

Dominique Folscheid

profesor filozofii, Institut Hannah Arendt, Université Paris-Est Marne-la Vallée

konsultant naukowy: dr filozofii Sławomir Szczepaniak, Papieski Wydział Teologiczny w Warszawie
tłumaczenie: mgr Anna Ciostek, wykładowca w Instytucie Romanistyki Uniwersytetu Warszawskiego

MEDYCINA A KONIEC ŻYCIA

Medycyna od zawsze utrzymywała ze śmiercią stosunki analogiczne do tych, jakie Sacha Guitry miał z kobietami. Śpiewał o nich: „*je suis contre, tout contre*” (unikam ich objęć, ale nie mogę się z nich wyzwolić). Tak długo, jak medycyna nie miała praktycznie żadnej mocy, nie zachodził problem medykalizacji końca życia – ludzie umierali w sposób naturalny, na skutek chorób lub odniesionych ran, tam, gdzie akurat się znajdowali. Odkąd jednak medycyna stała się skuteczna, zarówno jeśli chodzi o środki lecznicze, jak i o techniki reanimacji, zrodziły się nowe problemy, stawiające nas przed koniecznością dokonywania wyborów, które w przeszłości nie istniały.

Medykalizacja życia i śmierci

Fakty są następujące: dzisiaj rodzimy się, żyjemy i umieramy „w” medycynie (a niekiedy, niestety, „z powodu” medycyny). W krajach rozwiniętych 70% ludzi umiera w szpitalu, co sprawia, że cały szereg sondaży opinii publicznej wskazuje na nieludzkie warunki końca naszego życia. Od tej samej medycyny żądamy, by zapewniła nam odpowiednio dobre życie i zarzucamy jej, że jest źródłem złej śmierci. Obawiamy się, że nie robi wystarczająco dużo, by nas uratować i boimy się, żeby nie zrobiła za dużo. Jak pisze profesor Didier Sicard, „ludzie nie akceptują, że umiera się na skutek udaru lub niewydolności nerek, oskarżają lekarza o nie w porę podana kroplówkę, szukając błędu lekarskiego” [1]. Śmierć, traktowana jako porażka medycyny, stała się wypadkiem. W związku z tym trzeba znaleźć kogoś, kto byłby za nią odpowiedzialny, albo może wręcz – kto byłby jej winny.

Jednak największą naszą odrazę budzi zbliżająca się perspektywa śmierci. Śmierć przestała być znajomą towarzyszką, jak to niegdyś było. Obecnie mamy bowiem do czynienia z odrzuceniem, z zaprzeczeniem, a nawet z wypieraniem śmierci, czyli samego śmiertelnego wymiaru natury ludzkiej. Stąd biorą się aberracyjne slogany typu: „Na pohybel śmierci!”; „Śmierć – ostatnia choroba do zwalczania”. Stąd też utopijne projekty „alopatów śmierci”, uważających, iż śmierć to tylko objaw, którego przyczyny uda się kiedyś wyeliminować.

Decyzja medyczna – wolny wybór w sytuacji niepewności

Sytuacja ta wynika z faktu, że nasza nowoczesna medycyna, tak bogato dziś wyposażona w wiedzę naukową i środki techniczne, pozostaje nadal „sztuką”, po grecku *tékhnè*, co sprawia, że jest „rodzajem wiedzy odpowiadającym na pytania: dlaczego i jak” w konkretnych przypadkach. Jak pisze Arystoteles: „nie chorobę się leczy, lecz człowieka”, któremu na imię Kalas czy Sokrates.

W każdym zatem działaniu to od poszczególnego, jednostkowego życia, nad którym pochyła się lekarz zależy czy zareaguje pozytywnie czy też nie na zastosowane leczenie. To życie będzie zawsze sędzią najwyższym, chociaż dla nas pozostanie na zawsze obce. Gdyż posiada ono swą zasadę wewnątrz siebie samego, jak mówi to nam Arystoteles, podczas gdy technika ma swą

zasadę na zewnątrz. Można naśladować procesy życiowe (tak jak dzieje się to w przypadku leków działających na poziomie subkomórkowym), ale odbywa się to w trybie zewnętrzności, jedynie zaś życie jest w stanie to uwewnętrznić. Gdy dodamy do tego „efekt *pharmakonu*”, zgodnie z którym każdy lek jest jednocześnie trucizną, to wszelkie leczenie stanie się ambiwalentne, niosąc ze sobą potencjalnie zarówno pozytywną odpowiedź na leczenie, jak i ryzyko działań niepożądanych.

Odkąd medycyna empiryczna ustąpiła miejsca medycynie racjonalnej, mamy do czynienia z sytuacjami pozwalającymi na konkluzje o większym lub mniejszym prawdopodobieństwie. Jednak żeby przejść od konkluzji, wpisującej się w porządek wiedzy, do decyzji, trzeba stworzyć sytuacje wolnego wyboru. Bo decydować to rozstrzygać, a więc dokonywać wyboru między możliwością zrobienia czegoś w taki czy inny sposób lub nie robienia niczego. Stąd też wynika ogromna różnica między odpowiedzialnością eksperta i decydenta: ekspert może się mylić – popełnia wówczas pomyłkę, podczas gdy decydent, działając źle, popełnia błąd. Podobnie wygląda różnica między lekarzem a mechanikiem samochodowym: jeżeli mechanik odda nam samochód nienaprawiony, bo go nawet nie dotknął, nie doszło do działania. Natomiast jeśli lekarz zdecyduje, że nie będzie działał lub przestanie działać, gdyż jego interwencja byłaby gorsza niż sama choroba, to i tak nadal działać będzie. W imię zasady *primum non nocere*, „po pierwsze nie szkodzić”.

Szczególnie trudne są decyzje dotyczące zarówno początków, jak i końca życia. Początków, gdy mamy do czynienia ze skrajnie niedojrzałymi noworodkami, gdy stawką jest ich życie, ponieważ ocieramy się wówczas o ryzyko życia naznaczonego mniej lub bardziej poważnymi następstwami wcześniactwa. Końca, gdy zadajemy sobie pytanie o ograniczenie lub zakończenie leczenia przyczynowego, nie wiedząc jednak z całą pewnością, czy skutki takiego działania okażą się korzystne, szkodliwe czy żadne.

A mimo to trzeba podjąć decyzję, to znaczy podjąć działanie w czasie. A więc – wziąć pod uwagę „odpowiedni moment”, słynny *kairos*, porównywany w mitologii greckiej do biegnącego szybko nagiego, łysiego mężczyzny, którego można schwycić jedynie za kępkę włosów rosnącą mu nad czołem. Jednakże czasowości, o których tu mowa, nie będą równym tempem. Czas, zawieszony choćby na moment przez sztuczne środki, nie daje się już okiełznać: „lekarz jest pojmany przez czas, pacjent zaś jest uwięziony w czasie”, jak słusznie zauważa pewien lekarz. Nie do końca też wiemy czy „dajemy czas czasowi”, przedłużając leczenie (żeby doprowadzić do czego?), czy przeciwnie – czas tracimy.

Wynika stąd, że „upór terapeutyczny” (*obstination thérapeutique*) może okazać się całkiem rozsądny, gdy tymczasem pojęcie „nierozsądnego uporu” (*obstination déraisonnable*) nie jest i nigdy nie będzie jasne. Poza tym pojęcie to przechodzi ewolucję. Jak przypomina profesor Didier Sicard, „w 1998 roku reanimowanie powikłań płucnych lub neurologicznych AIDS uważane było za działanie uporczywe i bezzasadne, podczas gdy w 2002 roku stało się obowiązkowe i tak dalej...” [1]. Dopiero retrospektywnie, po fakcie, jesteśmy w stanie stwierdzić czy należało coś zrobić, czy też czegoś nie robić. Tymczasem pacjenci i ich rodziny najczęściej żądają, by próbować wszelkich środków, choć jednocześnie nie zgadzają się na jakąkolwiek uporczywą i bezzasadną terapię (*acharnement déraisonnable*). Zarazem trzeba liczyć się z „*disability paradox*”, polegającym na tym, że wielu pacjentów, którzy na początku odmawiali zgody na leczenie, przyjmuje odwrotną postawę w chwili, gdy stan ich zdrowia ulega względnej poprawie w wyniku leczenia. Znane są przypadki pacjentów z porażeniem czterokończynowym, którzy uważali się za „szczęśliwych”, podczas gdy przed wypadkiem twierdzili, że, gdyby znaleźli się w takiej sytuacji, woleliby śmierć.

