

# Wobec uporczywej terapii

prof. PAT dr hab. Tadeusz Biesaga SDB  
Katedra Bioetyki Papieskiej Akademii Teologicznej  
w Krakowie

## Uśmiercanie z litości

O ile to możliwe, należy wyraźnie odróżniać uśmiercanie z litości (czyli eutanazję) od rezygnacji z uporczywej terapii. Przeciwwstawienie się eutanazji nie jest zatem opowiedzeniem się za stosowaniem nadzwyczajnych, nieproporcjonalnych środków terapeutycznych, za podjęciem uporczywej, bezowocnej terapii.

Zacieranie różnic między śmiercią spowodowaną a śmiercią naturalną zwiększa zakres czynności określanych jako eutanazja. Jeśli każda śmierć byłaby przez kogoś spowodowana, to wszystkie poprzedzające ją działania byłyby eutanatyczne. Jeśli pominięte są różnice między skutkami naturalnymi a skutkami ubocznymi naszych czynów, co czyni etyka utylitarystyczna, to wtedy jesteśmy odpowiedzialni za wszystko, co się wydarzy, czyli za każdą śmierć pacjenta. Z punktu widzenia tej śmierci wszelkie wcześniejsze czynności terapeutyczne, podjęte czy zaniechane, można interpretować jako eutanatyczne. W tym kontekście każda „przegrana” medycyny ze śmiercią jest eutanazją.

Powyższe, zbyt szerokie pojęcie eutanazji wprowadza zamieszanie, gdyż nie potrafi wyznaczyć granic zobowiązań moralnych lekarza. Lepiej jest więc używać pojęcia eutanazji w wąskim znaczeniu i odróżniać je wyraźnie od niepodejmowania uporczywej terapii. „Przez eutanazję w ścisłym i właściwym sensie – czytamy w Encyklice *Evangelium vitae* Jana Pawła II – należy rozumieć czyn lub zaniechanie, które ze swej natury lub w intencji działającego powoduje śmierć w celu usunięcia wszelkiego cierpienia. «Eutanazję należy zatem rozpatrywać w kontekście intencji oraz zastosowanych metod».”<sup>1</sup> W definicji tej rozróżnia się śmierć spowodowaną (narzuconą) od śmierci

naturalnej: „Eutanazja jest śmiercią narzuconą, która sprzeciwia się śmierci naturalnej”.<sup>2</sup> Za eutanatyczne, czyli niedopuszczalne etycznie, definicja uznaje postępowanie (czyn, intencję działającego) zmierzające do spowodowania śmierci w celu wyeliminowania wszelkiego cierpienia. Problemem zasadniczym jest więc sposób walki z bólem i cierpieniem. Usunięcie bólu czy cierpienia dokonane przez uśmiercenie człowieka chorego traktują cytowane dzieła jako zabójstwo lub samobójstwo.

W tym kontekście trzeba zaznaczyć, że ani walka z cierpieniem, ani walka ze śmiercią nie stanowią głównego celu medycyny. Celem tym jest przywrócenie człowiekowi zdrowia, a jeśli to niemożliwe, otoczenie go opieką i pomocą, aby realizował swoje życie mimo dyskomfortu niepełnosprawności, choroby czy zbliżającej się śmierci.<sup>3</sup> Medycyna nie może się podjąć zadania zlikwidowania wszelkiego cierpienia, które dotyka człowieka. Ponieważ cierpienie jest wpisane w naszą kondycję ludzką, tak więc zlikwidowanie wszystkich, którzy mogą cierpieć, mogłoby uchodzić za największe osiągnięcie naszej cywilizacji.

Za propozycjami „uśmiercania z litości i współczucia” (ang. *mercy killing*, niem. *Gnadentod*) kryje się raczej poczucie bezsilności niż afirmacja chorego człowieka w jego egzystencjalnej kondycji. Przejawia się w tym utylitarystyczna ideologia stworzenia ludzkości bez cierpienia, według której urodzenie i życie chorego oraz życie niepełnosprawnych jest złe, a to dlatego że zwiększa ilość cierpienia na świecie, a eutanazja jest czymś dobrym, gdyż zmniejsza ilość tego cierpienia. Tego typu myślenie wyrasta z naturalistycznej, hedonistycznej antropologii i z utylitarystycznej etyki, w której człowiek oderwany od swych przeznaczeń niepotrzebnie cierpi w wymyślonym świecie bez cierpienia, w wymyślonym raju na ziemi. Myśl chrześcijańska dostrzega w tym słabość kultury sekularystycznej, która odrywając człowieka od jego fundamentu, czyli zakotwicze-

nia w Bogu, osłabia duchową kondycję ludzi, szerząc kulturę bezsilności i śmierci.

