

UPORCZYWOŚĆ TERAPEUTYCZNA JAKO PROBLEM TEOLOGICZNO-MORALNY

Wprowadzenie

Pojęcia „uporczywość terapeutyczna” próżno byłoby szukać nie tylko w dawnych podręcznikach teologii moralnej, ale także w starszych kompendiach etyki lekarskiej. Jest to pojęcie nowe, które wskazuje na cały szereg problemów etycznych dotyczących kresu życia ludzkiego. Jest on nieuchronny. Śmierć, oznaczająca całkowity rozpad integralnej cielesno-duchowej całości, jaką stanowi osoba ludzka, jest wpisana w jej cykl życiowy jako ostateczny kres ziemskiej egzystencji. Określenie działań terapeutycznych uporczywymi wskazuje na sytuację, w której troska o chorego, ale też jego własne roszczenia wobec otoczenia mogą być naznaczone nieadekwatną do sytuacji przesadą. Poniższe refleksje, obok krótkiego naświetlenia źródeł problemu, będą dotyczyły całego zespołu problemów etycznych, z którymi w kontekście kresu życia ludzkiego są konfrontowani zarówno lekarze (i szerzej – służba zdrowia), jak i pacjenci. Punktem odniesienia dla ocen etycznych będzie właściwa dla teologii moralnej personalistyczna wizja osoby ludzkiej, a źródłem – obok stanowisk teologów moralistów i etyków – wypowiedzi Magisterium Kościoła.

1. Źródła problemu

Już sam fakt, że w literaturze z zakresu etyki medycznej określenie uporczywości terapeutycznej pojawiło się stosunkowo niedawno, zdaje się wskazywać na to, że mamy do czynienia z problemem nowym. Niewątpliwie w refleksji nad tym zagadnieniem kluczową rolę odegrało tradycyjne rozróżnienie między środkami zwyczajnymi i nadzwyczajnymi¹, które od kilkudziesięciu lat sta-

¹ Znaczący wkład w popularyzację tego rozróżnienia we współczesnej etyce medycznej wniósł papież Pius XII. Do jego sformułowania w tradycji

nowi ramowe kryterium postępowania w etosie lekarskim. Starając się odpowiedzieć na pytanie, co sprawia, że dzisiaj uporczywość terapeutyczna jest problemem szeroko i kontrowersyjnie dyskutowanym, można wskazać na co najmniej trzy czynniki.

Pierwszym i podstawowym jest niewątpliwie rozwój wiedzy medycznej i związany z nim postęp techniczny w medycynie. Jak w przypadku każdego wymiaru postępu², także postęp medyczny pociąga za sobą ambiwalentne skutki³. Można zaryzykować twierdzenie, że bez niego szanse na przeżycie dla poważnej części żyjących współcześnie ludzi byłyby znikome. Najbardziej newralgiczne okresy życia ludzkiego, jak okres prenatalny i okołoporodowy, okresy epidemii, ale także okres wieku podeszłego, które w minionych stuleciach dziesiątkowały populację ludzką, nie muszą już dzisiaj wiązać się z zagrożeniem życia. Dobrodziejstwa medycyny mogą stać się jednak także źródłem poważnych problemów etycznych. Nowoczesna aparatura może przedłużyć ludzką egzystencję, podtrzymując funkcje życiowe osłabionego organizmu, może jednak także przedłużać proces umierania, wydłużając okres ostatecznego rozpadu, który to okres prawie zawsze wiąże się z bólem i cierpieniem pacjenta⁴.

W tym miejscu ujawnia się *drugi* czynnik. Można zaryzykować twierdzenie, że wraz z inną, niż dawniej medycyną mamy także do czynienia w pewnym sensie z „innym” człowiekiem. Jedną

teologiczno-moralnej przyczynili się wielcy szesnastowieczni komentatorzy św. Tomasza z Akwinu. Por. P. Taboada, *Ordinary and extraordinary Means of the Preservation of Life. The Teaching of Moral Tradition*, w: E. Sgreccia, J. Laffitte (red.), *Alongside the Incurably Sick and Dying Person: Ethical and Practical Aspects*, Città del Vaticano, s. 120-122.

² O kryzysie idei postępu, także w szeroko rozumianej nauce, zob. R. Spaeman, *Unter welchen Umständen kann man noch von Fortschritt sprechen?*, w: tenże, *Philosophische Essays. Erweiterte Ausgabe*, Stuttgart 1994, s. 130-150.

³ Ulrich Eibach stwierdza, że postęp medyczny nie musi wcale prowadzić ku bardziej humanitarnemu społeczeństwu. Czasami wiąże się on wręcz z zakwestionowaniem dotychczasowego rozumienia ludzkiej godności. Zob. U. Eibach, *Medizinische Fortschritt und die Krise der Ziele der Medizin*, *Zeitschrift für medizinische Ethik* 54 (2008) z. 4, s. 357-361.

