



KIEDY
kończy się
ŻYCIE

Tomasz P.
TERLIKOWSKI

rozmowy o konsekwencjach
rozwoju medycyny

Wydawnictwo WAM

© Wydawnictwo WAM, 2021

Opieka redakcyjna: Damian Strączek

Redakcja: Anna Śledzikowska

Korekta: Małgorzata Sękalska / Strefa Słowa

Projekt okładki: Marcin Jakubionek

Grafika na pierwszej stronie okładki i str. 1 książki

© Depositphotos / 432176522

Opracowanie graficzne i skład: Zofia Łucka

ISBN 978-83-277-1910-2

WYDAWNICTWO WAM

ul. Kopernika 26 · 31-501 Kraków

tel. 12 62 93 200

e-mail: wam@wydawnictwowam.pl

DZIAŁ HANDLOWY

tel. 12 62 93 254-255

e-mail: handel@wydawnictwowam.pl

KSIĘGARNIA WYSYŁKOWA

tel. 12 62 93 260

www.wydawnictwowam.pl

Druk i oprawa: SKLENIARZ · Kraków

Publikację wydrukowano na papierze Ecco book cream 80 g vol. 1.6
dostarczonym przez Antalis Poland Sp. z o.o.

Spis treści

Otwarcie	7
1. Perspektywa neurochirurga	33
Mózg, śmierć i bezcelowe przedłużanie agonii (rozmowa z neurochirurgiem dr. Tomaszem Skajsterem)	37
2. Perspektywa lekarki opieki paliatywnej	61
Być gotowym do odejścia (rozmowa z dr Darią Mikułą-Wesołowską)	65
3. Perspektywa neurobiologa	89
Czy ktoś jest w domu? (rozmowa z dr. Pawłem Boguszewskim)	93
4. Perspektywa rodziców	
Gasła jak świeca (rozmowa z Anną i Piotrem Zworskimi)	116
5. Perspektywa bioetyka personalisty	138
W razie wątpliwości – na rzecz życia (rozmowa z księdzem prof. Marianem Machinkiem MSF)	141

6. Perspektywa bioetyczki liberalnej	159
Kluczowa ochrona przed cierpieniem (rozmowa z dr Emilią Kaczmarek)	161
7. Perspektywa duszpasterza	175
Ty tego nie musisz rozumieć, ty masz kochać (rozmowa z o. Filipem Buczyńskim, założycielem i szefem lubelskiego hospicjum dla dzieci im. Małego Księcia)	177
Zamknięcie	202

5.

Medycyna, biologia, a nawet doświadczenie bliskich, choć są ważne dla zrozumienia sytuacji chorego czy cierpiącego, a także do ustalenia, kiedy kończy się życie, nie mogą zastąpić refleksji moralnej. Medycyna nadal w pewnym sensie pozostaje sztuką, ale już dawno utraciła właściwy sobie w starożytnej Grecji wymiar wychowawczy i etyczny¹⁶. Teraz jako wysokospecjalistyczna dziedzina wiedzy, mimo że zawiera w sobie własny etos, nie jest w stanie odpowiedzieć na pytania związane z moralnością czy antropologią. Lekarz może znaleźć odpowiedź na pytanie, co jest potrzebne, by funkcjonowała świadomość, jakie warunki trzeba spełnić, by możliwe było myślenie, lub jak doprowadzić do wybudzenia pacjenta. W zakres jego wiedzy nie wchodzi natomiast kwestie, czy każdy człowiek jest osobą, czy każdej istocie ludzkiej przysługuje nie tylko godność, ale i związane z nią prawo do życia.

Na gruncie medycyny i biologii można oszacować moment (a może celniej: kluczowe elementy procesu) śmierci, ale nie da się określić, czy dopuszczalne jest przyspieszanie tego procesu, w jakich

¹⁶ W. Jaeger, *Paideia. Formowanie człowieka greckiego*, tłum. M. Plezia, H. Bednarek, Warszawa 2001, s. 515.

okolicznościach lekarz może odejść od łóżka pacjenta i zaprzestać terapii, a także, o czym wolno, a o czym nie wolno decydować pacjentowi. Medycyna po prostu nie daje możliwości ustalenia hierarchii wartości ani tego, czy autonomia pacjenta jest ważniejsza niż normy moralne lekarza, ani tego, jakie znaczenie ma sumienie, i wreszcie, jak z perspektywy moralnej, a nie utylitarnej powinny wyglądać relacje między pacjentem a lekarzem (patrząc szerzej: między pacjentem, jego rodziną a personelem medycznym). To wszystko są pytania właściwe bioetyce.