Bezsilność w utrzymaniu losu w swych rękach, nieuchronność śmierci, chce się sztucznie przezwyciężyć przez jej przyśpieszenie i spowodowanie. „Coraz silniejsza staje się pokusa eutanazji – pisze Jan Paweł II – czyli zawładnięcia śmiercią poprzez spowodowanie jej przed czasem”.<sup>4</sup> W tym celu wykorzystuje się też autonomię pacjenta. Żąda się, aby zdecydował on o skróceniu swego życia. Wyznacza się z góry jakościowe kryteria wartego i niewartego życia. Taka mentalność akceptuje życie ludzkie tylko pod pewnymi warunkami, kiedy względnie dobrze funkcjonuje ono biologicznie, psychicznie, społecznie i ekonomicznie. Życie niepełnosprawnych, ciężko chorych ocenia się jako nieproduktywne, bezwartościowe. W duchu tego myślenia wzrasta nacisk na pacjenta i społeczność na skracanie życia. Przeciw tej tendencji Jan Paweł II pisze: „Kto popiera samobójczy zamiar drugiego człowieka i współdziała w jego realizacji poprzez tak zwane «samobójstwo wspomagane» staje się współnikiem, a czasem wręcz bezpośrednim sprawcą niesprawiedliwości, która nigdy nie może być usprawiedliwiona, nawet wówczas, gdy zostaje dokonana na żądanie. (...) Eutanazja staje się aktem jeszcze bardziej godnym potępienia, gdy przybiera formę zabójstwa, dokonanego przez innych na osobie, która w żaden sposób jej nie zażądała ani nie wyraziła na nią nigdy zgody”.<sup>5</sup>

## Uporczywa terapia

Mimo radykalnego odrzucenia eutanazji jako zabójstwa na żądanie lub z litości, czy też jako pomocy w samobójstwie – etyka chrześcijańska nie propaguje nieuzasadnionego przedłużenia życia ludzkiego, przedłużania umierania. „Od eutanazji – czytamy w Encyklice – należy odróżnić decyzję o rezygnacji z tak zwanej «uporczywej terapii», to znaczy z pewnych zabiegów medycznych, które przestały być adekwatne do realnej sytuacji chorego, ponieważ nie są już współmierne do rezultatów, jakich można by oczekiwać, lub też są zbyt uciążliwe dla samego chorego i dla jego rodziny”.<sup>6</sup> „Nie zamierza się w ten sposób zadawać śmierci; przyjmuje się, że w tym przypadku nie można jej przeszkodzić”.<sup>7</sup> Kodeks etyki lekarskiej w artykule 32 stwierdza: „W stanach terminalnych lekarz

nie ma obowiązku prowadzenia i podejmowania reanimacji lub uporczywej terapii i stosowania środków nadzwyczajnych”.<sup>8</sup>

„Istnieje jednak zasadnicza różnica między eutanazją a zaniechaniem uporczywej terapii – pisze Jerzy Umiasowski. – Celem zaniechania uporczywej terapii nie jest pozbawienie człowieka życia, a przeciwnie – zapewnienie choremu godnych warunków umierania, kiedy śmierć w bliskim czasie jest nieuchronna i nie można jej zapobiec. Jest okazaniem szacunku dla śmierci naturalnej i niezakłócaniem jej działaniami nieuzasadnionymi. Tymczasem eutanazja jest negowaniem szacunku dla śmierci naturalnej i zastąpieniem jej śmiercią sztucznie wywołaną”.<sup>9</sup>

Ścisłe określenie uporczywej terapii nie jest łatwe. Zależy to bowiem od stanu chorego, od przewidywanego przebiegu choroby. Może się też okazać, że zastosowana terapia, „która dotychczas była skuteczna, z czasem staje się szkodliwa i powiększa cierpienia pacjenta, zakłócając proces jego umierania”.<sup>10</sup>