Decyzje dotyczące ograniczenia lub zaprzestania działań terapeutycznych

Kiedy gramy o wysoką stawkę w sytuacji niepewności, to naturalnie podejmujemy ryzyko, że wszystko przegramy. Przekraczamy cienką granicę niechcący, nieświadomie i wpadamy w pułapkę terapeutyczną. Jest to szczególnie widoczne w momencie, gdy zostały zastosowane wysokospecjalistyczne procedury, rządzące się swą własną logiką lub gdy mechanicznie stosuje się

obligatoryjne procedury (jak w przypadku straży pożarnej czy pogotowia ratunkowego). Można wówczas sądzić, że idąc do końca, cały czas prosto, wyjdziemy wreszcie z lasu, jak słusznie myśli zagubiony w borze wędrowiec opisywany przez Kartezjusza. Tymczasem, o ile można przyjąć taki schemat działania w skrajnych przypadkach chirurgicznych, o tyle nie jest on do zastosowania w szeroko pojętej medycynie, gdzie rezultat może okazać się gorszy niż sama dolegliwość. Nasze możliwości techniczne pozwalają nam na wyprodukowanie potwora podobnego do bezimiennej Istoty Doktora Frankenstein, oznaczonego skrótem PSW (Przewlekły Stan Wegetatywny), ale nie są dosyć mocne, by zastąpić stwórczą lub twórczą moc Boską, którą Doktor Frankenstein pomylił z elektrycznością.

Nadchodzi wreszcie bolesny moment, kiedy trzeba częściowo zrezygnować ze sztucznego podtrzymywania pacjenta przy życiu. Ale wycofać się nie znaczy porzucić pacjenta czy wyrzec się medycyny. Wręcz przeciwnie: uznając swoją niemoc, medycyna pozostaje wierna swojemu posłannictwu, polegającemu na „znalezieniu remedium” dla cierpiącej natury, a nie na stosowaniu techniki do tego stopnia, że natura stanie się zwykłym przedłużeniem urządzeń medycznych. W medycynie to, co sztuczne jest uprawnione tylko pod warunkiem, że służy naturze, a nie odwrotnie (natura służąca temu, co sztuczne). Tak więc protezy czy implanty przeznaczone do tego, by uzupełniały braki lub zastępowały pewne funkcje, są uzasadnione, podobnie jak są uzasadnione urządzenia wspomagające, zapewniające podtrzymanie życia w fazie przejściowej. Kiedy jednak mamy wszelkie powody, by sądzić, że samodzielne i autonomiczne życie nie jest dłużej możliwe, zaprzestanie działania medycznego nie oznacza położenia kresu czyjemuś życiu (które przecież mogłoby trwać dalej), lecz polega na usunięciu sztucznych elementów, które stwarzały jedynie pozory życia, albo które opóźniały tylko nieodwracalny proces zmierzający do śmierci.

W takich sytuacjach częściowa rezygnacja ze sztucznego podtrzymywania pacjenta przy życiu sprowadza się do przyzwolenia, by natura szła swoim biegiem zgodnie z przeznaczeniem. Dlatego też w 1952 roku papież Pius XII ograniczył obowiązek podtrzymywania życia do stosowania środków, które nie nakładałyby „żadnych nadzwyczajnych ciężarów ani na samego pacjenta, ani na innych”. Jak pisze Hans Jonas, przestaje się wówczas czynić z pacjenta „więźnia medycyny”, co mogłoby doprowadzić do ryzyka „skonfiskowania” mu jego własnej śmierci, złapanej w sidła sztucznych i nieludzkich środków. Ostatecznie, jak pisze dalej, nie chodzi tu nawet o *pozwolenie* na zaprzestanie uporczywej terapii, lecz o *obowiązek* moralny, wynikający z miłości do pacjenta [2].

ETYKA A MEDYCINA KOŃCA ŻYCIA

Medycyna, w imię tych samych racji, które nakazują jej częściową rezygnację ze sztucznego podtrzymywania pacjenta przy życiu, nie ma prawa skapitulować. Rezygnacja z podejmowania dalszych działań terapeutycznych nie oznacza bowiem, że lekarz ma przestać opiekować się swoim pacjentem, gdyż ten ciągle go potrzebuje. Sukces terapeutyczny jest tylko jednym z celów medycyny, która, prędzej czy później, dojdzie kiedyś do granicy wyznaczonej przez śmiertelność, będącą przyrodzoną cechą kondycji ludzkiej. To właśnie w takich skrajnych przypadkach, gdy decyzje są najbardziej zasadnicze, lekarz musi uruchomić ten szczególny typ cnoty, którą Arystoteles nazywa „*phronèsis*”, co znaczy „roztropność”, „rozważa” lub „mądrość praktyczna”. Ta cnota w sposób szczególny charakteryzuje lekarza, łączy bowiem w sobie rozum teoretyczny i rozum praktyczny, wiedzę i działanie (dlatego nazywamy ją „dianoetyczną”, gdzie „*noûs*” znaczy „myśl”). Wymaga więc ona poprawnej oceny stanu pacjenta i wykazania zasadności podejmowanego działania, biorąc również pod uwagę sytuację chorego i jego otoczenia. Bo gdy tylko dana osoba znajdzie się u kresu życia, relacje, jakie łączyły ją do tej pory z bliskimi osobami, z oczywistych powodów ulegną zakłóceniu.

Poszerzone pole działania

Zacznijmy od tego, że indywidualna rozmowa nie stanowi wyłącznych ram relacji lekarz-pacjent. Może ona nawet w ogóle nie mieć miejsca, jeśli pacjent jest nieprzytomny. W takim

przypadku to osoby trzecie nabierają szczególnego znaczenia. Wzięcie pod uwagę głosu tych osób Levinas nazywa „sprawiedliwością”, co należy rozumieć przede wszystkim w znaczeniu etycznym, ale także w sensie społecznym, prawnym i politycznym, ponieważ takich osób trzecich jest wiele. Tworzą one bezpośrednie otoczenie pacjenta, do którego należy rodzina, bliscy, lekarze, pielęgniarki. Powodują także implikacje dla danego szpitala, kontekstu opieki zdrowotnej i społecznego kraju, tak więc i dla potencjalnych pacjentów, których trzeba będzie przyjąć, podczas gdy brak nam miejsc i środków. Poddani tak wielu naciskom, możemy być zmuszeni, jak mówi Levinas, do „zdrady drugiego, po to by być sprawiedliwym wobec «innych»”.

Normalną dla zachowania równowagi rzeczą jest obwarowanie działalności medycznej systemem normatywnym. Pozwala on uniknąć sytuacji, w których niepowołane osoby będą robiły to, co do nich nie należy. W przeciwnym razie bowiem społeczeństwo stałoby się anarchicznym chaosem, w którym wspólne istnienie nie byłoby możliwe. Tym niemniej iluzją byłoby sądzić, iż ślepe przestrzeganie ogromu przepisów może zwolnić poszczególne podmioty z ich odpowiedzialności moralnej. Zrozumiały jest niepokój osób pracujących w opiece zdrowotnej, ich strach przed możliwymi pozwami i wyrokami sądów, ich prośby do prawodawcy o legalizację kolejnych ustaw zapełniających rzekome luki w prawie (takowe nie istnieją, gdyż fundamentalne zasady prawa pozwalają na uregulowanie wszystkich kwestii). Jednak mnożenie siatek normatywnych o coraz mniejszych oczkach doprowadzić może raczej do przekształcenia uczestników tego procesu w instrumenty pozbawione odpowiedzialności. Jak to podkreśla z całą mocą Levinas, nie istnieje coś takiego, jak wolność człowieka do podjęcia lub nie odpowiedzialności za skutki swego działania. Nawet gdybyśmy uważali siebie za podmiot pozbawiony moralnej odpowiedzialności, to nadal będziemy moralnie odpowiedzialnymi: odpowiedzialnymi za brak swojej moralnej odpowiedzialności.