Problem polega na tym, że od dawna nie ma jednej bioetyki, tak jak nie istnieje jedna globalna (czy zachodnia) tradycja myślenia moralnego. „Prawie dwa i pół tysiąca lat historii rozmyślań nad moralnością i różnorodnością nie daje wielu empirycznych podstaw do uznania, że możliwe jest ustanowienie powszechnie obowiązującej moralności, przynajmniej w kategoriach usprawiedliwionych dla wszystkich – pisze prawosławny bioetyk amerykański H. Tristram Engelhardt Jr. – Nie lepiej wygląda sprawa w dziedzinie bioetyki. Istnieje prawdziwa różnorodność bioetyczna. Nieporozumienia dotyczą zarówno aborcji i eutanazji, jak i stosunku do wsparcia opieki zdrowotnej”¹⁷. Z taką samą sytuacją mamy

¹⁷ H. Tristram Engelhardt Jr, *The Search for a Global Morality: Bioethics, the Culture Wars, and Moral Diversity*, [w:] *Global Bioethics. The Collapse of Consensus*, red. H. Tristram Engelhardt Jr, Salem 2006, s. 18.

do czynienia, kiedy dyskutujemy o śmierci, jej kryteriach, a także o tym, kiedy możemy mówić o zaprzestaniu uporczywej czy daremnej terapii, a kiedy mamy do czynienia z bierną eutanazją.

Jakie decyzje może zgodnie z zasadami moralnymi podejmować pacjent, a jakie są dla niego niedopuszczalne? Co wolno, a czego nie wolno lekarzowi? Na każde takie pytanie, nawet jeśli w pewnych kwestiach bioetycy się zgadzają, będą odmienne odpowiedzi, w zależności od tego, z jakiej szkoły, z jakiego nurtu i z jakiego światopoglądu wywodzą się ich autorzy. Jedni – częściej ci opierający się na tradycji chrześcijańskiej – będą bardziej akcentować godność i prawo do życia każdej istoty ludzkiej, inni współczucie i prawo do autonomii. Aby to zrozumieć, trzeba wysłuchać obu stron, dlatego zdecydowałem się rozmawiać zarówno z reprezentantem myślenia godnościowego, teistycznego, wywodzącego się z tradycji chrześcijańskiej, jak i z przedstawicielką bardziej utilitarnego, pragmatycznego i laickiego punktu widzenia – dr Emilią Kaczmarek. Oboje w pewnych kwestiach się zgadzają, ale widać także wyraźne różnice. Skąd się one biorą, wyjaśnia ks. prof. Marian Machinek MSF, duchowny katolicki, teolog moralności i bioetyk z Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego. Tłumaczy on także, jakie jest katolickie podejście do kwestii śmierci i uporczywej terapii, jak Kościół postrzega eutanazję, skąd biorą się podstawowe różnice i czy możliwe jest uzgodnienie stanowisk.

- - -

**W razie wątpliwości - na rzecz życia.
Perspektywa bioetyka personalisty
(rozmowa z księdzem prof. Marianem
Machinkiem MSF)**

Dlaczego umieramy?

To jest dobre pytanie. W największym skrócie można powiedzieć, że umieramy, bo jesteśmy istotami skończonymi. Oznacza to, że życie ziemskie musi mieć swój kres. Jesteśmy stworzeni z miłości i do miłości, i to miłości wiecznej, i dlatego umieramy, kończymy nasze życie doczesne po to, by w Bogu i w wieczności dokonało się nasze wieczne spełnienie. Takie jest świadectwo Pisma Świętego i tradycji teologicznej. Ten otwarty horyzont wieczności nadaje śmierci sens. Jeśli go zabraknie, śmierć staje się absurdalna, okazuje się najbardziej bezsensowną rzeczą, jaka może nam się przytrafić, bo jest ona końcem wszystkiego, co pozytywne, co dobre, co człowiekowi przynosi jakąś korzyść. Jeśli zaś wieczność jest dla nas otwarta, to umieramy po to, by spełnić sens naszej egzystencji.