Taką nadmierną albo uporczywą terapią może się stać zdaniem Jerzego Umiasowskiego: „chemioterapia (gdy okazuje się nieskuteczna, pogarsza stan chorego i nasila jego cierpienie z powodu przykrych objawów ubocznych), nazbyt ryzykowne zabiegi operacyjne, (...) zabiegi endoskopowe, naczyniowe (np. pomostowanie lub udrażnianie naczyń wieńcowych serca w niektórych ciężkich stanach terminalnych), dializoterapia, (...), reanimacja, stosowanie respiratora, tlenoterapii i kardiowersji elektrycznej i kardiostymulacji w stanie śmierci klinicznej u krańcowo wyniszczonego chorego w stanie terminalnym z powodu uogólnionej choroby nowotworowej lub innej choroby o jednoznacznie złym rokowaniu, kiedy istnieje pewność, że działanie takie nie może mu pomóc”.<sup>11</sup>

Rezygnacja z uporczywej terapii nie jest rezygnacją ze zwykłej terapii, do której nawet w stanach terminalnych można zaliczyć: „stosowanie antybiotyków lub innych leków przeciwbakteryjnych w przypadku powikłań infekcyjnych, leczenie odleżyn, (...) leczenie niewydolności krążenia i niedomogi oddechowej [stosowanie] środków przeciwbólowych, przeciwdepresyjnych, uspokajających i leczenie tzw. bólu totalnego poprzez uzupełnienie terapii somatycznej odpowiednią psychoterapią, a także (...) innych form opieki paliatywnej”.<sup>12</sup>

## Zasada podwójnego skutku, środki proporcjonalne i nieproporcjonalne

Zasada podwójnego skutku głosi, że działanie może spowodować zarówno zamierzony przez nas skutek dobry, jak i niezamierzony skutek zły. Aby taki czyn był moralnie usprawiedliwiony, musi spełniać kilka warunków:

1) możemy podjąć działanie, którego naturalny skutek będzie dobry, nie możemy – kiedy będzie zły,

2) nie możemy podjąć działania, jeśli przewidywany skutek zły przewyższałby zamierzony skutek dobry,

3) skutek uboczny, zły jest przewidywany, ale nie jest przez nas chciany, mimo to dopuszczamy go, bo nie możemy go uniknąć.

Wobec zasady podwójnego skutku zgromadzone wiele zarzutów. Mimo to może ona być użyteczna do sprawdzenia, co jest naturalnym celem, skutkiem podjętej czynności, i jaka jest nasza intencja, zamiar. Zasada ta wyznacza też zakres naszej odpowiedzialności. Możemy być odpowiedzialni za skutek naturalny czynności, który jest nam znany; nie możemy ponosić odpowiedzialności, za wszelkie skutki, które są nieznanne medycynie, a będą w przyszłości poznane i te, które nie zostaną odkryte.

Pewną pomocą w decyzjach przy podejmowaniu ryzykownych terapii jest odróżnienie środków zwyczajnych i nadzwyczajnych, albo lepiej – środków proporcjonalnych i nieproporcjonalnych do przewidywanych korzyści dla pacjenta. „Za «zwyczajne» uważa się środki, których zastosowanie daje «racjonalną nadzieję» na wyleczenie, a jednocześnie nie powoduje u pacjenta nieznośnego cierpienia lub stanu niewygodny. W przeciwieństwie do tego za środki «nadzwyczajne» uznaje się takie formy leczenia, których użycie nie niesie ze sobą racjonalnej nadziei na wyzdrowienie albo złagodzenie bólu lub które pociągają za sobą skutki uboczne w postaci nieznośnego cierpienia lub stanu niewygodny”.<sup>13</sup>

Ponieważ odróżnienie środków zwyczajnych i nadzwyczajnych jest uzależnione nie tylko od sytuacji chorego, ale od sytuacji medycznej danego kraju i od nowych odkryć medycznych, dzięki czemu to co nadzwyczajne staje się zwyczajne, więc ściślejszym kryterium jest odróżnienie środków proporcjonalnych i nieproporcjonalnych do

dobra pacjenta. W stosowaniu tego kryterium trzeba również uwzględnić różne okoliczności kulturowe, społeczne i techniczne, w jakich następuje leczenie, ale wzgląd na dobro pacjenta jest zasadniczy.

