiska odczuwania bólu otworzyło nowe możliwości przeciwdziałania

Trzeba być bardzo naiwnym i nieodpowiedzialnym, aby wierzyć, że przyszłość przyniesie oszałamiające postępy w biomedycynie, gdyż do tej pory historyczna tendencja skierowana była na wydłużenie okresu życia szczególnie tych, którzy przekroczyli już osiemdziesiąt pięć lat oraz na rosnącą liczbę chorób i upośledzeń, które normalnie towarzyszą wydłużaniu wieku ze zwykłej zależności pomiędzy „rozrostem” intensywnych terapii i rosnącą liczbą sytuacji patologicznych w leczeniu osób starych¹⁹.

Wiele jest pytań pozostających bez odpowiedzi, które każdego dnia stają się coraz pilniejsze. Należy również wziąć pod uwagę wciąż rosnącą presję o charakterze ekonomicznym jakiej poddawana jest ze wszystkich stron służba zdrowia ponieważ możliwości technologiczne są już bardzo zaawansowane, lecz równie wysokie są koszty, które w znacznym stopniu ciążyą na bilansach państwowych mających zapewnić stosowanie leczenia, równie skutecznego jak kosztownego.

Z powyższego jasno wynika, że jednoczesny wpływ czynników nie tylko techniczno-naukowych, ale również ekonomicznych, etycznych i religijnych, problem tychże osób (tak pacjentów jak i personelu medycznego) czyni go jeszcze bardziej „śliskim” i trudnym, w różny sposób związanym właśnie z sektorem służby zdrowia²⁰.

Określenie „uporczywa terapia” (która jest, jak zostało to powiedziane, degeneracją w stosunku do godnego pochwały zaangażowania i wysiłków, mających na celu niesienie pomocy choremu) sugeruje natarczywość w dążeniach do uzyskania przynajmniej częściowych rezultatów biomedycznych polegających na przywracaniu ograniczonej funkcjonalności poszczególnych systemów bądź też organów, na ograniczonej przeżywalności wyrażonej w wartościach ilościowych za cenę ogólnej, i mającej przecież większą wartość, jakości życia; *jest to ogół inicjatyw kliniczno-pielęgniacyjnych o charakterze raczej wyjątkowym stosowanych w opiece terminalnie chorego, tj. w bardzo złym stanie i bliskiego już śmierci. Celem zamierzeń pracowników służb medycznych jest chęć spowolnienia za każdą cenę procesu przybliżającego do końca przy świadomości braku rzeczywistych „terapii” zdolnych poprawić kondycje zdrowotne lub powstrzymać chorobę*²¹.

skuteczne w bardzo wysokim procencie przypadków bez narażania pacjenta na utratę przytomności lub życia. A kiedy tego typu opieka łączy się z bardziej złożonym i bardziej ludzkim systemem zwanym „opieką paliatywną”, zauważa się wręcz przedłużenie czasu życia i w zdecydowanie lepszych warunkach.

W każdym razie, nawet jeżeli tego rodzaju efekt nie ma miejsca, a dawki substancji uśmierzającej ból powodują, jako efekt uboczny skrócenie życia, w oparciu o zasadę powszechnie nazywaną „działaniem o podwójnym efekcie”, podawanie jej nadal uważa się za słuszne. Istnieje tu jednak możliwość bezwolnego przekroczenia granicy i wejście w obszar eutanazji, gdy dawki stają się wyższe od wymaganych „dla złagodzenia bólu, przy jawnym lub niejawnym zamiarze, spowodowania bezbolesnej śmierci pacjenta”.

Problemy odnoszące się do tych dwóch zagadnień są bardzo skomplikowane i bez wątpienia wymagają dalszych wyjaśnień. Wielu dostarczyło Magisterium Kościoła, syntetycznie zestawiając je w Katechizmie Kościoła Katolickiego nn. 2278–2279, Deklaracja o eutanazji Kongregacji Nauki Wiary (15.05.1980) i przemówieniu Piusa XII z dnia 24.02.1957, do którego, jeszcze dziś, odwołują się inni.

¹⁹ D. Callahan, *Etica*, s. 41–46.

²⁰ S. Burzagli, *iw.*, s. 9–11.

²¹ G. Perico, *Eutanasia e accanimento*, s. 3–14.

Opisana sytuacja nasuwa pytanie: mamy do czynienia z uporczywą terapią w sytuacji, gdy chory sam się jej domaga? Można na to odpowiedzieć słowami Kongregacji Nauki Wiary, która w przypadku *braku innych możliwości* potwierdza dopuszczalność użycia *za zgodą chorego, środków pozostających do dyspozycji bardziej zaawansowanej medycyny, nawet jeżeli są jeszcze w stadium eksperymentalnym nie pozbawione pewnego ryzyka*²².