141

Księga Rodzaju zdaje się jednak mówić, że gdyby nie grzech pierworodny, śmierci by nie było, że jest ona konsekwencją pierwszego upadku człowieka?

Ja tę opowieść z Księgi Rodzaju odnoszę do dramatyizmu śmierci, który jest rezultatem zerwania przyjaźni z Bogiem. Jakiś kres ziemskiego bytowania człowieka musimy jednak założyć. Trudno wyobrazić sobie związanie nakazu Bożego: „Bądźcie płodni i rozmnażajcie się”, z brakiem śmierci. Gdyby jej nie było, przez te setki tysięcy lat, jakie dzielą nas od pierwszego świadomego człowieka, wypełnilibyśmy tuzin ziem, żeby się pomieścić. Jedno wydaje się w świetle wiary chrześcijańskiej pewne: człowiek nie został stworzony po to, by skończyć w nicości. Życie doczesne, które jest nam dane, byśmy mogli wybrać Boga, od zawsze jest życiem dokonującym się w czasie i przestrzeni, życiem „do-czasu”, a zatem musi się kiedyś skończyć. Przed grzechem pierwotnym człowiek zapewne podchodził do kresu swojego życia z naturalnością, a dzięki bliskości Boga widział niezmaconą perspektywę wieczności. Grzech sprawił, że pojawił się pewien rodzaj ślepoty na wieczność, stąd śmierć stała się źródłem lęku i cierpienia. Nie sądzę, by ktokolwiek, kto poważnie o niej myśli, był wolny od tego poczucia czegoś naprawdę dramatycznego.

Dramat śmierci związany jest z cierpieniem, z lękiem. U ludzi, o których Pismo Święte mówi, jak choćby o Dawidzie, że „umarli syci dni” (1 Krn 29,28), to cierpienie, ten lęk są zdecydowanie mniejsze niż u tych, którzy odchodzą w sile wieku,

zostawiając swoich bliskich. Szczególnie wyraźnie widać to także wtedy, gdy odchodzenie niewinnych dzieci jest poprzedzone długotrwałym cierpieniem. Rodzi się wówczas w nas pytanie: po co to wszystko?

Na to pytanie nie ma zero-jedynkowej odpowiedzi. Cierpienie jest jedną z najgłębszych tajemnic, a kiedy patrzymy na los Chrystusa, pytanie o cierpienie nabiera wymiarów niemalże kosmicznych. Dlaczego to się wydarzyło? Dlaczego Chrystus przeszedł dramat śmierci, i to śmierci w kwiecie wieku, poprzedzonej ogromnym cierpieniem zadanyemu Mu przez ludzi? Bez wiary w zbawczy sens tej śmierci nie jesteśmy w stanie jej zrozumieć. Podobnie trudno nam zrozumieć, dlaczego w cierpieniach umiera małe dziecko albo matka kilkorga dzieci. Wiemy tylko, że Bóg każdemu człowiekowi, którego stworzył, daje życie wieczne, spełnia sens jego egzystencji. Dlatego mimo łez możemy z nadzieją pożegnać także tych, którzy żyli bardzo krótko albo doznali przed śmiercią ogromnego cierpienia. W takiej perspektywie każde odchodzenie, również to przedwczesne, traci swój ostateczny dramatyzm.

143

To jest odpowiedź możliwa do przyjęcia przez człowieka wierzącego. Inne religie też mają swoje odpowiedzi na pytanie o sens cierpienia. Jak natomiast ma sobie odpowiedzieć na to pytanie człowiek niewierzący?

Tam, gdzie nie ma Boga, trudno nadać cierpieniu jakiegokolwiek sens. Im jest ono większe, tym większy będzie sprzeciw wobec niego, a co za tym idzie, tym większa tendencja do uciekania w myślenie o przzerwaniu go. Eutanazja ma być ucieczką od cierpienia – najpierw osoby chorej, a gdy ta jest nieświadoma, to często raczej jej rodziny. Człowiek staje wobec cierpienia, które dla niego nie ma i nie może mieć sensu, i chce je zakończyć, ale może to zrobić tylko w drodze eliminacji samego cierpiącego. Z tej perspektywy może się to wydawać aktem współczucia.