⁴ O problemach etycznych u kresu życia związanych z osiągnięciami medycyny zob. J. Suchorzewska, K. Basińska, M. Olejniczak, *Trudne decyzje wobec umierającego człowieka - refleksje klinicysty*, w: B. Chyrowicz (red.), *Przedłużanie życia jako problem moralny*, Lublin 2008, s. 59-62.

z cech charakterystycznych dla współczesnych opisów relacji terapeutycznej (lekarz – pacjent) jest wyakcentowanie autonomii pacjenta. Pojęcie autonomii wskazuje na konieczność respektowania prawa pacjenta do samostanowienia, a więc do współdecydowania o wszystkim, co w kontekście diagnozy i terapii dotyczy jego osoby. Chodzi tu jednak także o zmienioną samoświadomość pacjenta w odniesieniu do własnego życia. Współcześni ludzie nie tylko żyją statystycznie o ponad połowę dłużej, niż ich praprzodkowie, ale także inaczej definiują warunki decydujące o jakości życia. Im wyższe są te oczekiwania, tym bardziej niemożliwa wydaje się egzystencja w stanie znacznego ograniczenia możliwości poruszania się, wykonywania prostych zajęć oraz zaspokajania podstawowych potrzeb życiowych. W tym kontekście musi pojawić się pytanie o sens bardzo ograniczonej ludzkiej egzystencji, zwłaszcza gdy do wielu ograniczeń dochodzi także trwałe zerwanie komunikacji z otoczeniem i utrata świadomości.

Trzeci czynnik, na który warto tu wskazać, ma charakter systemowy i wiąże się z pytaniem o sprawiedliwy podział świadczeń medycznych⁵. Życie może być podtrzymane nawet w sytuacjach bardzo wielkiej słabości ludzkiego organizmu, jednak wiąże się to z rosnącymi nakładami finansowymi. Trudno się więc dziwić, że pojawiają się pytania o kryteria przyznawania świadczeń, zwłaszcza związanych z użyciem kosztownej aparatury. Pytania te nie muszą być od razu traktowane jako wyraz utylitarnego podejścia do pacjenta. Można oczywiście pytać o racjonalne gospodarowanie dostępnymi środkami przez odpowiedzialne za ochronę zdrowia agendy rządowe, jednak problem ograniczonych funduszy pozostaje, bo dostępne metody diagnozy i terapii są coraz bardziej kosztowne. Komu więc, w jakich sytuacjach i na jak długo można, a czasami nawet trzeba umożliwić dostęp do najnowocześniejszych metod i środków diagnostycznych i terapeutycznych? W jakich sytuacjach można zaprzestać intensywnych wysiłków terapeutycznych?

⁵ Wymogi systemowe mogą prowadzić do wzajemnie wykluczających się oczekiwań wobec lekarzy. W odniesieniu do etycznych aspektów podziału środków w zakresie służby zdrowia zob. A. Losinger, E. Schockenhoff, *Gerechte Verteilung knapper medizinischer Güter. Allokation im Gesundheitswesen aus ethischer Sicht*, Stimmen der Zeit 2 (2010), 101-103.

2. Problemy definicyjne

Tym, co cechuje chrześcijańską refleksję nad życiem ludzkim, jest jego bezwarunkowa afirmacja jako daru Bożego i wartości podstawowej. Zasluguje ona na wysoką, a w przypadku niewinnej osoby ludzkiej – najwyższą ochronę, na ile jest to możliwe. Z taką samą jednoznacznością chrześcijaństwo uznaje, że ziemską egzystencja człowieka, jako istoty stworzonej, jest przemijająca. W ramach refleksji teologiczno-moralnej śmierć nigdy nie stanowiła tematu tabu. Nie unikała ona także zmierzenia się z tym, co zazwyczaj śmierć poprzedza – z cierpieniem. Znak ukrzyżowanego Zbawiciela towarzyszył przez wieki nie tylko codziennym zajęciom, ale także sytuacji umierania, w której stawał się źródłem nadziei i siły. Znak krzyża wskazywał też na to, że warto przeżyć swoje życie do naturalnego końca, nawet, jeśli ostatni etap jestznaczony cierpieniem. Stąd istotnym elementem chrześcijańskiego podejścia do choroby jest powinność zapewnienia zwyczajnego leczenia ze strony lekarza, i przyjęcia go przez pacjenta⁶.

Z katolickiego punktu widzenia wartość życia ludzkiego jest niepodzielna. Nie da się jej wyrazić w procentach, nie można mówić o jej zmniejszeniu, czy utracie. Tradycyjna formuła, wielokrotnie powtarzana przez ostatnich papieży wskazuje na konieczność ochrony ludzkiego życia „od poczęcia do naturalnej śmierci”⁷. Chociaż powinność ta nie jest powinnością absolutną, gdyż życie

⁶ Por. Benedykt XVI, „Żaden człowiek nie powinien umierać w samotności” Przemówienie do uczestników zgromadzenia ogólnego Papieskiej Akademii *Pro Vita* i zorganizowanego przez nią kongresu (25 II 2008), w: J. Brusilo, *W trosce o życie. Wybrane dokumenty Stolicy Apostolskiej*, t. II, Tarnów 2012, s. 333: „Bardziej konkretnie chodzi o to, by zapewnić każdemu człowiekowi, który tego potrzebuje, konieczną pomoc w postaci terapii oraz odpowiednich zabiegów medycznych, dostosowanych do indywidualnego przypadku i stosowanych zgodnie z zasadą proporcjonalności środków terapeutycznych, pamiętając zawsze o moralnym obowiązku podawania przez lekarza i przyjmowania przez pacjenta tych środków służących podtrzymaniu życia, które w konkretnej sytuacji wydają się «zwyczajne»”