Nic z tego w żadnym razie nie wpływa hamująco na promowanie praw pacjentów, by dzięki takim prawom doprowadzić do ograniczenia wszechmocy medycyny. We Francji tekstem prawnym, do którego najczęściej się odwołujemy, pozostaje tzw. „ustawa Leonettiego”, uchwalona dn. 22 kwietnia 2005 roku, poddawana obecnie nowelizacji. Zawarte w niej zostały doświadczenia lekarzy praktyków, spostrzeżenia towarzystw naukowych i tradycje kulturowe Francji. Sukces jaki odniosła, wynika z jej inspiracji etycznych i z równowagi jaką wprowadziła między nadmiarem i niedostatkiem przepisów prawnych. Zarzuty, jakie się jej stawia, nie wynikają z jej treści, a raczej ze zbyt dużej niewiedzy na temat tej ustawy oraz z braku środków, które pozwoliłyby na jej wprowadzenie w życie. Toczące się wokół niej debaty dotyczą przede wszystkim skrajnych przypadków, w których Francja jawi się jako kraj pozostający z tyłu za niektórymi sąsiednimi państwami. Obejmują one problemy sedacji w fazie terminalnej, charakteru obligatoryjnego lub nie tak zwanych oświadczeń *pro futuro* (*directives anticipées*), ale nie ma mowy (na razie?) ani o legalizacji eutanazji, ani też o udziale lekarzy w medycznie wspomagany samobójstwie.

Powaga sytuacji

Nawet u kresu swego życia pacjent pozostaje istotą żywą, osobą w pełnym tego słowa znaczeniu. Trzeba więc za wszelką cenę wystrzegać się szufladkowania go w jakże wygodnej kategorii „umierającego”, którą opisał psychoanalityk Robert William Higgins [3]. „Umierający” jest tym nowym rodzajem istoty ludzkiej, na który przenosimy całą śmiertelność, by wyprzeć ją z własnego życia. Tylko umierający umierają! Tymczasem, jak nam przypomina Heidegger, dziecko już w chwili swych narodzin jest wystarczająco stare, by umrzeć. Jeśli zaś chodzi o starców, sam ich wiek nie oznacza koniecznie, że łatwiej im będzie umrzeć. Nie mówiąc już o tym, co w *Śmierci Iwana Iljicza* zapisuje Lew Tołstoj – że ciężko jest umierać na skutek choroby, na którą medycyna znajdzie lekarstwo, gdy nas już nie będzie. Bez względu na nasz wiek czy położenie śmiertelność dotyka nas wszystkich i to ona sprawia, że śmierć ludzka ma wymiar tragiczny. Bo o ile śmierć jakiejś osoby jest czymś normalnym w porządku natury, która zrekompensuje jej odejście przez narodziny kolejnego człowieka, o tyle nie jest ona czymś normalnym w porządku istnienia, ponieważ odchodzi człowiek niepowtarzalny i nie do zastąpienia. To rozdarcie między wymiarem naturalnym i wymiarem ludzkim śmierci jest

więc „tragiczne” w najgłębszym znaczeniu tego słowa, które prawdopodobnie korzeniami sięga rytuału omofagii (dzielenia żywego kozła w obrzędach dionizyjskich). Dopóki człowiek żyje to rozróżnienie odpowiada także innemu, jakie można poczynić – między życiem a ludzką egzystencją, które uwidacznia, że nie każde życie czy też samo przeżycie może uczynić ludzką egzystencję godną tego miana.

Należy więc odrzucić lekki styl, w jakim Epikur radykalnie wykluczył śmierć z życia: „póki jesteśmy my – nie ma śmierci, a kiedy jest śmierć – nie ma nas”. Bez względu na to, czy śmierć jest nagła, czy poprzedzona długim okresem słabnięcia, stanowi ona najważniejsze doświadczenie egzystencjalne. Jednakże w odróżnieniu od wszystkich innych doświadczeń, jakie możemy przeżyć, śmierć się nie powtarza, nie pozwala na żaden powrót do punktu wyjścia, nie stanie się też nigdy eksperymentem. Opisy „*near death experience*” (NDE), znane znacznie wcześniej niż książka doktora R.A. Moody’ego (*Życie po życiu*) są naciągane, ponieważ chodzi w nich o przypadki odwracalnej śmierci klinicznej, a nie o przypadki nieodwracalnej śmierci biologicznej. Doświadczenie Łazarza, najśłynniejszego śmiertelnika wskrzeszonego przez Chrystusa, także nas niczego nie uczy. Dobitnie mówi o tym Kierkegaard, który wyciągnął z tego morał: mimo że Łazarz został przywrócony do życia i tak kiedyś umrze. Śmierć ostatecznie jest jedynie niewielkim wydarzeniem pośród tego, co stanowi całość, a co jest życiem wiecznym. A zatem to nie śmierć jest dominująca, lecz rozpacz. Prowadzi bowiem ona (rozpacz) do rozdzierającej sprzeczności, jako że przeżywanie śmierci sprowadza się do tego, iż nie możemy się od siebie uwolnić, gdy tymczasem pragniemy tylko tego, byśmy zostali zbawieni, byśmy mogli cieszyć się życiem wiecznym.

Do śmierci można się przygotować, nie można natomiast ze śmierci uczynić przedmiotu nauczania. Wprawdzie Sokrates powierzył filozofii zadanie bycia „szkołą umierania”, ale dotyczyło to jedynie żyjących, którzy pragną wyrwać swą duszę z więzienia, jakim jest ciało, by osiągnąć mądrość. Śmierć jest więc wydarzeniem *par excellence*, to znaczy tym, co pojawia się w pewnej historii przecinając ją na pół. Jednak dla tych, którzy widzą śmierć innych, owo przecięcie ukazuje tylko to, co było przed, ale niczego, co nastąpi po. Jest to oznaką radykalnej, nieprzekazywalnej różnicy między przeżywaniem śmierci w pierwszej osobie a jej przeżyciem w osobie drugiej (śmierć bliskiej osoby) lub w trzeciej (śmierć nieznanymi osobami).

Jeśli pamiętamy, że etyka zawiera w sobie wymiar „*ethos*”, co znaczy „zamieszkiwanie”, to rozumiemy, że osobie u kresu życia trudno znaleźć sobie miejsce w świecie nadającym się jeszcze do zamieszkania. W brydżu odnieśliśmy się do francuskiego pojęcia „miejsce umarłego” („*place du mort*”) dla określenia miejsca biernego partnera, który stanowi integralną część gry wszystkich biorących w niej udział (pol. „stolik”- przyp. tłum.). W sytuacjach końca życia, znalezienie tego miejsca staje się zadaniem, w którym każdy ma rolę do odegrania, mimo różnych przeszkód. Bo przecież najbardziej nawet doświadczeni lekarze i personel medyczny, podobnie zresztą jak pacjent (o ile jest przytomny), jego rodzina i bliscy, nie są pozbawieni emocji. Różnego rodzaju elementy wywodzące się z uczuć i z podświadomości, które mogą pojawić się nagle i z całą gwałtownością, doprowadzają do trudności w dyskusjach i zakłócają proces podejmowania decyzji.

Gdy tylko padnie informacja, że nie ma już najmniejszej nadziei, należy spodziewać się zaistnienia schematu opisanego przez Elisabeth Kübler-Ross [4]. Dotyczy on przede wszystkim pacjenta jeśli jest przytomny, ale także jego otoczenia. Nie ma pierwszorzędno znaczenia to, że pięć proponowanych przez nią faz może zostać zredukowanych do trzech, ani też to czy wystąpią one w pierwotnym porządku. Jasne jest wszakże, że pierwszą reakcją będzie reakcja wyparcia albo zaprzeczenia, taką bowiem barierę stawia świadomość na drodze przekazu uważanego za nie do zniesienia. Po niej następuje bunt, w którym staramy się pozbyć nadmiaru napięcia poprzez agresywne zachowanie. Dalej nadchodzi faza targowania się – próbujemy przejąć kontrolę nad sytuacją. I wreszcie, po fazie utraty nadziei i czarnej rozpacz, przychodzi etap akceptacji lub pogodzenia się z sytuacją.

W obecnych warunkach, gdy żądania i praktykowanie (jawne lub ukryte) eutanazji zakorzeniło się w naszej mentalności, trzeba także wziąć pod uwagę innego groźnego przeciwnika, którego Nietzsche nazywa „resentymentem”.