144

Robert Spaemann, niemiecki filozof, przekonywał, że istnienie osób cierpiących, szczególnie tych głęboko upośledzonych lub w stanie wegetatywnym, jest najlepszym sprawdzianem, czy nasze podejście do innych jest rzeczywiście podejściem ludzkim. W każdej ludzkiej relacji pozostaje element użyteczny, pragmatyczny, ale w relacji z osobami głęboko upośledzonymi albo w stanie wegetatywnym nie ma już żadnej korzyści, żadnego egoizmu. Dlatego, jego zdaniem, można powiedzieć, że to, jak podchodzi do takich osób społeczeństwo, jest miarą jego humanitaryzmu.

Trudno po prostu stwierdzić, że cierpienie jest „po coś”. Faktem jednak jest, że uruchamia w człowieku pewien dynamizm, woła o adekwatną

odpowieź. Jan Paweł II w liście o chrześcijańskim sensie cierpienia *Salvifici doloris* przypomina, że cierpienie wyzwala miłość. Cierpienie nie jest bezsensowne, bo wyzwala dynamikę bezinteresowności w relacji człowieka z człowiekiem.

Gdzie jest granica życia i śmierci?

Odpowiedź na takie pytania zależy w znacznym stopniu od rozwoju medycyny. Jeszcze sto, dwieście lat temu, kiedy człowiek znalazł się na granicy życia i śmierci, po prostu umierał. Ludzie umierali na zwyczajne zapalenie płuc czy inne niegroźne z dzisiejszej perspektywy choroby. Nie było antybiotyków, nie było wielu leków, które sprawiają, że choroby kiedyś śmiertelne dziś już takie nie są. Przez całe stulecia średnia życia wynosiła niewiele ponad czterdzieści lat, a dzisiaj większość ludzi dostaje – w porównaniu z tamtymi czasami – drugie życie, a niektórzy nawet trzecie. Wciąż nam jednak mało, wciąż chcemy więcej.

145

Biolog powie, że więcej niż sto dwadzieścia lat się nie da...

I pewnie ma rację. Niezależnie od tego, jak bardzo ten czas wydłużymy, trzeba jasno powiedzieć, że śmiertelność istot ludzkich wynosi równe sto procent. Nie ma tu wyjątków.

Kiedy – według teologa – człowiek umiera?

146 Momentu śmierci nie da się uchwycić, bo jest ona, jak się zdaje, procesem. Można jedynie określić kryteria wskazujące, że człowiek jest martwy. Od ich ustalenia jest medycyna, nie teologia. Jasno wskazywali na to zarówno Pius XII, jak i Jan Paweł II oraz Benedykt XVI. Kluczowe są kryteria medyczne. Teologia czy filozofia nie mają żadnych innych instrumentów, by definiować śmierć. Kościół jedynie bada, czy kryteria medyczne można pogodzić z chrześcijańską antropologią. Kluczowym etapem procesu umierania jest na pewno nieodwracalne zatrzymanie akcji serca i śmierć mózgu. To jest pewna linia graniczna, która uruchamia dynamikę rozkładu ciała. Z teologicznego punktu widzenia można powiedzieć, że człowieka uznajemy za martwego wtedy, gdy nieodwołalnie rozpada się ta jedność psychofizyczna, jaką jest osoba. Wtedy nie mamy już do czynienia z osobą ludzką, ale co najwyżej z życiem pojedynczych organów ludzkiego ciała.

Filozoficznie i teologicznie można powiedzieć, że śmierć to oddzielenie duszy od ciała?

Filozoficznie i teologicznie można rzeczywiście tak powiedzieć. Z perspektywy Kościoła dopóki człowiek żyje, jest dwoistą jednością, jest duchowy i cielesny zarazem. Ducha nie można redukować do ciała