⁷ Po to określenie, często używane przez Jana Pawła II, sięga niezmiennie jego następca na Stolicy Piotrowej. Zob. np. Benedykt XVI, „Bóg darzy miłością człowieka od chwili poczęcia”. Przemówienie do uczestników kongresu papieskiej Akademii *Pro Vita* (27 II 2006), w: J. Brusilo (red.), *W trosce o życie*, t. II, s. 307: „[...] Magisterium Kościoła niezmiennie głosiło świętość i nienaruszalność każdego ludzkiego życia, od poczęcia do naturalnego kresu”

biologiczne, chociaż jest wartością podstawową i cennym Bożym darem, nie jest wartością najwyższą, to jednak nigdy nie może to oznaczać dopuszczalności zamachu na niewinne ludzkie życie, zarówno własne, jak i innych⁸. Oczywiście chronione nie jest tutaj „coś”, jakaś abstrakcyjna wartość życia, ale chroniona jest żywa osoba ludzka, której życie biologiczne stanowi fundament wszystkich innych dóbr. Jednoznaczność stanowiska Magisterium w tej materii wyznacza linię zasadniczego sporu z propozycjami alternatywnego zdefiniowania powinności ochrony ludzkiego życia. W miejsce jego nienaruszalności (w kontekście teologicznym bywa ona określana jako „świętość”) proponuje się inne kryterium jego wartości: jakość. Miałaby ona być na tyle mierzalna, że dałoby się określić np. tak niski jej poziom, iż kontynuowanie życia stałoby się niecelowe, a czasami szkodliwe lub nawet moralnie naganne⁹.

Na tą zasadniczą kontrowersję trzeba wskazać, zanim zacznie się dokonywać subtelnych rozróżnień etycznych, a takie są w tej kwestii niezbędne. Niejednokrotnie bowiem powierzchowne podobieństwa stanowisk między etyką chrześcijańską a odmiennymi rozwiązaniami etyki laickiej utrudniają dostrzeżenie fundamentalnej różnicy. Stwierdzenie, że nie ma moralnego obowiązku podtrzymywania życia osoby ludzkiej za wszelką cenę w kontekście etyki chrześcijańskiej nie będzie nigdy oznaczało osądu dotyczącego rzekomo niskiej jakości, a więc także małej wartości życia umierających, a będzie raczej wyrazem pogodzenia się z ludzką kondycją i akceptacji nieuchronności śmierci.

W tym kontekście warto wskazać na dosyć subtelną różnicę w doborze pojęć. Podręczniki etyki medycznej i regulacje etyczno-prawne dotyczące terapii uporczywej używają zazwyczaj pojęcia *futile therapy*, co można by przetłumaczyć jako „terapia daremna”. W dokumentach i okazyjnych wypowiedziach Stolicy Apostolskiej określenie to nie pojawia się jednak prawie w ogóle. Zamiast niego

⁸ EV, 47: „Życie cielesne w swojej ziemskiej kondycji bez wątpienia nie jest dla wierzącego wartością absolutną, tak że może on zostać wezwany, aby porzucić je dla wyższego dobra [...]. Żaden człowiek nie może jednak samowolnie decydować o tym, czy ma żyć, czy umrzeć”

⁹ Zob. krytykę zasady świętości życia ludzkiego w: H. Kuhse, *Die «Heiligkeit des Lebens» in der Medizin. Eine philosophische Kritik*, Erlangen 1994. Kuhse współpracuje z Peterem Singerem i prezentuje zbieżne z nim poglądy.

mowa jest o „działaniu nadgorliwym” (*overzealous treatment*)¹⁰, „agresywnym działaniu medycznym” (*aggressive medical treatment*)¹¹, „uporze terapeutycznym” (*therapeutic obstinacy*)¹², czy „działaniu irytującym i przesadnym” (*exasperated and overzealous treatment*)¹³. Różnica językowa między tymi pojęciami jest wprawdzie niewielka, jednak ich wybór nie wydaje się być przypadkowy. W pojęciu terapii daremnej pobrzmiewa bowiem nie tylko ocena samej terapii, ale także ocena jakości życia, którego kontynuowanie może być ocenione jako niecelowe i pozbawione sensu. W odróżnieniu od tego wybrane przez Magisterium pojęcia związane z uporczywością terapeutyczną odnoszą się jednoznacznie do braku proporcjonalności działań terapeutycznych, nie suponują natomiast w żaden sposób oceny dotyczącej wartości życia ludzkiego, jeżeli miałyby ona się wiązać z brakiem jego odpowiedniej jakości¹⁴.