Na dobro pacjenta składają się – zdaniem Edmunda Pellegrino – cztery składowe elementy:

1) dobro medyczne określone wskazaniami medycznymi,

2) dobro postrzegane przez pacjenta według jego planów życiowych i oceny własnej sytuacji,

3) dobro pacjenta jako osoby,

4) dobro duchowe pacjenta.<sup>14</sup>

## Stan terminalny, wegetatywny, resuscytacja

Znajomość ogólnych zakazów czy nakazów etycznych nie prowadzi wprost do sformułowania sądów determinujących nasze konkretne decyzje w skomplikowanych sytuacjach. Takie konkretne sądy musimy w sumieniu sformułować sami. Każdy jest skazany na własne sumienie. Mimo to refleksja, w której szuka się typowych sytuacji i typowych decyzji, pomaga nam praktycznie takie decyzje podejmować.

W opisie choroby prowadzącej do śmierci można wymienić wiele faz: 1) fazę przeddiagnostyczną, 2) fazę nasilenia się objawów, 3) fazę przewlekłą, 4) fazę terminalną.<sup>15</sup> Faza terminalna może przejść w stan terminalny, który z kolei może się przekształcić w umieranie i agonię. Etapem umierania jest śmierć kliniczna. Można ją jednak odwrócić dzięki technikom reanimacji. Za stan nieodwracalny, za moment śmierci uważa się śmierć pnia mózgu.

Opierając się na własnej wiedzy i sumieniu, lekarz lub konsylium lekarzy może w fazie terminalnej choroby podejmować decyzje w sprawie interwencji proporcjonalnych do dobra pacjenta. Kiedy leczenie przyczynowe nie daje nadziei powodzenia, pozostaje usuwanie negatywnych skutków choroby, czyli stosowanie opieki paliatywnej.

Ważną rolę w tym odgrywa również decyzja pacjenta, podjęta w relacji zaufania zbudowanej między nim a lekarzem. We wzajemnym zaufaniu łatwiej jest wyjawiać prawdę i dojść do dojrzałej decyzji pacjenta, rezygnującej z uporczywej terapii. „Gdy zagraża śmierć, której w żaden sposób

nie da się uniknąć przez zastosowanie dostępnych środków, wolno w sumieniu podjąć zamiar niekorzystania z leczenia, które może przynieść tylko niepewne i bolesne przedłużanie życia, nie przerywając jednak zwyczajnej opieki, jaka w podobnych przypadkach należy się choremu”.<sup>16</sup> „Obowiązek leczenia nie rozciąga się na fazę umierania osoby”.<sup>17</sup> Agonii nie można sprowadzać do tej samej kategorii co choroba. Interwencje medyczne przedłużające agonię są działaniem nieetycznym, naruszającym dobro pacjenta, który ma prawo do godnej śmierci. Sztuczne przedłużanie agonii mnoży niepotrzebne cierpienia, niszczy indywidualny, osobowy charakter odejścia.<sup>18</sup>

Stan wegetatywny należy odróżnić od innych pokrewnych stanów. Różni się on – zdaniem Janusza Andresa – od a) zespołu zamknięcia, w którym mamy do czynienia z minimalną świadomością, jak również od b) nieodwracalnej śpiączki, czyli od śmierci pnia mózgu.<sup>19</sup> „Mimo że chory (*w stanie wegetatywnym – przyp. T.B.*) pozbawiony jest świadomości, jednak może sam oddychać, bez potrzeby stosowania sztucznej aparatury; jego akcja serca również sterowana jest spontanicznie impulsami z pnia mózgu. Zatem pacjent w stanie wegetatywnym wymaga stosowania normalnego trybu leczenia przy zastosowaniu środków proporcjonalnych do leczenia i zwykłego odżywiania. Pozbawienie go tego typu opieki medycznej równałoby się ze skazaniem go na wydłużoną w czasie śmierć. Byłoby to zatem formą zastosowania względem niego eutanazji, co jest głęboko sprzeczne z zasadami etyki lekarskiej, jak i zasadami etyki personalistyczno-chrześcijańskiej”.<sup>20</sup>

W kwestii podejmowania czy niepodejmowania resuscytacji decydujące jest rozumienie odwracalności czy nieodwracalności choroby, wiedza o tym, czy jest to choroba wyleczalna, czy nieuleczalna.