ani ciała do ducha. W myśl koncepcji naturalistycznej ludzka świadomość, ludzka jaźń to złudzenie wywołane bioelektryczną aktywnością mózgu. Jesteśmy zatem wyłącznie materią i nie ma w nas nic duchowego. Kościół nie przyjmuje takiej perspektywy, tak jak nie przyjmuje dualizmu „twardego”, na przykład kartezjańskiego, który sugeruje, że dusza i ciało są ze sobą związane luźno, a dusza, która uchodzi za istotę człowieczeństwa, funkcjonuje w ciele będącym tylko jej narzędziem. To nie jest pogląd chrześcijański. Dla nas człowiek w swoim ziemskim życiu jest jednością cielesno-duchową, jest – jak powiedział Jan Paweł II – uduchowionym ciałem i zarazem ucieleśnionym duchem. Śmierć kończy ten etap jego egzystencji, bo ta jedność się w śmierci rozpada. Warto jednak pamiętać, że w wierze chrześcijańskiej podkreśla się, że życie wieczne nie będzie życiem bezcielesnym, życiem samych dusz, ale że jedność dusz i przemienionych przez zmartwychwstanie ciał zostanie ostatecznie przywrócona.

147

Współcześnie spór toczy się często tylko o to, czy dusza „organizuje sobie” nowe ciało od razu po śmierci, czy stanie się to dopiero w momencie „zmartwychwstania ciał” po sądzie ostatecznym.

Problem z takim spojrzeniem polega na tym, że po tej stronie nasze życie i nasze myślenie zawsze dokonuje się w siatce czasoprzestrzennej, a tam

życie będzie się toczyło, i już się toczy, poza tą siatką. Nie mamy więc ani narzędzi, ani nawet obrazów i porównań, by sobie wyobrazić, jakie będzie nasze istnienie w wieczności.

Święty Tomasz za to bardzo szczegółowo omawia i wyjaśnia pewne kwestie. Mówi na przykład, że w niebie będziemy w wieku trzydziestu, czterdziestu lat, bo to kwiat wieku, że będziemy mieć ciała doskonałe...

148

Święty Tomasz był niewątpliwie geniuszem, ale w porównaniu z naszą jego wiedza empiryczna była mocno ograniczona. Wiemy teraz z nauk empirycznych o tyle więcej, żeby do takich mocno uszczegółowionych rozważań dotyczących wieczności podchodzić z rezerwą.

Wróćmy do umierania. Jest dość oczywiste, że diagnozę, od którego momentu umieranie jest procesem nieodwracalnym, trzeba zostawić medycynie. Z drugiej strony dla rodzica czy rodziny osoby umierającej może być szokujące, że widzą człowieka, który niekiedy jest ciepły i któremu bije serce, a lekarze mówią, że on jest martwy.

To prawda, ale w tej sprawie Kościół opiera się na diagnozie lekarzy. Jeśli najgłębsze i najpierwotniejsze obszary mózgu, a więc obszary sterujące

całym organizmem, nieodwracalnie umierają, to organizm jako całość się rozpada. Choć ciało można podłączyć do maszyn i one zastąpią czynnik integrujący ludzki organizm (dlatego ciało jest ciepłe, klatka piersiowa się podnosi, a serce bije), to w istocie nie będzie to już życie osoby. Człowieka jako osoby już nie ma, a pozostają zwłoki. Tutaj trzeba rozróżnić dwa pojęcia: śmierć organizmu jako całości i śmierć całego organizmu. Śmierć organizmu jako całości oznacza, że żyjącej osoby już nie ma, ponieważ życie osoby zależne jest od tego, czy jej organizm jest zdolny funkcjonować jako skoordynowana całość. Jeżeli nie jest w stanie samodzielnie podtrzymywać funkcjonowania tej całości, to znaczy, że jedność cielesno-duchowa się rozpadła. Wyznacza moment śmierci, chociaż zanim cały organizm, a więc ostatnia jego komórka umrze, mogą jeszcze upłynąć godziny lub nawet dni.

149

Możemy zatem uznać człowieka za martwego, gdy nieodwołalnie ustaje funkcja koordynująca działanie organizmu jako całości, a tym momentem jest – według dzisiejszej medycyny – śmierć całego mózgu. Podkreślał to choćby św. Jan Paweł II, mówiąc o kryterium „neurologicznym” przy stwierdzeniu śmierci. Jak powiada, polega ono „na stwierdzeniu – na podstawie jasno określonych wskaźników, powszechnie uznanych przez międzynarodową społeczność naukową – że ustała w sposób całkowity i nieodwracalny wszelka aktywność mózgowa