Z katolickiego punktu widzenia terapia uporczywa dotyczyć będzie zatem działań, które są, po pierwsze, bardzo uciążliwe dla pacjenta, przydają mu cierpień i sztucznie przedłużają jego agonię¹⁵. Uciążliwość może też dotyczyć osób choremu najbliższych. Nie ma moralnego obowiązku powstrzymywania środkami nadzwyczajnymi nieuchronnie nadchodzącej śmierci. Za uporczywe mogą zostać uznane, i to po drugie, takie działania, które nie są współmierne do rezultatów¹⁶. Trzecim, dodatkowym aspektem mogą tu być także koszty terapii¹⁷. Uwzględnienie czynnika ekonomicznego nie

¹⁰ KKK, nr 2278.

¹¹ EV, nr 65.

¹² *Concluding Document*, w: J. de Dios Vial Correa, E. Sgreccia (red.), *The Dignity of the Dying Person*, Città del Vaticano 2000, s. 25.

¹³ Przemówienie Jana Pawła II podczas spotkania z lekarzami 23 III 2002, http://www.opoka.org.pl/biblioteka/W/WP/jan_pawel_ii/przemowienia/lekarze_23032002.html (28 II 2009).

¹⁴ Zob. analizy dotyczące proporcjonalności w kontekście uporczywej terapii w: J. M. Haas, *Therapeutic Proportionality and Therapeutic Obstinacy in the Documents of the Magisterium*, w: E. Sgreccia, J. Laffitte, *Alongside the incurably Sick and Dying Person*, s. 143-157.

¹⁵ Papiaska Rada ds. Pracowników Służby Zdrowia, *Karta Pracowników Służby Zdrowia*, nr 119, w: K. Szczygieł (red.), *W trosce o życie. Wybrane dokumenty Stolicy Apostolskiej*, t. I, Tarnów 1998, s. 610.

¹⁶ EV, nr 65.

¹⁷ Zob. KKK, nr 2278: „Zaprzestanie zabiegów medycznych kosztownych, ryzykownych, nadzwyczajnych lub niewspółmiernych do spodziewanych rezultatów może być uprawnione. Jest to odmowa «uporczywej terapii». Nie

oznacza odejścia od podejścia personalistycznego w kierunku utilitarnego rachunku strat i zysków. Czynnikiem ten należy raczej uznać za element oceny proporcjonalności środków. Jeśli wiadomo, że osobowe dobro, płynące z ich zastosowania będzie znikome, a ich cena może zrujnować najbliższą rodzinę lub też nieproporcjonalnie ograniczyć zastosowanie koniecznych środków dla innych chorych, sięganie po nie przestanie być sensowne, a rezygnacja z nich jak najbardziej moralnie dopuszczalna¹⁸.

3. Rezygnacja z uporczywej terapii a eutanazja

Ze wspomnianych powyżej różnic w definiowaniu uporczywości terapeutycznej będą wynikały różnice w zakreśleniu jej granic, a więc odróżnienie jej od eutanazji. W tym kontekście należy wskazać na dwa pojęcia, których niejednoznaczność bywa powodem wielu nieporozumień. Chodzi o pojęcia „eutanazja bierna” oraz „eutanazja pośrednia”. O ile za eutanazję czynną i bezpośrednią uważa się moralnie zawsze naganne działania lekarza, zmierzające do odebrania życia pacjentowi, o tyle bierność i pasywność działań eutanatycznych nie jest moralnie jednoznaczna i musi zostać bliżej zdefiniowana. W wielu przypadkach nawet teologowie stosują do rezygnacji z terapii uporczywej określenie „eutanazja bierna”, co potęguje jedynie pojęciowy zamęt. Biorąc pod uwagę, że w kulturze masowej opartej na komunikacji internetowej i prasowej jedną z najistotniejszych batalii jest batalia o pojęcia, należy z najwyższą starannością przyrzeć tym pojęciowym rozróżnieniom¹⁹.

Kluczowym wydaje się stwierdzenie, że z punktu widzenia katolickiej teologii moralnej etycznie niedopuszczalna eutanazja może być dokonana nie tylko przez aktywne działanie, ale także

zamierza się w ten sposób zadawać śmierci; przyjmuje się, że w tym przypadku nie można jej przeszkodzić. Decyzje powinny być podjęte przez pacjenta, jeśli ma do tego kompetencje i jest do tego zdolny; w przeciwnym razie – przez osoby uprawnione, zawsze z poszanowaniem rozumnej woli i słuszych interesów pacjenta”

¹⁸ Por. P. Aszyk, *Granice leczenia. Etyczny problem odstąpienia od interwencji medycznych*, Warszawa 2006, s. 150-155.

¹⁹ Zob. także E. Schockenhoff, *Sterbehilfe und Menschenwürde. Begleitung zu einem «eigenem Tod»*, Regensburg 1991, s. 69-71.

przez zaniechanie²⁰. Przyporządkowanie do tych dwóch typów ingerencji medycznych pojęć *eutanazji czynnej* oraz *eutanazji biernej* jest jak najbardziej odpowiednie. Lekarz, który kieruje się pragnieniem przerwania życia pacjenta, nawet jeżeli nie podaje mu śmiertelnego specyfiku, a jedynie powstrzymuje się od ingerencji, dokonuje moralnie nagannej eutanazji biernej. Śmierć pacjenta może zostać spowodowana także przez podanie środków, które same w sobie nie są zabójcze, jednak podane w odpowiednio wysokiej dawce bądź też w krytycznym dla pacjenta momencie, skutkują jego śmiercią. Takie działanie można by określić jako *eutanazję pośrednią*. Tym, co łączy eutanazję czynną, bierną i pośrednią jest zamiar skrócenia życia pacjenta, a różni je jedynie wybór środków, za pomocą których ten śmiertelny zamiar jest realizowany.