W sprawie decyzji o niepodejmowaniu resuscytacji (*do not resuscitate* – DNR) dyskutowano w USA już w latach 80. ubiegłego wieku. W 1974 roku Amerykańskie Towarzystwo Kardiologiczne (American Heart Association – AHA) zaproponowało, aby decyzja o DNR była formalnie udokumentowana i przedstawiona personelowi medycznemu. Prezydencka Komisja Bioetyczna USA wypracowała stanowisko, że w przypadku zatrzymania czynności serca podjęcie resuscytacji (CPR)

jest ogólnie czymś dobroczynnym, a niepodejęcie może być tylko wyjątkiem od tej reguły.<sup>21</sup>

W Polsce – pisze Anna Orońska – „decyzja taka podejmowana jest po dyskusji w gronie personelu leczącego (ale ostatecznie przez ordynatora oddziału lub lekarza pełniącego jego funkcję); wskazana jest rozmowa na ten temat z rodziną pacjenta (zazwyczaj stan pacjenta nie pozwala na rozmowę z nim) i wyjaśnienie motywów podjęcia takiej decyzji”.<sup>22</sup>

## Przypisy

1. Encyklika *Evangelium vitae* Ojca Świętego Jana Pawła II do biskupów, do kapłanów i diakonów, do zakonników i zakonnice, do katolików świeckich oraz do wszystkich ludzi dobrej woli o wartości i nienaruszalności życia ludzkiego. Kraków, M, 1995, nr 65
2. Aumonier N., Beignier B., Letellier P.: *Eutanazja*. Tłum. Burska E. Warszawa, Pax, 2003: 54
3. Zob. Biesaga T.: Właściwe i niewłaściwe cele medycyny. *Med. Prakt.*, 2004; 5: 20–25
4. Encyklika *Evangelium vitae*, dz. cyt., nr 64
5. Tamże: nr 66
6. Tamże: nr 65
7. *Katechizm Kościoła Katolickiego*. Poznań, Pallottinum, 1994, nr 2278
8. Kodeks etyki lekarskiej: tekst jednolity zawierający zmiany uchwalone w dniu 20 września 2003 przez Nadzwyczajny VII Krajowy Zjazd Lekarzy. Warszawa, 2004, art. 32
9. Umiastowski J.: Uporczywa terapia. W: Muszala A., red.: *Encyklopedia bioetyki. Personalizm chrześcijański*. Głos Kościoła. Radom, Polwen, 2005: 494
10. Tamże: 492
11. Tamże: 492–493
12. Tamże: 493
13. Szeroczyńska M.: *Eutanazja i wspomagane samobójstwo na świecie: studium porównawcze*. Kraków, Universitas, 2004: 51
14. Pellegrino E.D., Thomasma D.C.: For the patient's good: the restoration of beneficence in health care. New York, Oxford University Press, 1988: 74–91. Tenże: The internal morality of clinical medicine: a paradigm for the ethics of the helping and healing professions. *J. Med. Philos.*, 2001; 26: 569
15. Aszyk P.: Stan terminalny. W: *Encyklopedia bioetyki*, dz. cyt.: 406
16. Kongregacja Nauki Wiary: *Iura et bona*. Deklaracja o eutanazji 05.05.1980. W: Szczygieł K., red.: *W trosce o życie: wybrane dokumenty Stolicy Apostolskiej*. Tarnów, Biblos, 1998, nr 4
17. Aszyk P., dz. cyt.: 408
18. Tamże: 408–409
19. Andres J.: Stan wegetatywny. W: *Encyklopedia bioetyki*: dz. cyt.: 410
20. Tamże: 411
21. Burns J.P.: DNR. Do not resuscitate. W: Post S.G., red.: *Encyclopedia of bioethics*. T. II. New York, Thomson and Gale, 2004: 684
22. Orońska A.: Reanimacja/resuscytacja. W: *Encyklopedia bioetyki*, dz. cyt.: 391