(w mózgu, mózdzku i rdzeniu mózgowym). Jest to traktowane jako oznaka, że dany organizm utracił już swoją zdolność integrującą. W odniesieniu do stosowanych dzisiaj wskaźników, które pozwalają stwierdzić, że nastąpiła śmierć – czy to związanych ze zjawiskami mózgowymi, czy też bardziej tradycyjnie z czynnikami krążeniowo-oddechowymi – Kościół nie formułuje opinii technicznych” (list z dnia 29 sierpnia 2000 roku do uczestników Kongresu Światowego Towarzystwa Transplantologicznego). Gdyby jednak przy pogłębionych badaniach naukowych te medyczne założenia zostały zweryfikowane jako nieprawdziwe, wydaje mi się, że musielibyśmy również zrewidować nasze myślenie o kryteriach śmierci, a zatem także przemyśleć na nowo zgodę Kościoła na transplantację organów koniecznych do życia. Toczy się na ten temat ożywiona dyskusja, ale na razie Kościół nie zmienił w tej materii swojego dotychczasowego stanowiska.

Krytycy tej definicji śmierci zwracają uwagę, że Komisja Harvardzka, która ją przyjęła, kierowała się w znacznym stopniu względami utylitarnymi, to znaczy możliwością pozyskiwania pojedynczych narządów do przeszczepów.

Ten element występował w jej debatach, a nawet w uzasadnieniu, ale nigdy nie był jedyny. Członkowie Komisji zwracali także uwagę na zmiany

w medycynie. Warto mieć świadomość, że od tamtego orzeczenia mamy nowe wyniki badań, które zdają się potwierdzać takie właśnie rozumienie śmierci. Oczywiście mogły się zdarzać fałszywe diagnozy, one się zdarzały także w wypadku definicji sercowo-krażeniowej, a do tego wciąż precyzowane są procedury orzekania śmierci tego rodzaju. Istotne jest, by te procedury były ściśle przestrzegane, ale nie wydaje mi się, by istniały mocne argumenty za odrzuceniem tego kryterium śmierci.

Zatrzymajmy się na chwilę i spróbujmy, może trochę scholastycznie, zadać pytanie o konkretną sytuację – a mamy z takimi do czynienia w szpitalach – gdy organizm kobiety w ciąży, ze zdiagnozowaną śmiercią mózgu, jest podtrzymywany przez maszyny do momentu, gdy dziecko w jej łonie rozwinię się na tyle, by mogło przeżyć poza jej organizmem. Co się dzieje w tym czasie z duszą tej kobiety? Czy można powiedzieć, że ta kobieta jest już po sądzie szczegółowym, a tutaj jest tylko jej ciało?

151

Wątpliwości, na jakim pośmiertnym etapie ta osoba się znajduje, nie podejmę się tutaj rozstrzygnąć. Z pewnością możemy powiedzieć, że życie tej kobiety się zakończyło. Jej dziecko pozostaje w jej organizmie, który jest czymś w rodzaju naturalnego inkubatora. Wiem, że nie brzmi to dobrze, ale to chyba trafne określenie. Kobieta z pewnością

chciałaby uratować swoje dziecko, więc zakładamy, że zgodziłaby się na to, by wykorzystać do tego jej ciało, analogicznie do tego, jak wykorzystujemy organy osoby zmarłej, by dzięki przeszczepom uratować inne osoby.

Przejdźmy teraz do tematu, który wiąże się bezpośrednio ze śmiercią i konaniem, czyli do kwestii uporczywej terapii. Kościół uznaje, że może istnieć uporczywa terapia i że jest ona działaniem niemoralnym. Co naprawdę oznacza taka terapia?

152

Mamy dwie pary określeń dotyczących środków, które stosujemy wobec chorych. Pierwsza z nich to środki zwyczajne i nadzwyczajne, a druga to środki proporcjonalne i nieproporcjonalne. Gdybyśmy próbowali zestawić ze sobą te pary, to w razie zastosowania środków nieproporcjonalnych i nadzwyczajnych będziemy mieli zawsze do czynienia z terapią uporczywą. Jeśli natomiast mamy do czynienia ze środkami proporcjonalnymi i zwyczajnymi, to zawsze należy je stosować, a ich zaprzestanie jest nieetyczne. Problemy zaczynają się w dwóch pozostałych sytuacjach, gdy mamy do czynienia ze środkami proporcjonalnymi, ale nadzwyczajnymi oraz nieproporcjonalnymi, chociaż zwyczajnymi. W takich przypadkach wszystko będzie zależało od kontekstu danej sytuacji. To są kwestie, które niezwykle trudno zestandaryzować, trzeba raczej patrzeć na potrzeby

i stan konkretnego pacjenta. Nawet jednak w sytuacji wycofania się z terapii uporczywej nie powinniśmy zaprzestawać opieki podstawowej, obejmującej zazwyczaj łagodzenie objawów oraz nawadnianie i odżywianie pacjenta.