Zasadnicza moralna różnica między wymienionymi trzema typami eutanazji a moralnie dopuszczalnym zaniechaniem terapii uporczywej czy też podawaniem środków w celu łagodzenia bólu tkwi zatem nie tylko w wyborze sposobu działania (lub powstrzymaniu się od niego), ale w motywacji i zamiarze lekarza. Nie chce on ani przedłużyć, ani też skrócić życia pacjenta, dostosowuje jedynie swoje działania i zaniechania do jego rzeczywistej sytuacji i pragnie zapewnić pacjentowi jak najdalej idący komfort w terminalnej chorobie. Ten terapeutyczny, a nie zabójczy zamiar będzie motywował zarówno wycofanie się z terapii, jak też podawanie środków uśmierzających ból²¹.

²⁰ W encyklice *Evangelium vitae* Jan Paweł II określa jako eutanazję w sensie ścisłym i właściwym nie tylko czyn, ale i zaniedbanie, „które ze swej natury lub w intencji działającego powoduje śmierć w celu usunięcia wszelkiego cierpienia” (EV, nr 65).

²¹ Nawet, jeżeli długotrwałe podawanie środków uśmierzających może ostatecznie przyczynić się do skrócenia życia pacjenta, jego śmierć „nie jest w żaden sposób zamierzona ani nie dąży się do niej, chociaż na skutek rozumnej przyczyny naraża się na jej niebezpieczeństwo; zamierza się tylko skuteczne uśmierzenie bólu, stosując środki znieczulające, którymi dysponuje medycyna” (Kongregacja Nauki Wiary, Deklaracja o eutanazji *Iura et bona*, nr 3). Eberhard Schockenhoff podkreśla, że ewentualne skrócenie życia z powodu długotrwałego podawania środków uśmierzających zachodzi o wiele rzadziej, niż się przypuszcza, gdyż środki te uspokajają organizm, a dzięki temu raczej przedłużają, niż skracają życie. Por. E. Schockenhoff, *Sterbehilfe und Menschenwürde*, s. 69.

Zapewne nie da się uniknąć sytuacji, w których granica ta będzie niezwykle cienka, trudno dostrzegalna dla obserwatora zewnętrznego²². Mimo to jest ona istotna i powinna zostać zachowana. Stąd też wydaje się, że całkowite wyrugowanie z szeregu działań moralnie dopuszczalnych pojęcia eutanazji, a zarezerwowanie go do działań lub zaniechań moralnie nagannych, znacznie przyczyniłoby się do wyklarowania oceny etycznej. Nie ma moralnie dopuszczalnej eutanazji, niezależnie od tego, czy jest ona czynna, bierna czy pośrednia. To czy dokonuje się ona wskutek bezpośredniego zabicia pacjenta, czy też na skutek bezczynności lekarza bądź działań pośrednio prowadzących do śmierci – jeżeli towarzyszy im zamiar uśmiercenia pacjenta – jest zawsze działaniem moralnie niedopuszczalnym. Rezygnacją z uporczywości terapeutycznej nie jest natomiast eutanazją bierną, a podawanie środków uśmierzających ból – eutanazją pośrednią, jeżeli tylko nie towarzyszy im zamiar zakończenia życia pacjenta²³.

4. Uporczywość terapeutyczna a opieka podstawowa

Należy podkreślić, że zaniechanie terapii uporczywej nie może oznaczać pozostawienia pacjenta własnemu losowi. Zamiast zatem akcentować w tym kontekście takie określenia, jak „rezygnacja” czy „wycofanie się” należałoby raczej mówić o zmianie strategii. Nie zmniejsza się troska o pacjenta, ale zmienia się jedynie jej charakter. Celem nie jest już zwalczanie przyczyn choroby, ale ła-

²² Rozróżnienie moralnej różnicy między aktywnym działaniem i pasywnym zaniechaniem bywa kwestionowane. Ta różnica pozostaje jednak istotna – i to zarówno na poziomie bezpośredniej przyczyny zgonu, jak też zamiaru i motywacji lekarza. Por. G. Virt, *Leben bis zum Ende Zur Ethik des Sterbens und des Todes*, Innsbruck-Wien 1998, s. 35-36. Za utrzymaniem tego rozróżnienia zdecydowanie optuje R. Spaeman, *Es gibt kein gutes Töten*, w: tenże, *Grenzen. Zur ethischen Dimension des Handelns*, Stuttgart 2001, s. 439.