Resentyment określa ruch, poprzez który życie obraca się przeciwko samemu sobie. Objawia się on wówczas, gdy wola mocy, która każdym z nas powoduje, nie jest już w stanie realizować swoich celów, ponieważ brak jest jej odpowiedniej mocy. Dopóki ją ma, idzie śmiało naprzód, prosto do celu, jak czyni to walcząca do końca medycyna. Ale gdy jej mocy nie starcza, to życie próbuje wziąć górę w sposób pośredni, odwołując się do odwróconych o 180° wartości moralnych. Zamiast sławić siłę i sukces, podnosimy wtedy wartość litości i współczucia, które pozwalają obciążyć wyrzutami sumienia drugiego człowieka, by go do czegoś zobowiązać. Jak mówi Nietzsche, moralność zamienia się wówczas w „moralinę”, płynącą szerokim strumieniem w nagłaśnianych przez media przypadkach końca życia, służących do tego, by móc żądać praw opartych na współczuciu: skoro zmedykalizowany koniec życia jest nieludzki, to ludzkim będzie położyć mu kres. Stąd odwrócenie pojęć związanych z wartościami, pozwalające matce nazywać „aktem miłości” eutanazję własnego syna, a lekarzowi dokonywać „aktu współczucia”, kiedy wstrzykuje pacjentowi substancje letalne.

Ta trucizna resentymentu może trawić wszystkich bohaterów tego dramatu. Lekarza trymanego w szachu, który, nie dysponując władzą podtrzymania lub przywrócenia życia, chce zachować jednak pewną władzę: władzę zadania śmierci. Również pielęgniarkę, szczególnie nań narażoną, gdy stosuje empatię w dużych dawkach (stąd różnego typu „anioły śmierci”, które w wielu krajach eksterminują osoby chore lub bardzo stare). Także bliskich, rozdartych między resztką nadziei, o której wiedzą, że jest bezsensowna, a pragnieniem skończenia z cierpieniem powodowanym umieraniem, zwłaszcza, jeśli identyfikują się z bliską im osobą. Oczywiście i pacjenta, gdy uwidacznia swoją wolę przeciwstawiając ją wszechwładnej woli lekarza lub medycyny: nie chce dłużej cierpieć, ma wrażenie, że jest niepotrzebny, że jest ciężarem dla innych, czuje się winny. Resentyment może nawet zagnieździć się w opiece paliatywnej, w jej wyidealizowanej wersji „dobrego umierania”. Próbuje się wtedy wyeliminować wymiar tragiczny śmierci, głosząc koniec spokojny, świadomy i bezbolesny, bez strachu ni buntu.

KONIEC ŻYCIA I PRZEKRACZANIE GRANIC

Zazwyczaj nie ustajemy w żądaniach wobec medycyny, by chroniła nas przed śmiercią. Zdarzyć się jednak może, iż postawimy jej zarzut odwrotny, a mianowicie, że nie pozwala nam umrzeć. Zmienia się wówczas rola lekarza: z pozycji ratującego staje się oskarżonym, służącym medycynie – oprawcą. Śmierć jawi się wówczas jako jedyny ratunek, tak jak w przypadku człowieka poddawanego torturom, który skacze przez okno, żeby wyrwać się z rąk kata. Podobnie, zachodnia opinia publiczna przerażona wizją samej siebie wydanej na pastwę sfory sadystycznych lekarzy, poświęcających istoty ludzkie dla bożyszczą techno-nauki, czuje się przymuszona, jak to pokazują sondaże, nawet jeśli są naciągane, do masowego opowiedzenia się za eutanazją. Tymczasem fakty są następujące: żądania śmierci spadają do około 1-2% pacjentów, których to dotyczy, jeśli należycie zadbane o przyniesienie im ulgi w bólu i zapewniono im odpowiednie towarzyszenie. Podobny odsetek stwierdzono również w Belgii czy Holandii, a zatem w krajach, w których eutanazję przeprowadza się w sposób legalny.

Zjawisko to, nieistotne z punktu widzenia statystycznego, wywiera jednak ogromny wpływ na medycynę z etycznego i z filozoficznego punktu widzenia.

Nowoczesna eutanazja – nowe spojrzenie na to pojęcie

W znaczeniu dosłownym termin „eutanazja” znaczy „dobra śmierć” (z greckiego: *eu*, „dobry” i *thanatos*: „śmierć”). W Starożytności używano terminu „*euthanasia*” lub „*exitum facile*” dla określenia śmierci „łagodnej i spokojnej”, w odróżnieniu od śmierci „żałosnej”. Swetoniusz właśnie w ten sposób opisywał śmierć cesarza Augusta, który spokojnie zgasł we własnym łóżu, uniknąwszy zdrady i hańby jakie towarzyszyły gwałtownej śmierci tyłuż cesarzy rzymskich. Polibiusz mówił również o eutanazji à propos Kleomenesa, króla Sparty, który zadał sobie śmierć po klęsce poniesionej w bitwie z Macedończykami. W tym przypadku doszło do

„samobójstwa honorowego”. W obu jednak sytuacjach daleko jesteśmy od eutanazji w nowoczesnym znaczeniu tego słowa.

Wraz z *Utopią* Thomasa More’a, w okresie Renesansu, termin „eutanazja” zaczyna zmieniać znaczenie – używa się go wówczas dla określenia podawania opium niektórym nieuleczalnie chorym w celu wprowadzenia ich w stan sztucznego snu. Wiek później Francis Bacon proponuje, by pomagać ludziom znajdującym się w agonii odchodzić z tego świata „łagodnie i prościej”. Zauważmy jednak, że wypowiedzi te wpisują się w ramy utopii literackich i że wyobrażają one raczej głęboką sedację niż eutanazję w dzisiejszym znaczeniu. W powszechnym przekonaniu „dobrą śmiercią” pozostaje nadal śmierć chrześcijańska, rozumiana jako przejście z tego łoża padółu do życia wiecznego. Daremnie Montaigne pisał, że to nie śmierci się obawiam, ale umierania – i tak nadal dominuje motyw „dobrego umierania”, jak to wykazał historyk Philippe Ariès.

Za naszych czasów wyrażenie „poddąć eutanazji” nabrało bardziej radykalnego znaczenia, oznacza ono bowiem: „uśmiercić” i odnosi się zarówno do usypianego psa, jak i do człowieka. Nie ma już mowy o „dobrym” umieraniu czy o „dobrej” śmierci, ponieważ śmierć jest dobra tylko do jednego: by nie pozwolić nam dłużej żyć w sytuacji ocenianej jako nie do wytrzymania. Pojawiają się wówczas różni „homeopaci śmierci”, którzy chcą leczyć zło złem, śmierć śmiercią. Sprowadza się to do pozbycia się umierania poprzez wyeliminowanie umierającego.

Kłębowski dwuznaczności

O ile aktualna definicja eutanazji jest prosta, o tyle jej motywacje, praktyka i sposoby prezentacji prowadzą do pomieszania pojęć. Pierwsze z nich dotyczy rozróżnienia między eutanazją „czynną” i eutanazją „bierną”. Otóż rozróżnienie to nie ma sensu, gdyż jedynie eutanazja czynna odpowiada aktowi zadania śmierci. Ta zaś, którą się określa jako bierną jest niczym innym jak pozwoleniem pacjentowi na dojście do „pięknej śmierci”, śmierci naturalnej, pozostającej w związku – lub nie – z ograniczeniem czy zaprzestaniem działań terapeutycznych.

Prawdą jest, że niektóre kwestie mogą wprowadzić zamęt w umysłach. Na przykład ekstubowanie pacjenta może wydawać się gestem brutalnym, jednak należy rozróżnić samą wykonywaną czynność od czynu, którego dokonujemy, przy czym ten ostatni polega na położeniu kresu temu co sztuczne. Dlatego też istnieją rygorystyczne procedury, których należy przestrzegać przy odłączaniu aparatury wspomagającej, w celu uniknięcia powstania złudzenia „zmartwychwstania”. W żadnym razie nie chodzi tu o eutanazję. Odwrotną zaś sytuację mamy w przypadku sedacji pacjenta w ostatniej fazie życia przy użyciu kurary – wtedy – owszem – dochodzi do eutanazji.