*To uciekanie się do środków i sposobów leczenia zapewniające jedynie przedłużenie wymuszone i wspomagane urządzeniami [...] należy uważać jako walkę o życie, która czasami wiąże się również z wyrządzeniem szkody choremu, czy też jako jeszcze obowiązkowe zabiegi związane z opieką, dokonywane przez osoby, które przyjęły na siebie zadanie leczenia go?*²³

Chcąc właściwie odpowiedzieć na to pytanie należy uważnie zastanowić się nad głównymi motywami, dla których osoba chora powierza swoje życie medycynie. Niewątpliwie najważniejszą przyczyną jest poszukiwanie pomocy w sytuacji rozwijającej się choroby, właściwej kuracji, która przywróciłaby dobre samopoczucie i ogólne polepszenie funkcjonowania organizmu.

Gdy w pewnym momencie działania podjęte przez lekarza okazują się nieefektywne i bezużyteczne, wówczas chory może, jak najbardziej słusznie z moralnego punktu widzenia, domagać się wstrzymania wszelkich działań, które nie mają nic wspólnego z prawdziwą terapią. Potwierdza to tak „etyka świecka” jak i Magisterium Kościoła²⁴. Jest więc całkowicie prawnie i moralnie uzasadnione odrzucenie przez pacjenta czynności zbyt uciążliwych tak od strony finansowej, jak i zastosowania środków nadzwyczajnych. *Jasne jest, że ewentualne powstrzymanie się od działań wyjątkowych lub w ogóle nastawionych na wymuszone przedłużenie egzystencji, nie musi oznaczać porzucenia chorego, tak jakby lekarz nie dysponował innymi środkami zastępczymi. Istnieje niezwykle szerokie pole możliwej do zastosowania opieki nad chorym lub umierającym wyrażające się — w zależności od przypadku — w podawaniu środków farmakologicznych przeciwbólowych i antydepresyjnych*²⁵.

Można by jeszcze dodać, że znaczenie, jakie chory przypisuje niektórym żądanym dla siebie zabiegom terapeutycznym, stwarza często trudności w ich ocenie dla kogoś kto jest przy nim, tak samo jak niepewne staje się klasyfikowanie przypadków pomiędzy obroną życia, zbędną terapią czy też świadomą eutanazją.

²² S. Cattorini, *Qualità di vita negli ultimi istanti*, *Medicina e Morale* 39: 1989, nr 2, s. 273–293.

²³ G. Perico, jw., s. 3–14.

²⁴ „W przypadku ciężkich chorób i trudnego do zniesienia cierpienia, może zdarzyć się, że tak doświadczane osoby na skutek wyczerpania, oraz opiekujący się nimi najbliżsi, pod wpływem źle rozumianego współczucia, mogą poczuć się zmuszeni do uznania decyzji o „słodkiej śmierci” za uzasadnioną. W takiej sytuacji należy przypomnieć, że prawo moralne pozwala zrezygnować z tzw. uporczywej terapii (por. EV 65), a wymaga jedynie kontynuowania tego leczenia, które wchodzi w zakres normalnych wymogów opieki medycznej; por. Jan Paweł II, *Ai miei fratelli*, s. 20.

²⁵ G. Perico, jw., s. 3–14. Lekarzom Jan Paweł II przypomina, że „akt powierzenia wam przez chorego własnej osoby zawiera w sobie bardziej lub mniej oczywiste uznanie waszej kompetencji i fachowości, uznanie dla waszego działania, wiarą w waszą dyskreję i odpowiedzialność. [...] Relacja pomiędzy chorym i lekarzem musi stać się [...] autentycznym spotkaniem dwóch wolnych ludzi. 'zaufania' i 'świadomości'”; Jan Paweł II, *Ai partecipanti ad un Congresso di chirurgia, I principi etici e morali guidino la ricerca scientifica*, w: *IGP*, vol. I: 1981, s. 373–377.

Nawet jeżeli nie oznacza to, że sens może być mylony z intencjami osoby działającej, sens samego gestu stanowi właściwa treść samego czynu²⁶.

Tu znowu pojawia się osoba, a raczej osobowość, lekarza ze względu na jego funkcję i znaczenie moralne przypisywane mu przez osoby dotknięte chorobą i przez powszechnie pojmowaną funkcję samych struktur medycznych i opiekuńczych. Wydaje się oczywiste, że jego postawa etyczna i stosunek do życia odzwierciedla się w jego podejściu do śmierci. Prywatne stanowisko, będące wynikiem arbitralnej jakości życia określonej przez człowieka oferującego możliwość przyspieszenia zakończenia egzystencji uważanej za niewartą życia²⁷, podobnie jak ukierunkowanie odnoszące się do zasady absolutnej świętości życia ludzkiego oparte na prawach niezależnych od ludzkiej woli, nie może przyznać ludziom prawa do śmierci przed czasem²⁸. Jakość życia w tym przypadku jest konsekwencją poddania się nakazom etycznym, ale z pewnością nie ich celem.