Nawet gdy organizm pacjenta przestaje przyjmować pokarm?

Jeżeli organizm nie przyjmuje pokarmu, a dodatkowo procedura ta sprawia pacjentowi ból, to możemy się z niej wycofać. Natomiast tam, gdzie nawadnianie i odżywianie osiąga swój cel, a organizm zachowuje równowagę, należy je kontynuować, nawet jeśli jest to czynione w sposób sztuczny.

153

Jeśli takie sytuacje są nieoczywiste, kto ma podejmować decyzje?

Próbuje się to rozwiązywać w różny sposób: albo przez odwołanie do komisji bioetycznej czy do sądu, albo przez tzw. testament życia. To zawsze są sytuacje trudne. Czasami będzie tak, że w ekstremalnych sytuacjach decyzje chrześcijańskiego lekarza będą inne niż decyzje lekarza, który chrześcijaninem nie jest. Nie oznacza to jednak, że jesteśmy w ogóle pozbawieni kryteriów. Niekiedy trzeba oceniać sytuację punkt po punkcie, i to nie jednoosobowo, ale w gronie wielu osób. I zawsze – to jasne

dla wierzących – należy stosować zasadę *in dubio pro vita*. Gdy mamy wątpliwości, decydujemy na rzecz życia, tak byśmy przez nasze zaniechania nigdy nie odebrali życia człowiekowi.

W debacie bioetycznej oprócz terminu „terapia uporczywa” stosuje także pojęcie „terapii daremnej”. Bioetycy katoliccy, idąc za Piusem XII, częściej używają tego pierwszego określenia, etycy utilitarni czy laicy częściej mówią o terapii daremnej. Jest to oczywiście trochę spór o słowa, ale trudno nie dostrzec, że gdy mówi się o terapii daremnej, często jest ona rozumiana nieco szerzej. Niekiedy chodzi w niej raczej o odpowiedź na pytanie, czy świadomość pracuje czy też nie, niż o szczegółowe rozważania nad daremnością terapii.

154

Można powiedzieć, choć jest to wielkie uproszczenie, że we współczesnej bioetyce mamy spór dwóch podejść. Pierwsze moglibyśmy określić mianem utilitaryzmu preferencyjnego. Za właściwe i moralnie dobre uważane są tu takie działania, które pozwalają jak największej liczbie osób realizować swoje preferencje. Drugie podejście to podejście personalistyczne. Zakłada ono, że dobre moralnie są te działania, które respektują każdego człowieka i całego człowieka (a więc również jego ciało, gdy jest nieprzytomny). Ci, którzy kładą nacisk na realizację preferencji, często nie uznają statusu

osobowego tych, których stan uniemożliwia formułowanie jakichkolwiek preferencji. Nie ma ich płód ani embrion, nie ma ich noworodek i małe dziecko, ale nie ma ich też człowiek znajdujący się na przykład w przetrwałym stanie wegetatywnym. Linia, która oddziela życie godne kontynuowania od życia mającego wartość ujemną, która w przypadku personalizmu pokrywa się z ciągłą życia, tutaj jest ułożona w innym miejscu. Niektórych istot ludzkich nie traktuje się więc jako osób, odmawia się im osobowej godności, traktuje je tak, jakby ulotniła się z nich dusza czy osoba, a pozostała jedynie żyjąca tkanka.

Można przecież powiedzieć: oto osoba, która pozostaje osobą, ale w sposób dostrzegalny nie realizuje potencjału do bycia nią?