²³ Różnice w definiowaniu pojęć prowadzą do tego, że nawet chrześcijańscy autorzy stosują pojęcie eutanazji pasywnej na określenie wycofania się z terapii uporczywej, a więc działań z moralnego punktu widzenia dopuszczalnych. Chociaż np. w niemieckim języku istnieją precyzyjne rozróżnienia między uśmierceniem (*Töten*) a zgodą na nieuchronną śmierć (*Sterbenlassen*), nie zawsze się je uwzględnia. Por. K. Demmer, *Angewandte Theologie des Ethischen*, Freiburg-Wien 2003, s. 236-238. Odnośnie do dyskusji na ten temat zob. G. Virt, *Leben bis zum Ende*, s. 33-38.

godzenie jej dokuczliwych objawów. Określenie takiej opieki jako „paliatywna” wydaje się jak najbardziej właściwe²⁴. Wyróżnia się ona z innych rodzajów opieki tym, że pacjent jest chroniony przed szczególnie uciążliwymi objawami towarzyszącymi chorobie. Należą do nich nie tylko objawy somatyczne, ale także psychiczne i duchowe.

Obok kryteriów, w oparciu o które taka zmiana strategii może być uzasadniona i z moralnego punktu widzenia dopuszczalna, istotne jest także określenie zakresu tzw. opieki podstawowej. Z teologiczno-moralnego punktu widzenia jako zawsze proporcjonalne i obowiązujące należy zazwyczaj uznawać takie czynności, jak odżywianie, podawanie płynów, łagodzenie symptomów chorobowych i lęku oraz bliskość osobową – analogicznie do czynności, które w wykonuje się przy niemowlęciu, ale także przy osobach sparaliżowanych, czy poważnie umysłowo chorych.

Warto wskazać tu na dwie trudne kwestie. Pierwsza wiąże się z sytuacjami, w których pacjent z racji swojej choroby lub na skutek wypadku stracił możliwość samodzielnego przyjmowania pokarmu i napoju. Często związane jest to z trwałą utratą świadomości. Pojawia się tu bardzo trudny problem moralny: czy (sztuczne) podawanie pokarmu i napoju może zostać uznane za formę uporczywości terapeutycznej i w związku z tym, czy wolno go zaprzestać? Nie brak głosów odpowiadających na to pytanie twierdząco i postulujących zaprzestanie tych czynności. Chętnie przyrównuje się w tym kontekście poziom życia takich pacjentów do wegetacji roślinnej, na co zdaje się wskazywać sama medyczna nazwa ich stanu: przetrwały stan wegetatywny (*permanent vegetative state* – PVS). Kontrowersje wokół tej problematyki zostały wzmocnione przez konkretne przypadki osób dotkniętych tym syndromem. Szczególny rozgłos towarzyszył zaprzestaniu odżywiania i nawadniania, a w konsekwencji śmierci amerykanki Terri Schiavo (2005) oraz włoszki Eluany Englaro (2009). Minimalna szansa na odzyskanie świadomości (statystycznie zmniejsza się

²⁴ Pojęcie to, pochodzące od łacińskiego słowa *paliatus* (okryty płaszczem) wskazuje nie tylko na całościową opiekę, ale także na aspekt towarzyszenia pełnego życzliwości i miłości bliźniego. Według G. Virta opieka paliatywna integruje w sobie wiedzę i możliwości medycyny, opieki, pracy socjalnej, duszpasterstwa, fizjoterapii, ergoterapii i – jeśli trzeba – dalszych dziedzin wiedzy. Zob. G. Virt, *Leben bis zum Ende*, s. 42.

ona wraz z wydłużaniem się okresu braku świadomości), a czasami całkowite wykluczenie tej szansy, ma stawiać sensowność kontynuacji odżywiania i nawadniania pod znakiem zapytania. Zwolennicy takiej opcji wskazują na to, że życie biologiczne samo w sobie nie stanowi celu, ale niezbędny warunek aktów duchowych, a te nie będą w tych przypadkach już nigdy możliwe²⁵. Takie stanowisko odbiega jednak od aktualnego nauczania Magisterium Kościoła, w którego świetle nie można w tych wypadkach mówić o dopuszczalnym zaprzestaniu terapii uporczywej. W specjalnej nocy z 2007 r. Kongregacja Nauki Wiary uznała podawanie chorem w stanie wegetatywnym pokarmu i napoju (także za pomocą sondy) za środek zasadniczo zwyczajny i proporcjonalny, gdyż jego zastosowanie nie jest ani nadmiernie kosztowne, ani też nie wiąże się zazwyczaj z poważniejszymi dolegliwościami dla pacjenta. Moralny obowiązek dostarczania pokarmu i napoju obowiązuje „w takiej mierze i przez taki czas, w jakich służy właściwym sobie celom, czyli nawadnianiu i odżywianiu pacjenta. W ten sposób zapobiega się cierpieniom i śmierci, które byłyby spowodowane wycięciem i odwodnieniem”²⁶. W obszernym komentarzu kon-

²⁵ Zwolennicy godziwości zaprzestania sztucznego odżywiania i nawadniania chętnie przywołują przesłanie papieża Piusa XII z 1957 r. skierowane do kongresu anestezjologów (tekst niemiecki: Pius XII, *Über moralische Probleme der Wiederbelebung*, w: Herder Korrespondenz 12 (1957), s. 228-230). Papież deklaruje, że życie, zdrowie i każda ziemska aktywność są podporządkowane celom duchowym. Ta wypowiedź jest jednak umieszczona w kontekście innego pytania – mianowicie o godziwość zaprzestania resuscytacji w sytuacjach beznadziejnych. Zob krytyczny komentarz w: W. E. May, *Catholic Bioethics and the Gift of Human Life*, Huntington 2000, s. 267-268.

