Lucjan Szczepaniak

WYBRANE PROBLEMY ETYCZNE NEUROCHIRURGII W ŚWIETLE ETYKI KATOLICKIEJ

CHOSEN NEUROSURGERY'S ETHICAL ISSUES IN THE LIGHT OF CATHOLIC ETHICS

Uniwersytecki Szpital Dziecięcy w Krakowie
Kapelania pw. NMP Nieustającej Pomocy

SUMMARY

Contemporary neurosurgery uses modern diagnostic methods and surgical techniques enriched with means obtained through biotechnology. The ethical issues of neurosurgery are complex and refer to general medical problems, but also to specific medical problems for this clinical field. The scope of obligations and moral responsibility for each of these matters is different. While assessing them from the moral side, it ought to be emphasized that medical interventions should be in compliance with a Christian vision of man as expressed in the teachings of the Church. A doctor and co-workers, if they are Catholics, should receive it with a respect and submission. The Church's teachings are also directed to all people of good will, who would see the teachings as just, for they do not conflict with the principles of the ethical code of a doctor's occupation.

Key words: *neurosurgery, biotechnology, stem cells, palliative care*

Wprowadzenie

Dedukcja teologiczna problematyki dotyczącej życia, zdrowia, choroby i śmierci różni się od medycznej. Przekracza ona bowiem granice wyznaczone poznaniem empirycznym. Teologia jest nauką o Bogu i odwołuje się do Jego autorytetu. Stąd też mocno zakotwiczona jest w Piśmie świętym. Metoda teologiczna odnosi się do badania, klasyfikowania i zwartego nauczania doktryny chrześcijańskiej. Przedmiotem jej studiów jest Boże Objawienie przekazane oraz zawarte w Piśmie św. i Tradycji. Metoda ta obejmuje m.in.: założenia teoretyczne, wykorzystanie danych biblijnych i historycznych, wyjaśnienie prawdy i jej znaczenia, refleksję nad konsekwencjami eklezjalnymi, powiązaniami społecznymi i kulturalnymi oraz możliwością ich uogólnienia.

Analiza teologiczna problematyki medycznej odnosi się przede wszystkim do badania zakresu jej zgodności z chrześcijańską wizją człowieka. W wymiarze praktycznym oznacza to nieustanne przypominanie służbie zdrowia o obowiązującym każdego człowieka szacunku dla ludzkiego życia, od poczęcia do naturalnej śmierci i o jego godności.

Wszystkie istoty ludzkie, bez wyjątku, obdarzone są godnością będącą ze swej natury wartością transcendentną i uznawaną przez poszukujących prawdy. Godność czerpie swoje uzasadnienie z faktu stworzenia człowieka na obraz i podobieństwo Boże (por. Rdz 1,26-28) oraz jego ścisłego związku ze swoim Stwórcą. Jest ona również fundamentem trwałej relacji z innymi osobami obdarowanymi tym samym dobrem. Zatem opieka nad chorym, a więc troska o godność jednostki, posiada również wymiar społeczny, gdzie prawa i obowiązki przenikają się i wzajemnie umacniają[1].

Nieporozumieniem metodologicznym jest jednak przeciwstawianie prawd objawionych prawdom poznanym przez rozum, bez konieczności przekazywania i wyjaśniania ich człowiekowi przez Boga. Niestety ten konflikt nasilał się od średniowiecza, a zwłaszcza od czasów oświecenia, co nie pozostaje bez wpływu na współczesną dyskusję z pogranicza medycyny i teologii[2].

Przedstawiciele nauk medycznych oczekują czasami od teologów odpowiedzi, które nie są w zakresie ich kompetencji. Nie do końca rozumieją, że teologia nie posiada odpowiednich narzędzi badawczych do wyjaśniania zagadnień, będących istotą nauk empirycznych. Ukazuje ona bowiem właściwy sens życia i śmierci człowieka. Od znajomości antropologii chrześcijańskiej będą zatem zależały decyzje medyczne i sposób traktowania osoby pozostającej pod opieką służby zdrowia. Zgodność postępowania z nauczaniem Kościoła powinna dojrzewać i owocować w podejmowaniu, w duchu personalizmu chrześcijańskiego, decyzji diagnostycznych, profilaktycznych, terapeutycznych, rehabilitacji oraz stosunku do umierającego.

Nie ma to jednak nic wspólnego z nabywaniem praw przez teologa do wskazywania rozwiązań techniczno-medycznych, pozostających w kompetencji lekarza i jego współpracowników. Natomiast jest on kompetentny odpowiedzieć na pytanie, czy przesłanki etyczne, rozwiązania techniczne oraz zastosowane środki, są zgodne z antropologią i etyką katolicką, a przynajmniej, czy nie są jej przeciwne. Znajomość podstaw metodologicznych ułatwia współpracę naukową lekarza i teologa oraz sprzyja unikaniu nieporozumień wynikających ze wzajemnego przekraczania kompetencji i obszarów badań. Owo pomieszanie uprawnień oraz roszczenie sobie prawa do wypowiadania się na każdy temat, zbyt często towarzyszy współczesnemu uprawianiu bioetyki. Kongregacja Nauki Wiary Przypomina, że: „[...] Nie do nauk biologicznych należy wydawanie decydującego orzeczenia o zagadnieniach ściśle filozoficznych i moralnych"[3].