155

Oczywiście. Tylko że w podejściu utylitarnym w odniesieniu do niej w ogóle nie wspomina się o osobie. Ludzi w stanie wegetatywnym, embriony, a niekiedy nawet noworodki traktuje się jako biologiczne istoty ludzkie, ale nie ludzkie osoby. Nie są nimi, dopóki nie pojawi się świadomość czy jakieś inne określone cechy. Jeśli uznajemy, że osobą trzeba się dopiero stać, to można również przestać nią być, a pozostać wyłącznie zestawem ludzkich tkanek. Z personalistycznego punktu widzenia również człowiek całe życie niezdolny do ujawnienia zdolności osobowych jest w pełni uznawany za osobę. Jest

to po prostu ktoś, kto jest głęboko upośledzony, ale nie przestaje być osobą.

Zwolennicy myślenia utylitarnego będą usprawiedliwiać taką decyzję współczuciem.

Pytanie tylko, komu współczujemy. Można odnieść wrażenie, że częściej rodzinie niż samemu choremu.

Skoro jednak wychodzimy z tak różnych punktów, to nie dojdziemy do porozumienia w tej sprawie.

156

To prawda. Dzisiaj trudno mówić o jednej uniwersalnej etyce. Możemy co najwyżej próbować określić uniwersalne wartości. Warto jednak zachować przynajmniej minimalną uczciwość w refleksji na ten temat. W debacie publicznej często się słyszy, że z jednej strony istnieje etyka chrześcijańska, a z drugiej jakaś etyka neutralna, bezprzymiotnikowa. To rodzi wrażenie, że ta pierwsza jest ideologiczna, a ta druga wolna od takiego skażenia. To jest manipulacja. Obie opierają się na określonych przed założeniach, przede wszystkim na pewnym rozumieniu człowieka, a także na rozstrzygnięciu, czy bierze się pod uwagę egzystencję Boga, czy się ją wyklucza. Dopiero gdy odpowiemy sobie na te pytania, można w ogóle zacząć budować jakąkolwiek etykę.

Zatrzymajmy się nad testamentem życia, nad prawną, podpisaną przez człowieka zdrowego, deklaracją, jakie środki można, a jakich nie można wobec mnie stosować. W Niemczech taka możliwość istnieje. Czy to dobre rozwiązanie? Gdy jesteśmy zdrowi, nie wiemy, jakie decyzje podejmiemy jako chorzy, a jako osoby zdrowe mamy skłonność do przyjmowania, że jeśli będziemy ciężko chorzy, to nie będziemy chcieli żyć. Potem często jest inaczej.

Pan już sformułował główne zastrzeżenia dotyczące testamentu życia. Warto też sobie uświadomić, że pierwotnie ta idea powstała w kontekście eutanazji. Nie sposób oczywiście nie dostrzec, że taki testament może też być dobrym instrumentem. W rękach lekarza może stanowić na przykład narzędzie obrony przed żądaniami rodziny, która domaga się coraz radykalniejszych środków terapeutycznych, gdy pacjent już umiera. Problem dotyczy takiego sformułowania testamentu życia, który zawierałby żądanie eutanazji. Istotne jest również, by decyzja taka była co jakiś czas ponawiana, bo nasze poglądy się zmieniają. Może być tak, że wydaje nam się, że gdy będziemy w stanie demencji, to nie będziemy chcieli żyć, a gdy taka sytuacja następuje, człowiek przeżywa ją zupełnie inaczej.

**Na koniec zapytam jeszcze raz o kwestie duchowo-
-teologiczne. Nikt nie kwestionuje, że dusza potrze-
buje sprawnego mózgu, żeby działać, że sprawny
mózg jest warunkiem świadomości, że sama dusza
przy niesprawnym mózgu nie rodzi świadomości,
ale powstaje pytanie, czy jest możliwe życie ducht-
we bez życia świadomego?**

158

Znowu przechodzimy na teren dywagacji o życiu
pośmiertnym. Na podstawie chrześcijańskiego
obrazu Boga możemy powiedzieć jedno: Pan Bóg
nikogo nie unicestwia, ale też na pewno nie skaże
ludzi, którzy mieli w doczesnym życiu niespraw-
ny mózg, na wieczne istnienie w takim stanie.
Można założyć jakiś proces osobowego dojrzewa-
nia do wieczności, który rozpoczyna się już po tej
stronie, a zostaje dopełniony, gdy ziemskie życie się
kończy. Nie nam o tym sądzić. To jest dzieło Pana
Boga, nie nasze. Jestem przekonany, że On rozwiąże
problem w optymalny sposób.