Tak więc lekarz nie może dokładać wysiłków w celu przywracania umierającemu *jakiegokolwiek życia za wszelką cenę [...] ale całego życia, któremu możliwe jest nadanie ludzkiego sensu*²⁹. S. Cattorini mówi z naciskiem o roli medycyny nie jako służby w celu zachowania *właściwego życia czy też istnienia fizycznego, ale życia osobowego, które jest życiem w pełni ludzkim, tj. życiem otwartym na najważniejsze dla człowieka znaczenia i wartości. Tylko w takim wypadku pacjent jest moralnie usprawiedliwiony z odrzucenia interwencji oddalających niebezpieczeństwo śmierci na czas nieokreślony, ale za cenę życia w stanie odbierającym tej egzystencji jej ludzki sens*³⁰.

W oparciu o to, co zostało powiedziane, łatwo jest wywnioskować, że o ile problem uporczywej terapii w teorii przedstawia się jako bardzo jasny oraz prosty do sklasyfikowania i rozpoznania w stosunku do zabiegów potrzebnych i koniecznych, o tyle w rzeczywistości lekarze, w niektórych przypadkach stają wobec sytuacji wzbudzających różnorodne wątpliwości i brak pewności w odniesieniu do stosowności i celowości ich działania. Dlatego zmierza się do określenia jasnych kryteriów filozoficznych i moralnych, a w ostateczności również prawnych, według których można będzie w przyszłości bezbłędnie zdefiniować pojęcie uporczywej terapii w celu unikania jej w praktyce. W każdym razie również znajomość tego rodzaju kryteriów dla wielu lekarzy nie jest wystarczającą obroną zdolną zafunkcjonować w momencie zaistnienia sytuacji, o jakich wspomniano wcześniej. Przez

²⁶ G. Angelini, L'eutanasia tra desiderio di morire e fuga dalla morte, *Rivista del Clero Italiano* 66: 1985, nr 10, s. 644–671.

²⁷ Tego rodzaju postępowanie ukazuje doniosłość jakości życia i szacunek swobodnie podejmowanych decyzji, których dokonywać może każda jednostka, łącznie z postanowieniem „dobrej śmierci”.

²⁸ Jest to zasada, według której życie ludzkie musi być szanowane, gdyż jest święte. Jego świętość nie wynika z koncepcji samego życia, lecz z faktu że jest życiem ludzkim, należącym do osoby ludzkiej. Tak twierdzi Kongregacja Nauki Wiary w Instrukcji *Donum Vitae*, „Nienaruszalność prawa do życia niewinnej istoty ludzkiej od momentu poczęcia aż do śmierci jest znakiem i wymogiem samej nietykności osoby”. *Sacra Congregatio pro Doctrina Fidei, Istructio Donum vitae de observantia erga vitam humanam nascentem deque procreationis dignitate tuenda. Responsiones ad quosdam quaestiones nostris temporibus agitatae* (22.02.1987), *AAS* 80: (1988), nr 1, s. 70–102; *Enchiridion Vaticanum*, vol. X, Bologna 1989, s. 818–893.

²⁹ S. Cattorini, *iw.*, s. 273–293.

³⁰ Tamże.

wielu śmierć pacjenta jest odbierana, jako frustracja i osobiste niepowodzenie. Te wewnętrzne odczucia, wzmacnione środowiskiem propagującym i premiującym efektywność, w wielu lekarzach mogą wywołać psychologiczne mechanizmy obrony. Nieproporcjonalne, przekraczające rzeczywiste potrzeby działania przez nich zapoczątkowane, mogą stać się sposobem na uspokojenie własnego sumienia.

W tego typu sytuacjach, nie przypadkowo uporczywa terapia i eutanazja, łączone są razem, jedno obok drugiego, przez fakt, iż istnieje między nimi pewna więź³¹; w obydwu zaznacza się wola dominowania nad życiem z jednoczesnym brakiem akceptacji śmierci ze strony współczesnego człowieka. Te elementy typu psycho-kulturalnego popychają wielu lekarzy do maksymalnego opóźniania śmierci czyniąc ją przez to coraz bardziej bolesną³². Tego rodzaju sytuacje stają się jeszcze trudniejsze przez fakt, że osiągnięcia medyczno-naukowe wpływają na rosnące trudności w zdefiniowaniu granicy pomiędzy życiem i śmiercią³³.