A czemu zatem, po co utrzymywać wciąż te fałszywe pojęcia? Pozwalają one zwolennikom uporczywości terapeutycznej odrzucić możliwość częściowej rezygnacji ze sztucznego podtrzymywania pacjenta przy życiu, którą uważają li tylko za obłudną wersję eutanazji. Aktywiści proeutanazyjni zaś pozwalają one na stwierdzenie, że różnica między tymi dwoma rodzajami eutanazji polega jedynie na stopniu, a nie na ich charakterze. Skoro tak, to niewiele zmienimy, przechodząc od eutanazji biernej do czynnej, bo różnica między nimi zasadza się głównie na efektach progowych, zresztą dyskusyjnych. Krótko mówiąc, cała ta pokrętna retoryka ma na celu jedynie przekonać nas do legalizacji eutanazji.

Motywacje poszczególnych osób też nie są jasne. Najbardziej powszechne jest żądanie śmierci z powodu bólu określanego jako ból nie do wytrzymania. Wiadomo, że najlepszą na to odpowiedzią jest odpowiednie leczenie bólu, nawet jeśli trzeba uciekać się do sedacji, gdy leki przeciwbólowe nie działają. Może się jednak zdarzyć, że ból zostanie uśmierzony, a osoba pozostanie cierpiąca. Albo, że ból minie, a w jego miejsce pojawi się nieznośne cierpienie egzystencjalne, co może wystąpić także u osoby niebędącej jeszcze u kresu życia (tak się stało w przypadku Chantal Sébire, która nie mogła znieść swojego oszpececia). W każdym razie chodzi o wyeliminowanie wszelkiego cierpienia poprzez eliminację cierpiącego. Tu powracamy do „homeopatów śmierci”, którzy twierdzą, że leczą zło złem – trzeba więc umrzeć, by nie umierać.

Poza tymi sytuacjami o charakterze reaktywnym, mamy także do czynienia ze stanowiskami ideologicznymi, przejawiającymi się w żądaniach „prawa do śmierci” w imię absolutnej wolności żyjących wobec własnego życia i godności osób umierających. Otóż, jak zauważył Hans Jonas, takie „prawo” do śmierci wydaje się o tyle dziwne, że wszelka debata na temat praw odwołuje się do najbardziej fundamentalnego spośród nich, to znaczy prawa do życia. Życie, którym rzekomo dysponujemy, jest więc warunkiem wszelkiego możliwego dysponowania. Tymczasem afirmując swoje prawo do śmierci, zakładamy, że podmiot może uważać swoje własne życie za przedmiot znajdujący się poza nim samym. Przedmiot, którego jest właścicielem, co z kolei implikuje prawo do używania go, do dowolnego rozporządzania nim i do korzystania z niego („*usus, abusus et fructus*”). Uznaję wtedy siebie za całkowicie wolnego i mogącego dokonać wyboru: żyć czy nie żyć, żyć kiedy chcę, jak chcę, tak długo, jak będę chciał. Niektórzy autorzy, kierowani tą przedziwną logiką, połączyli roszczenie sobie prawa do śmierci z żądaniem prawa płodu z wadami rozwojowymi do nienarodzenia się, co zmienia aborcję w samobójstwo *per procura*.

W całej okazałości ukazuje się tutaj bunt przeciwko ograniczeniom kondycji ludzkiej, która jest nam jednocześnie dana, niewybrana i śmiertelna. Wymiar buntu odnajdujemy w samobójstwie podpartym filozoficznie, którego broni Kiryłow, główna postać z *Biesów* Dostojewskiego, afirmując swoją absolutną wolność: „Kto ma odwagę zabić siebie – jest Bogiem” (tłum. A. Wat). Jednak nie każde samobójstwo jest tego rodzaju. Wiele z nich jest reakcją na zaistniałą sytuację, a wiele prób to wołanie o pomoc.

Różnica między samobójstwem a eutanazją jest jasna: do przeprowadzenia eutanazji konieczne jest działanie osoby trzeciej, podczas gdy samobójca sam kładzie kres swojemu życiu. Nie potrzebuje on też powoływać się na hipotetyczne prawo do śmierci. Samobójstwo jest swobodą bycia lub niebycia i niezależnie od tego, czy istnieje takie prawo, czy też nie, samobójca z niego korzysta. Jednak pewna niejasność pojawia się znowu wraz z wyrażeniem „samobójstwo medycznie wspomagane”. Dana osoba rzeczywiście jest samobójcą, ale bądź jest fizycznie niezdolna do tego, by przejść do działania, bądź woli interwencję zewnętrzną. Można się jednak zastanowić, w jakim celu miałyby się „medykalizować” wspomaganie samobójstwa. Żeby móc skorzystać z kompetencji lekarza i jego swobodnego dostępu do substancji letalnych? Byłaby to sytuacja niepokojąca i paradoksalna, gdyż ten sam człowiek, który pragnie uciec przed nadmiernymi działaniami medycyny, ocenianymi jako nieludzkie, żąda teraz od tej samej medycyny mocy zadania mu śmierci... Ale samobójstwo może także uprzedzać sytuację, w której prawdopodobnie pojawiłoby się żądanie eutanazji. To przypadek pisarza Henri’ego de Montherlanta, który się zabił, zanim całkowicie stracił wzrok, oraz wyczerpanego niewydolnością oddechową filozofa Gillesa Deleuze’a, który rzucił się z okna.

Medycyna w ambarasie

Jak medycyna powinna się odnieść do tego typu sytuacji, które wzywają ją bezpośrednio do odpowiedzi? Bo skoro żąda się „prawa do śmierci” to oczywiście po to, by nałożyć na drugiego człowieka obowiązek, wynikający z tego prawa. I aby do końca przekonać, dolewa się odpowiednią dawkę „moraliny”, by obciążyć nią sumienia jeszcze nieprzekonanych, głosząc, że jedynie eutanazja lub samobójstwo wspomagane medycznie zapewnią pacjentowi „godną” śmierć.

Otóż, przy założeniu, że rzeczywiście chodzi tu o jakieś prawo, to w najlepszym wypadku mogłoby chodzić o prawo roszczeniowe, prawo do pragnień, budowane na woli, arbitralności i subiektywnych preferencjach jednostki. W związku z tym wykluczone jest, by mogło nakładać ono na kogokolwiek obowiązek uśmiercania. Bo wprawdzie może się zdarzyć, że będziemy zmuszeni dobić ранego towarzysza na polu bitwy albo zostawić najciężej rannych, gdy brak jest środków, by ich opatrzyć, to jednak zawsze będzie to sytuacja wyjątkowa, która nie może doprowadzić do odwrócenia reguły. Powołaniem medycyny jest niesienie remedium na wszystko co może zagrażać życiu lub niszczyć je, a nie zadawanie śmierci. Lekarz, który zadawałby śmierć, nie byłby lekarzem, tylko katem. Albo po prostu uległym instrumentem

wykonującym wolę drugiego człowieka. Nawet jeśli będzie uważał, że odpowiedzialność moralna spoczywa wyłącznie na osobie, która żąda, by położono kres jej życiu, to i tak ogołoci się z własnej godności.

Mamy w tym miejscu do czynienia z imperatywem kategorycznym, tak dobrze wyłożonym przez Kanta, który doprowadził go do moralnego zakazu niewolnictwa, samobójstwa i prostytucji, do których trzeba dziś dodać moralny zakaz eutanazji: „Postępuj tak, byś człowieczeństwa tak w twej osobie, jak też w osobie każdego innego używał zawsze zarazem jako celu, nigdy tylko jako środka” [5].

Rozumiemy teraz, na czym polegają trudności prawa, które miałyby zalegalizować eutanazję lub medycznie wspomaganą samobójstwo dla wyjątkowych przypadków. Nie może to nastąpić, gdyż prawo jest albo ogólne, albo go w ogóle nie ma. Otóż prawo, które zmieniłoby zmienić cały system, przekształcając wyjątek w regułę, zmuszałoby do wprowadzenia jeszcze innego rodzaju wyjątku – wyjątku, którego żądaliby pacjenci i lekarze odrzucający eutanazję, ponieważ stałaby się ona aktem powszechnie przyzwolonym, dostępnym dla wszystkich. W innym razie zaufanie, które ma łączyć lekarza i jego pacjentów byłoby podszyte podejrzliwością. A to z tego samego powodu, który każe nam obawiać się uporczywej terapii (*obstination raisonnée*) tyle że na odwrót: skąd mogę wiedzieć, czy ten lekarz, odczuwający głęboką frustrację zdjęty rezydentem wynikającym z niemożności uratowania mnie, nie zatrze śladów swojej porażki, pozbywając się mnie?