²⁶ Kongregacja Nauki Wiary, *Odpowiedzi na pytania dotyczące sztucznego odżywiania i nawadniania*, w: J. Brusilo (red.), *W trosce o życie*, t. 2, s. 454. Por. także Jan Paweł II, „Człowiek chory zawsze zachowuje swą godność” Przemówienie do uczestników międzynarodowego kongresu lekarzy katolickich (20 III 2004), w: http://www.opoka.org.pl/biblioteka/W/WP/jan_pawel_ii/przemowienia/chory_godnosc_20032004.html (9 VI 2012): „Chciałbym zwłaszcza podkreślić, że podawanie pacjentowi wody i pożywienia, nawet gdy odbywa się w sposób sztuczny, jest zawsze naturalnym sposobem podtrzymania życia, a nie czynnością medyczną. W zasadzie zatem należy to uznawać za praktykę zwyczajną i proporcjonalną, a tym samym za moralnie nakazaną, w zależności od tego, w jakiej mierze i przez jaki czas zdaje się ona służyć właściwym sobie celom, czyli w danym przypadku odżywianiu pacjenta i łagodzeniu jego cierpień”

gregacja rekapitułuje dyskusję dotyczącą tego zagadnienia, odnosząc się również do głosów przeciwnych. Brak szans na powrót do zdrowia nie może stanowić kryterium decydującego o pozostawieniu pacjenta bez minimalnej opieki podstawowej. Zaznacza się jednocześnie, że to generalne stanowisko nie wyklucza moralnej godziwości przerwania tych działań w pojedynczych przypadkach, w których „odżywianie i nawadnianie może być dla pacjenta nadmiernie uciążliwe bądź powodować wyjątkowe cierpienie fizyczne spowodowane, na przykład, komplikacjami wynikającymi z użycia aparatury”²⁷. Poważne wątpliwości etyczne wobec godziwości zaprzestania sztucznego odżywiania długotrwale nieprzytomnych wzmacniane są także poprzez doniesienia o wybudzaniu pacjentów po latach stanu długotrwałej, głębokiej utraty przytomności²⁸.

W kontekście określenia zakresu opieki podstawowej i jej oddzielenia od uporczywości terapeutycznej jeszcze jeden problem moralny jest istotny. Chodzi o sposób podejmowania decyzji dotyczących osób, które aktualnie nie są w stanie same o tym decydować. Szacunek dla autonomii pacjenta, wyrażający się w jego prawie do współdecydowania o własnym losie, nakazuje dokonanie swoistej „rekonstrukcji” jego woli. Pomocą może tu być rozmowa z najbliższymi²⁹. W ostatnich latach upowszechnia się coraz bardziej pisemne oświadczenie woli, jakie każdy może sporządzić, wyrażając swoje decyzje w odniesieniu do hipotetycznej sytuacji, jaka może nastąpić w przyszłości. Takie oświadczenie, określane jako rozporządzenie pacjenta (*Patientenverfügung*) bądź też testament życia (*living will*) może niewątpliwie stanowić pomoc dla lekarzy przy podejmowaniu decyzji dotyczących zakresu i charak-

²⁷ Kongregacja Nauki Wiary, *Odpowiedzi na pytania dotyczące sztucznego odżywiania i nawadniania*, s. 458.

²⁸ Omawiając to zagadnienie Eugen Diamond podkreśla brak wyczerpującej wiedzy dotyczącej PVS i wątpliwości dotyczące zakresu doznań pacjentów dotkniętym tym syndromem. Zob. E. F. Diamond, *A Catholic Guide to Medical Ethics. Catholic Principles in Clinical Practice*, Palos Park 2001, s. 127-129. Zob. także obszerną analizę tego zagadnienia, w tym także etapy rozwoju nauczania Kościoła w tym względzie w: A. Fisher, *Catholic Bioethics for a New Millenium*, Cambridge 2012, s. 213-247.

²⁹ Znaczenie takiej konsultacji widać szczególnie wyraźnie w przypadku decyzji o oddaniu organów do przeszczepu. Rodzina w takich przypadkach nie podejmuje własnej decyzji dotyczącej ich zmarłego, ale rekonstruuje jego wolę, dotyczącą zgody na pobranie organów lub jej braku.

teru działań terapeutycznych. Nie brak też opinii, że oświadczenia są dla lekarzy wiążące, a w niektórych krajach (np. od 2009 r. w Niemczech) ich moc zobowiązująca została potwierdzona także odpowiednim ustawodawstwem. Sprawa ta budzi jednak także sporo kontrowersji. Badania³⁰ wskazują, że osoba zdrowa – a takimi są zazwyczaj sygnatariusze rozporządzeń – zazwyczaj zupełnie inaczej ocenia hipotetyczną sytuację choroby, niż czynią to osoby rzeczywiście chore. U wielu osób rzeczywiście dotkniętych chorobą i kalectwem, po pierwszej fazie szoku i depresji, wzrasta gotowość do przyjęcia ograniczeń związanych z chorobą i akceptacji niezbędnych zabiegów terapeutycznych. Jedynie też w niewielu przypadkach faktyczna sytuacja choroby odzwierciedla wyrażone w rozporządzeniach uwarunkowania³¹. Wątpliwości etyczne koncentrują się wokół mocy wiążącej tego dokumentu, zwłaszcza, jeżeli wyrażone w nim roszczenia pacjenta miałyby oznaczać udział lekarza w działaniach eutanazyjnych.