Dlatego, pomimo że z jednej strony medycyna współczesna wytwarza w ludziach klimat zaufania i nadziei, z drugiej perspektywa bycia poddanym ewentualnym, właśnie wspomnianym tego rodzaju i o takich konsekwencjach, zabiegom, w wielu wywołuje zwątpienie czy wręcz strach poparty doświadczeniami własnymi lub innych³⁴.

Nie należy się dziwić, że w tego typu okolicznościach żądania proeutanazyjne zyskują charakter humanitaryzmu. I rzeczywiście, wykorzystując uczucia strachu przed technologicznymi metodami utrzymywania człowieka na siłę przy życiu w jego ostatnich momentach, zwolennicy bezbolesnego umierania otwarcie głoszą brak zgody na tego rodzaju traktowanie i odrzucenie uporczywej terapii³⁵, proponując poszukiwanie końcowej fazy o „lepszej jakości”, tzn. bezbolesnej śmierci z zastosowaniem najbardziej odpowiednich w danym przypadku środków opracowanych razem z chorym. Okazało się, że jest to najlepszy sposób, którego motywacje, jeszcze kilka lat temu uważane za niemożliwe do zaakceptowania i błędne, dziś stanowią bagaż etyczno-kulturalny poważnej części społeczeństwa³⁶.

³¹ J.-F. Malherbe, *Per un'etica della medicina*, Cinisello Balsamo 1989, s. 169.

³² S. Verspieren, jw., s. 24.

³³ G.F. Azzone, *I dilemni della bioetica. Tra evoluzione biologica e riflessione filosofica*, Roma 1997, s. 79–92; *Accademia Pontificia delle Scienze, Prolungamento artificiale della morte*, Città del Vaticano 1987, s. 148–150.

³⁴ S. Spinsanti, *Il pensiero e la prassi dell'eutanasia nell'etica cattolica*, w: *Eutanasia. Il senso del vivere e del morire umano*, Atti del 12° Congresso nazionale dei teologi moralisti italiani (Firenze 1–4 aprile 1986), Bologna, 1987, s. 102–104.

³⁵ W końcu lat 60., wraz z utwierdzeniem się autonomii chorego, przedstawiany opinii publicznej, w formie emotywniej, temat uporczywej terapii utrudnił rozważne podejście do analizy etycznych aspektów. Łączących się z ograniczeniami dyspozycyjności własnego życia i obowiązkiem ochrony życia drugiego człowieka powierzonej medycynie. Fakt ten, łączący się z rozwojem technologii medycznej, doprowadził do całej serii trudnych do rozwiązania nowych sytuacji. Jedną z nich jest właśnie uporczywa terapia w odniesieniu do chorych będących już w ostatniej fazie ich egzystencji. Wkrótce potem, jako odpowiedź na „brutalność” medycyny pojawia się strach przed wspomnianą uporczywą terapią, strach przed „metodami i procedurami stosowanymi w medycynie o wyjątkowo zaawansowanej technologii nastawionej na osiąganie tymczasowych celów związanych z przeżyciem i całkowitej obojętności na pragnienia i cierpienia chorego”; por. A. Bompiani, jw., s. 23–41.

³⁶ G. Piana, *La questione*, s. 75–86.

FORTSCHRITTE DER MEDIZIN UND BEHARRLICHE THERAPIE**ZUSAMMENFASSUNG**

Die wenigsten wissenschaftlichen Sparten entwickeln sich so rasant wie die Medizin. Beweis dafür ist vor allem die Verlängerung der Lebenserwartung der Bewohner entwickelter und sich entwickelnder Länder. Noch krasser erfahren dies jene Menschen, die sich aus verschiedenen Gründen plötzlich in intensiver Behandlung im Krankenhaus befinden. Angeschlossen an verschieene Maschinen unbekannter Funktion kommen sie langsam zu Kräften und gesunden. Aber dieselben Anlagen können für andere Menschen ein Kreuz bedeuten und weitere Leiden verursachen. Einige, die der unheilbaren Krankheit müde und ohne Hoffnung auf eine Zukunft sind, erwarten sehnsuchtsvoll die Erlösung durch den Tod, und sind dazu bereit. Leider wird manchmal die Funktion des Arztes verkannt: Forderungen von Menschen, die sich für den Sterbenden verantwortlich fühlen, führen zu einer beschwerlichen Behandlung, die allein zur Ausdehnung der Agonie und der Leiden des Sterbenden führen. Vor diem Hintergrund sollte man weiten Kreisen der Öffentlichkeit vor die Augen führen, dass die Unterlassung bzw. das Einstellen solcher Praktiken in entsprechendem Moment der Ethik eines Arztes keinen Abbruch tun. Im Gegenteil — dadurch wird die moralische Haltung eines Arztes gestärkt, dem Kranken bringt dies eine Erleichterung und bei der Allgemeinheit vertieft dies das Vertrauen zu den medizinischen Diensten.