To, że takie prawo musiałoby wyznaczać warunki i ścisłe granice działania rozumie się samo przez się, ale w jego wyniku musiałoby także dojść do ustanowienia pewnych kategorii: „we wszystkich przypadkach typu X eutanazja jest legalna”. To zaś doprowadziłoby nie tylko do zaistnienia skomplikowanej kazuistyki, ale w szybkim czasie również do przekonania, że pewne kategorie osób nie mają prawa dłużej żyć. Tak już się zdarzyło w historii, a zważywszy na fakt, że dzisiaj Belgia rozszerzyła eutanazję na niektórych nieletnich niepełnosprawnych, należy zachować w tej sprawie czujność.

O co tu właściwie chodzi? O to, by uznać za słuszne indywidualne działanie, którego ciężaru nie chce się samemu ponieść wraz ze związanym z nim poczuciem winy. Żąda się więc od społeczeństwa, by to zrobiło. To tłumaczy, dlaczego o eutanazji mówi się jako o „problemie społecznym”. Ludziom wydaje się, że mogą wymazać to, co egzystencja ludzka niesie ze sobą tragicznego, co przekracza ustalone ramy. Jednakże od wymiaru tragicznego nie da się uwolnić ani przez etykę, ani przez prawo. Wymiar ten pojawia się wówczas, gdy żaden z możliwych wyborów nie jest dobry, a i tak musimy za czymś się opowiedzieć. Jedynym sposobem na utrzymanie integralności instytucji prawa jest to, by wyjątek pozostał wyjątkiem, nawet jeśli w niektórych skrajnych przypadkach trzeba uniknąć wymierzenia kary. Jeśli przekroczenie norm jest nieuniknione, nasza moralna odpowiedzialność pozostaje nienaruszona. Idąc bowiem za Levinasem należy stwierdzić, że najgorszą rzeczą jest pozbycie się własnej odpowiedzialności poprzez zrzucenie jej na osoby trzecie (na kogoś innego, na jakieś prawo), gdyż tym samym stajemy się odpowiedzialni za swój własny brak odpowiedzialności.

Ale może jeszcze gorszą rzeczą jest zawłaszczanie etyki kryjące się w odwoływaniu się do godności, by usprawiedliwić śmierć spowodowaną eutanazją lub medycznie wspomaganym samobójstwem. To tak, jak gdyby ci, którzy niczego podobnego dla siebie nie żądają, mieli umierać niegodnie. Tak, jak gdyby można było umierać „godnie” na podobieństwo stoików, którzy w kąpielu, podcinali sobie żyły, by uniknąć zemsty cesarza.

W tym kontekście filozof Paul Ramsey nie waha się mówić o „niegodziwości godnej śmierci”. Ten przymusowy werbunek godności łączy się bowiem ze skrywaną zmianą jej natury. Zamiast afirmacji godności przyrodzonej osobie ludzkiej, następuje powrót do *dignitas* – w znaczeniu rozumianym przez starożytnych Rzymian, czyli godności będącej jedynie atrybutem, który władza polityczna może nadać lub nie komuś, kogo nazywa się „dygnitarzem”. Taka godność może być zarówno nadana, co odebrana. Tymczasem przyrodzona, niezbywalna godność człowieka przynależy każdej osobie ludzkiej bez względu na jej pochodzenie etniczne, płeć, wiek czy stan zdrowia.

Jej istotę ukazał nam Kant, wskazując na to, co stanowi o specyfice osoby ludzkiej: że jest niepowtarzalna, a więc niezastępowalna. Wynika stąd, że „to, co ma jakąś cenę, można też zastąpić przez coś innego, zgodnie z zasadą równoważności, to zaś, co wszelką cenę przewyższa, a co za tym idzie nie posiada żadnego równoważnika, posiada godność” [5]. France Quéré przełożyła to w następujący sposób: „to nie godność leży u podstaw życia ludzkiego. To życie ludzkie leży u podstaw godności; ta zaś musi być uznana przez społeczeństwo we wszystkich przejawach człowieczeństwa”.

Wynika stąd, że żadna forma śmierci czy umierania nie jest niegodna, ponieważ godność jest przypisana osobie ludzkiej, a nie losowi, jaki jej jest przeznaczony. Prawdą jest natomiast, że mogą istnieć niegodziwe postawy, działania czy postępowania terapeutyczne, naruszające godność osoby ludzkiej. Ale to one winne być tak określone, a nie ich ofiary.

Zamiast jednak absorbować swoją uwagę możliwościami przekraczania podstawowych zakazów, lepiej zająć się wpisaniem sytuacji końca życia w dyskurs dialogiczny.

ETYKA OPIEKI PALIATYWNEJ

O ile prawdą jest, że większość przypadków śmierci w szpitalu wynika z ograniczenia lub zaprzestania postępowania terapeutycznego, o tyle nie należy zapominać, że w znaczącej liczbie przypadków (22%, według badania przeprowadzonego we Francji) pacjenci żyją dłużej, niż przewidywano. W sytuacji wyczerpania możliwości leczenia przyczynowego trzeba odwołać się do opieki paliatywnej. Jednak nie oznacza to skazywania pacjenta na śmierć – pewna liczba chorych opuszcza oddział w lepszym stanie zdrowia lub wraca do domów opieki. Widzimy zatem, że granica między leczeniem przyczynowym a paliatywnym nie jest tak jasna, jak się twierdzi. Przymiotnik „paliatywny” przyjął się powszechnie, przynajmniej we Francji, choć lepiej byłoby mówić o „opiece ciągłej”. W ten sposób można by uniknąć cezury, która podkreśla impas leczenia przyczynowego i wskazuje na porzucenie pacjenta.

Etyka skierowana na osobę ludzką

Nie może być tu mowy o jakiejś etyce pomniejszonej z racji prawdopodobnego zubożenia relacji z pacjentem, o ile jeszcze są one możliwe. W trójkątnym schemacie opisanym przez Martina Bubera, relacja „Ja-Ty” stoi wyżej niż zajmowanie się „Czymś”, co mogłoby określać leczoną chorobę.

Wynika z tego, że etyka medyczna skupia się na osobie pacjenta, ponieważ dążenie do jego wyzdrowienia, czyli zapewnienia pacjentowi zdrowia, nie ma już zastosowania. Bardziej niż kiedykolwiek znajdujemy się w asymetrii, która, jak pokazał Levinas, stanowi strukturę spotkania między osobami stojącymi przy łóżku pacjenta i cieszącymi się dobrym zdrowiem, a osobą leżącą, u kresu życia. Bardziej niż kiedykolwiek lekarze i pielęgniarki są moralnie zobowiązani do tego, by odpowiedzieć na „apel Twarzy Drugiego”, mimo że ten ostatni nie może ofiarować niczego w zamian.

Etyka umowy, w myśl której strony są zobowiązane do wzajemności, zostaje definitywnie zastąpiona etyką wrażliwości, ponieważ nie ma kogoś bardziej wrażliwego niż osoba u kresu życia, śmiertelnie zraniona. Poświęcając się opiece nad osobami, które niczemu nie służą, oddaje się cześć temu, co stanowi o wymiarze każdej osoby ludzkiej i co sprawia, że jest ona celem samym w sobie, a nie środkiem do czegoś innego. A zatem byciem, byciem w sobie i dla siebie, a nie „byciem dla czegoś innego”.

Zapewniając należytą opiekę, działamy w obrębie daru jednostronnego, gdzie nie istnieje jakakolwiek możliwość jego odwzajemnienia. Nigdy więc nie będziemy tu mieli do czynienia z modelem wymiany, który z obdarowanego czyni zobowiązanego do odwzajemnienia daru (mówi się: nie wyświadczaj nigdy przysługi nikomu, by nie poczuł się on twoim dłużnikiem, bo wtedy zyskałbyś wroga do końca życia). Otaczając zatem opieką osobę u kresu życia, dajemy przede wszystkim siebie. I to właśnie ten wymiar bezinteresowności nadaje darowi charakter darczynny.

Etyka dobrego komunikowania się

Chociaż etyka opieki paliatywnej nie ma w sobie nic z etyki specjalnie adresowanej do wybranych osób, to jednak łączy się z nią pewne zróżnicowanie.