Z chrześcijańskiego punktu widzenia rozporządzenie pacjenta jest jedynie wtedy moralnie dopuszczalne, gdy nie zawiera negacji podstawowej wartości życia, oceny bezsensowności jego kontynuowania w przypadku zaistnienia poważnych i trwałych zaburzeń i szkód zdrowotnych czy też żądania niemoralnych działań bądź zaniechań ze strony lekarza. Chrześcijańskie rozporządzenie pacjenta jest raczej deklaracją pogodzenia się z nieuniknioną śmiercią. Pacjent może w nim wyrazić życzenie zaniechania działań, które zgodnie z wiedzą medyczną nie przyniosą oczekiwanych rezultatów, a będą jedynie przedłużały agonię. Istotne jest zatem z jednej strony wystarczająca i adekwatna wiedza sygnatariusza takiego dokumentu, a z drugiej strony także etyczna dopuszczalność zawartych w nim roszczeń.

³⁰ Por. S. e., *Zur Verbindlichkeit von Patientenverfügungen. Stellungnahme zur Anhörung des Rechtsausschusses des Deutschen Bundestages*, 04.03.2009, w: <http://www.dgpalliativmedizin.de/sn/090304%20Stellungnahme%20e.pdf> (23 XI 2009).

³¹ Tamże.

Zakończenie

Nie ulega wątpliwości, że godność człowieka powinna być szanowana na każdym etapie jego życia, również wtedy, gdy zbliża się ono ku swojemu kresowi. Zmiana taktyki terapeutycznej, która może się wiązać z zaprzestaniem intensywne działań medycznych w sytuacji, gdy nie są one proporcjonalne do rzeczywistej sytuacji chorego, może być wyrazem szacunku dla ludzkiego umierania. Rezygnacja z uporczywości terapeutycznej nie może nigdy oznaczać całkowitego odstąpienia od chorego i pozostawienia go samego na ostatnim etapie jego życia. Nikt nie powinien umierać w opuszczeniu³². Chociaż etyczna różnica między rezygnacją z terapii uporczywej i działaniami zmierzającymi do łagodzenia bólu środkami farmakologicznymi a eutanazją bierną i pośrednią może być w niektórych przypadkach niewielka, to jednak różnica ta istnieje i jej respektowanie może stanowić podstawę prawdziwie humanitarnego podejścia do chorych znajdujących się w terminalnej fazie swojego życia.

Zusammenfassung

Der verhältnismäßig neue Begriff des therapeutischen Überlebens verweist auf ein früher nicht dagewesenes Problemfeld der medizinischen Ethik. Es geht um die Fragen nach der sinnvollen und moralisch verantwortbaren Verlängerung des menschlichen Lebens. Als Ursachen für diese neue Fragestellung lassen sich mindestens drei Gründe angeben: zum einen ist es der medizinische Fortschritt und damit auch neue Möglichkeiten, das Leben zu retten und zu erhalten. Zum anderen muss man auch die Würdigung des Patienten und seiner Autonomie im Verhältnis Arzt-Patient sowie die explodierenden Gesundheitskosten hinweisen. Der Verfasser des vorliegenden Beitrags verweist zuerst auf den sprachlichen Unterschied, der bei aller Gemeinsamkeit den Standpunkt des kirchlichen Magisteriums von der laizistischen Ethik abhebt: statt des Begriffes der medizinischen Aussichts- und Zwecklosigkeit (*futility*)

³² Por. Benedykt XVI, *Żaden człowiek nie powinien umierać w samotności*, s. 332-334.

wird in kirchlichen Verlautbarungen das Augenmerk auf die fehlende Proportionalität und Aggressivität der Behandlung gerichtet. Das Urteil über den Wert des Lebens darf nicht die zentrale Rolle spielen. Der Verfasser plädiert auch für die sprachliche Abhebung aller Euthanasiearten (aktiv-direkte, passive, indirekte) von der moralisch zulässigen Resignation von nicht proportionalen und außergewöhnlichen Mittel. Die Benennung dieses Vorgehens als zulässige „passive Euthanasie“ trägt zur Verwirrung bei und schadet der Klarheit des christlichen Zeugnisses In der Frage der Zulässigkeit der Unterbrechung der künstlichen Ernährung komatöser Patienten wird im Artikel die gegenwärtige Diskussion wiedergegeben und das lehramtliche Plädoyer für ihre Aufrechterhaltung betont.