Kiedy już nie czas na ocenianie szans na ratowanie pacjenta za cenę poważnego upośledzenia lub życia złej jakości. Jeżeli jeszcze pozostało coś do oceny, to subiektywne, relatywne elementy, jak na przykład odczuwany ból. Mówienie w tym wypadku o opiece wspierającej lub zapewniającej komfort wydaje się iluzoryczne, ale wynika to z obranego przez nas celu. Musimy bowiem postępować tak, żeby ciało ciężące ku śmierci w największym możliwym stopniu służyło osobie umierającej, a w najmniejszym stopniu stanowiło przeszkodę. Sprawmy, by było tak lekkie, jak to tylko możliwe, co pozwoli pacjentowi skupić się na tym, co teraz staje się dla niego najważniejsze, a co być może przez całe życie było zapomniane, przytłoczone tym, co Pascal nazywał „rozrywką” (*divertissement*).

Od tego momentu sytuacje mogą zasadniczo się różnić. O ile bowiem jeśli nawet pacjentowi uda się odnaleźć swoje miejsce, wrócić do biegu własnej historii, to szuka on raczej sensu a nie przyczyny sytuacji w której się znalazł (co mi jest?). Przy czym ten sens może być zarówno bezsens (,,moja śmierć jest absurdem”), jak i nadzieją na nowe życie po śmierci. Jak to wyraziła Święta Teresa z Lisieux: „Ja nie umieram, ale wstępuję w Życie”.

Komunikowanie się z pacjentem, jeśli jest przytomny, jak również z jego rodziną i bliskimi musi więc być dostosowane do sytuacji. To prawda, że bliscy są przede wszystkim zainteresowani rokowaniem (,,Panie doktorze, ile czasu zostało?”), ale nawet, jeśli lekarz będzie próbował odpowiedzieć z największą starannością, to i tak nie zamieni się w Pytię. Prawdopodobieństwo, jak sama nazwa wskazuje, jest jedynie prawdopodobne. Trzeba też pamiętać, by nie mylić średniej z medianą, jak to się zdarzyło w przypadku chorego na ciężki rodzaj nowotworu Stephenowi Jay Gouldowi, któremu oznajmiono, że zostało mu kilka miesięcy życia (umarł dwadzieścia lat później na co innego...).

Inna trudność polega na tym, by umieć jasno określić rzeczywisty charakter sytuacji. Dlatego konieczne jest dokonanie rozróżnienia między tym, co „zgodne z...”, „prawdziwe” a samą „prawdą”. Określenie „zgodne z...” odnosi się do obiektywnych danych statystycznych i danych medycyny opartej na faktach (*Evidence Based Medicine*). Określenie „prawdziwe” dodaje do tego, co „zgodne z...” elementy wynikające z subiektywnego przeżywania, z doświadczenia i z intuicji różnych osób biorących udział w stale zmieniającej się sytuacji. Prawda natomiast zawiera w sobie bardzo ważny wymiar międzyludzki. Prawda bowiem, której domagać się można zarówno krzykiem, jak i milczeniem, zawiera w sobie w najwyższym stopniu to, co odnosi się do wszelkiego żądania kierowanego pod adresem medycyny. W żądaniu tym mieszają się pragnienia i potrzeby, które mogą zarówno łączyć się ze sobą, jak i zaprzeczać sobie, przynosząc zaskakujące kombinacje w rodzaju: „Panie doktorze, chcę umrzeć, tylko proszę mnie nie zabijać”. Lub odwrotnie, jak czyni to jeden z bohaterów Dostojewskiego: „Doktorze, jeśli mnie Pan nie zabije, będzie pan mordercą”.

Najważniejszym i podstawowym zadaniem staje się uwolnienie wolności pojmanej przez ból i cierpienie, by przywrócić ją jej samej. Dlatego też prawda, „którą trzeba powiedzieć” pacjentowi będzie miała charakter performatywny, gdzie „wypowiedzi są jednocześnie czynami” (na przykład: „kocham cię”, „wierzę w Boga”, itp.). Jest tak dlatego, że prawda ta dotyczy losu osoby ludzkiej, jej projektu życia, a więc jej wolności. Jeśli będzie obnażona brutalnie, z całą bezwzględnością, zostanie natychmiast przyjęta jako „wyrok medyczny”. To z kolei spowoduje zamknięcie drogi prowadzącej do przyszłości, podczas gdy zależy nam – przeciwnie – na tym, by ją otworzyć, by pomóc pacjentowi iść dalej swoją osobistą drogą, związaną z jego własną historią. Jak mówi Nietzsche, wartość człowieka mierzy się tym, ile „prawdy” znieść on jeszcze może. Tak więc prawda, którą trzeba powiedzieć, musi przekształcić się w słowo prawdziwie ludzkie, wypowiedziane we właściwym momencie, uwzględniające stan wrażliwości odbiorcy wartości, które wyznaje. To zaś upoważnia do drobnego kłamstwa. Spotyka się ludzi umierających, którzy wiedzą, że umierają, ale w to nie wierzą. W pytaniach, które zadają, kryje się wołanie.

Jednak żeby je należycie zrozumieć, potrzeba wnikliwej umiejętności słuchania. I aby na nie jak najlepiej odpowiedzieć, trzeba jak najlepiej dopasować sposób towarzyszenia choremu. Może przybrać ono charakter duchowy i, w zależności od przypadku, koncentrować się na treściach humanistycznych, estetycznych lub czysto religijnych.

Jeżeli chodzi o zgodę pacjenta lub jego bliskich na leczenie, stanowi dziś ona obowiązek prawny. Z etycznego punktu widzenia żaden lekarz nie dysponuje suwerennym prawem narzucania drugiemu człowiekowi jakiejś formy życia, konieczności przeżycia czy śmierci. Ustawa Leonettiego, potwierdzając prawo pacjenta do odmowy leczenia, zastąpiła tzw. „testament życia” przez „oświadczenie *pro futuro*” („*directives anticipées*”). Okazuje się jednak, że bardzo rzadko się z niego korzysta (około 2% we Francji) i jest to całkowicie zrozumiałe. Jak można bowiem uznać za definitywną uprzednią wolę zdrowego człowieka, który po pewnym czasie znalazł się w zupełnie nowej sytuacji? Motywacje tej woli są związane z jednej strony z wyobraźnią antycypującą, z drugiej zaś z silnymi przekonaniem dotyczącymi stosunku, jaki dana osoba ma do własnego życia i do własnej śmierci. Ale czego w rzeczywistości wola ta chce uniknąć? Uporczywej terapii („*obstination déraisonnable*”), to oczywiście, ale wiemy, że pojęcie to jest bardzo rozmyte i nieprecyzyjne. Strachu przed postępowaniem medycznym, związanym z obawą przed bólem, przynoszącym cierpienie? A może, u starszej osoby, będzie to pragnienie skończenia z tym życiem, które nie może się skończyć?

Pojawiają się propozycje, żeby raz wyrażona wola była uznawana za obligatoryjną i wiążącą, jak to ma miejsce w niektórych krajach. Uważa się bowiem, że tylko będąc zdrowym, w pełni sił, w całkowitej przytomności umysłu można dokonywać właściwych wyborów, co stanie się niemożliwe później, gdy sytuacja się znacznie pogorszy. Dla lekarza byłaby to wielka ulga. Jego pacjent umierałby wówczas „zgodnie z przepisami”. Można z tym jednak dyskutować, gdyż ten typ rozwiązania zrzuca całą odpowiedzialność na pacjenta (lub jego bliskich, jeśli sam jest nieprzytomny), zwalniając z odpowiedzialności lekarza. Największa jednak wada takiego rozwiązania polega na tym, że lekceważy się w ten sposób zasadę, zgodnie z którą nikt nie może być zmuszony do przestrzegania zobowiązań podjętych wobec samego siebie. Francuskie powiedzenie: „kto raz czegoś chciał, zawsze będzie tego chciał” („*qui a voulu voudra*”) nie obroni się samo przez się w trakcie wnikliwej analizy, ani nie potwierdza się w praktyce.

Widać tu w sposób dobitny wszystkie trudności związane z wyrażaniem zgody i ich odwrotność czyli prawo do odmowy leczenia. Jak to wykazał Louis René w komentarzu do Kodeksu postępowania deontologicznego w medycynie, mówienie o „wolnej i oświeconej” zgodzie, przejęte z modelu *informed consent Common Law*, grzeszy sztywnością i abstrakcyjnością [6]. Odsyła nas ona prosto do Oświecenia, gdzie ten, kto jest „oświecony” przez rozum przeciwstawiany zostaje pogrążonemu w niewiedzy „obskurantowi”. Zakłada się zatem, że wiedza zarządza obowiązkiem, który uruchamia bezzwłocznie wolę. Tymczasem owo „chcieć” nie jest wcale jasne jak słońce, i to nawet u osób zdrowych. Narasta wiele wątpliwości, nie wspominając o meandrach nieświadomości. W często obserwowanych skrajnych sytuacjach mamy raczej do czynienia z pacjentem, który nie wie, czego chce, nie chce tego, o czym wie i nie chce tego, czego chce. A na przeciw niego są ci, którzy chętnie coś zrobią, nie wiedząc, co robić należy.

Zamiast więc zostawiać pacjenta z jego domniemanym chceniem, znacznie bardziej etyczne jest wejść z nim w negocjacje. Pacjentowi lub jego bliskim trzeba objaśnić w najbardziej przystępny sposób, jakie są konsekwencje jego wyboru. Przy czym lekarz, nawet jeśli musi wykazać się odpowiedzialnością za odpowiedzialność drugiego, nie ma prawa go w niej zastąpić. Jeżeli zaś istnieją odpowiednie powody, by sądził, że wola pacjenta może zmieniać się wraz ze stanem jego zdrowia, musi zostawić mu swobodę wycofania się z uprzednio podjętych decyzji. W przeciwnym razie musi je uszanować. Jednym słowem, etyka nigdy nam nie daje gotowych rozwiązań. W tych skrajnych, na szczęście rzadkich, przypadkach przy podejmowaniu decyzji balansujemy na krawędzi. Wtedy najważniejsze jest połączenie sztuki lekarskiej z roztropnością.

Etyka dowodzona przez „*phronèsis*”

Opieka paliatywna, która nie jest, jak mogliby twierdzić niektórzy, podrzędnym działem medycyny dla podrzędnych pacjentów, wymaga szczególnego uznania związku między etyką a medycznymi umiejętnościami, racjonalnością praktyczną i racjonalnością medyczną, który to związek stanowi cnotę, zwaną *phronèsis*. Dla profesora Sicarda nie ma lepszych lekarzy niż ci, którzy zajmują się opieką paliatywną i którzy w żadnym razie nie są lekarzami śmierci. Nie muszą oni też potwierdzać powszechnie przyjętego, choć zbyt radykalnego rozróżnienia między leczeniem przyczynowym a opieką paliatywną. Wiadomo bowiem, że liczne środki konieczne do życia tak naprawdę są środkami paliatywnymi (jak na przykład tlen, który pozwala przeżyć wielu pacjentom z przewlekłą niewydolnością oddechową, choć ich nie leczy), podczas gdy inne środki typowo paliatywne mogą się okazać skuteczne w leczeniu przyczynowym (jak np. placebo). W niektórych przypadkach można by mówić o „opiece łączonej” („*soins translatifs*”). Istnieją także działania medyczne, stanowiące przedmiot głębokich rozbieżności, jak na przykład „chemioterapia paliatywna” – bardzo kosztowna, przez pacjentów pożądana, a przez onkologów uważana za nieprzydatną. W analizowaniu takich przypadków należałoby raczej zwrócić szczególną uwagę na pojęcie „zasadności” podejmowania danego leczenia, postępowania czy działania. To zaś wymaga kompetencji, których wielu praktyków nie posiada – z uwagi na brak odpowiednich szkoleń.

Niezależnie od wszystkiego, jeden imperatyw góruje nad resztą: ten, który nakazuje lekarzowi zmniejszyć i złagodzić na ile to możliwe ból i cierpienia pacjenta, poważnie naruszające jego człowieczeństwo. Napotyka tu na problematykę tak zwanej zasady podwójnego skutku, wzorowanej na prawie do obrony koniecznej, a sformalizowanej przez Tomasza z Akwinu.

O „zasadzie podwójnego skutku” mówi się zwykle wtedy, gdy pojedyncze działanie jest przyczyną dwóch nierozłącznych skutków, z których jeden jest chciany, a drugi nie. Chodzi wówczas o to, by podporządkować to, co jest złe dla ciała organicznego pacjenta temu, co jest dobre dla niego, jako osoby ludzkiej, nawet jeśli to „dobro” będzie niczym innym jak śmiercią przyspieszoną w czasie.

Takie sytuacje są rzadkie, a w każdym razie trudno będzie stwierdzić, czy przyspieszyliśmy czyjąś śmierć, czy nie. Dobrze jest natomiast mieć w pamięci tę zasadę, gdyż stoi ona na straży naszych intencji. Krytycy tej zasady uważają, że łatwo jest bronić swojej dobrej intencji, ubierając złe działania w piękne szaty. Tymczasem to *modus operandi*, mobilizujący te kompetencje, ma być gwarantem słuszności woli. Dobór zaś leczenia i dawkowanie i tak obnażą prawdziwą intencję. Intencję przyniesienia ulgi w bólu, a nie zabicia. Nawet jeśli obiektywnie pozostanie pewien margines niepewności, to my będziemy działać uczciwie. Jak pisze Jean-Claude Fondras: „nie chodzi o to, by uśmiercać kogoś po to, by przynieść mu ulgę, co jest samą definicją eutanazji, ale żeby mu ulżyć, podejmując ryzyko, że może to doprowadzić do śmierci lub akceptując, że tak stać się może”.

Podobnie ma się sprawa z sedacją, dziś szeroko dyskutowaną, ale należącą do działań paliatywnych. Jest ona całkowicie usprawiedliwiona, jeśli jest odwracalna. Ale nawet jeśli jest głęboka i ciągła, w fazie terminalnej, pozostaje jednym z możliwych sposobów na to, by pozwolić umrzeć, a nie – uśmiercić.

Istnieją przypadki, gdy wydaje się ona niezbędna (skrajnie niedojrzałe noworodki, osoby z głębokimi uszkodzeniami mózgu, z przewlekłą niewydolnością oddechową, które umierają dusząc się), w szczególności, gdy odstawia się żywienie i nawadnianie, uważane za leczenie, ponieważ przepisywane są przez lekarza i wymagają użycia specjalistycznych, nadzwyczajnych środków. Tym samym nie są podstawowym świadczeniem należącym się każdej osobie, a ich utrzymywanie mogłoby się okazać nawet szkodliwe (na przykład nawadnianie może być szkodliwe dla chorych onkologicznych w fazie terminalnej, którzy mają narastające obrzęki).

Jeżeli chodzi o pacjentów przytomnych, obiekcje są znane: pozbawiając daną osobę świadomości, odbieramy jej możliwość przeżycia własnej śmierci i sprowadzamy ją wyłącznie do poziomu biologicznego. A zatem dehumanizujemy śmierć, poprzez to, że eliminujemy cielesność pacjenta

oraz uniemożliwiamy wszelką formę towarzyszenia mu aż do końca. Można by to rozumieć jako zbyt wysoki okup, jaki przychodzi nam zapłacić za postawę współczucia, ukierunkowaną na ogólne cierpienie, zarówno w sferze fizycznej, jak i duchowej. Zresztą cierpienia nie da się usunąć, można jedynie usunąć przejawy jego odczuwania.

Zasadność działania sedacyjnego można też poprzeć faktem, że w niektórych skrajnych przypadkach natura samorzutnie stosuje sedację (omdlenie, gdy ból jest zbyt silny). Jest ona wówczas snem, przygotowującym do „snu wiecznego” – pieszczotą anioła, który przygarnia umierającego pod swoje skrzydła... W sumie więc łaską, analogiczną do tej, którą można zauważyć przy spokojnej śmierci, nienaznaczonej konaniem przechodzącym w mękę.

PIŚMIENNICTWO:

1. Sicard D. *La médecine sans le corps*. Paris: Plon; 2002.
2. Jonas H. Prawo do śmierci. *Etyka*. 1988; 23:7-26.
3. Higgins RW. *L'invention du mourant*. *Violence de la mort pacifiée*. *Esprit*. 2003; janvier:139-69.
4. Kübler-Ross E. *Rozmowy o śmierci i umieraniu*, Poznań: Media Rodzina; 2002.
5. Kant I. *Metafizyka moralności*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN; 2005.
6. René L. editeur. *Code de déontologie médicale*. Paris: Points; 1996.

Adres do korespondencji:
Dominique Folscheid
dominique.folscheid@wanadoo.fr