---

[1] Por. Jan Paweł II, *Poszanowanie praw człowieka warunkiem prawdziwego pokoju. Orędzie II na XXXII Światowy Dzień Pokoju. 8.12.1998*, OsRomPol. 20(1999) nr 1(209), s. 4-8.

[2] G. O'Collins, E.G. Farrugia, *Leksykon pojęć teologicznych i kościelnych z indeksem angielsko-polskim,* tłum. J. Ożóg, B. Żak, Kraków 2002, s. 95; 115.

[3] QdA 13.

Poszukiwania prawdy poza granicami nakreślonymi doświadczeniem

W kręgu dziedzin medycznych toczy się od dawna dyskusja pomiędzy naukowcami wiernymi dziedzictwu tradycji hipokratesowej, która szanuje życie ludzkie od poczęcia do naturalnej śmierci, a reprezentantami nauki dopuszczającymi możliwość ingerencji eugenicznych[4]. Innymi słowy jest to spór pomiędzy obrońcami zasady świętości życia i jego przeciwnikami. Polemika ta angażuje również filozofów, historyków medycyny, teologów, prawników, publicystów oraz osoby nieprzygotowane do tego rodzaju rozważań.

Wydaje się, że nikt spośród nich nie kwestionuje tezy, że podstawą rzetelnych badań naukowych jest poznanie prawdy. Sobór Watykański II uczy, że: „Z racji godności swojej wszyscy ludzie, ponieważ są osobami, czyli istotami wyposażonymi w rozum i wolną wolę, a tym samym w osobistą odpowiedzialność, nagleni są własną swą naturą, a także obowiązani moralnie do szukania prawdy, przede wszystkim w dziedzinie religii. Obowiązani są też trwać przy poznanej prawdzie i całe swoje życie układać według wymagań prawdy. Tego zaś zobowiązania nie zdołają ludzie wypełnić w sposób zgodny z własną swą naturą, jeśli nie mogą korzystać zarówno z wolności psychologicznej, jak i wolności od zewnętrznego przymusu"[5]. Czym jest zatem ta prawda, gdzie jest jej źródło i kto jest jej strażnikiem? Święty Tomasz z Akwinu wyjaśniał, że: „Nauka może mieć tylko jeden przedmiot: byt. Wszak poznajemy tylko prawdę, ta zaś i byt, to pojęcia zamienne"[6].

Szczególnie istotnym staje się udzielenie odpowiedzi na pytanie o metodę i zastosowane kryteria poznania prawdy dotyczącej zagadnień bioetycznych. W kręgu tej problematyki pojawia się kłopotliwy stosunek do Boga, oparty na wierze wymykającej się zmysłowemu poznaniu. „Boga nikt nigdy nie widział, Ten Jednorodzony Bóg, który jest w łonie Ojca, o Nim pouczył"[7], ale również nikomu nie udało się udowodnić, że Bóg nie istnieje. Jeśli człowiek rzetelnie szuka prawdy, to może ją odkryć we wszystkich dziełach Stwórcy, a zwłaszcza w człowieku, stworzonym na obraz i podobieństwo Boga[8]. Życie każdego człowieka, jak i relacje międzyludzkie, dojrzewają w prawdzie poznanej dzięki wierze. Wiara jest bowiem łaską poruszającą sumienie, oświecającą rozum i kierującą spojrzenie człowieka w stronę Boga[9].

---

[4] Por. Kongregacja Nauki Wiary, *Instrukcja «Dignitas personae» dotycząca niektórych problemów bioetycznych*, Watykan 2008, nr 2. Odtąd dokument ten będzie oznaczany skrótem DP z odpowiednim numerem.

[5] DWR 2.

[6] STh I, q.1, a.1.

[7] J 1,18; por. KKK 151.

[8] Por. Rdz 1,26; Vspl 1.

[9] KKK 153.

Czy jednak człowiek zapatrzony w swoje osiągnięcia na polu techniki i biotechnologii zdolny jest jeszcze do pokornego uznania, że zanurzony jest w rzeczywistości duchowo-materialnej będącej dziełem Boga? Chociaż zadanie to nie przekracza jego możliwości intelektualnych, uznaje je często za zbyt trudne lub zbędne. Stąd też za jedyne kryterium poznania uznaje rozum i wiedzę zdobytą dzięki doświadczeniu. W swoich analizach dochodzi do sprzecznych wniosków. Z jednej bowiem strony przekonany jest o swoich nieskończonych możliwościach, a z drugiej sam ogranicza się twierdzeniem, że Boga nie ma, skoro nie podlega On poznaniu zmysłowemu. Towarzyszy mu więc ambiwalentny lęk przed akceptacją istnienia Stwórcy, jak i odrzuceniem Go. Strach ten wzmacniany jest również obawą przed utratą autonomii. Nie akceptuje on faktu stworzenia przez Boga człowieka rozumnym i wolnym oraz powołanym do szczęścia i wspólnoty z Nim[10].

Odrzucenie istnienia Boga jest zatem również unikaniem pytania o pochodzenie cierpienia i umiejętności rozróżnienia dobra od zła[11]. Problemy te nie są nowe i niepokoją poszukujących prawdy od zarania ludzkiej cywilizacji[12]. W znalezieniu prawidłowej odpowiedzi konieczna jest wiedza, przekraczająca granice nakreślone doświadczeniem i krytyczną analizą rozumu. Poznanie to umożliwia wiara tak często negowana, i to nie tylko przez naukowców. Łatwiej bowiem jest wątpić, niż uwierzyć, a zwłaszcza gdy konsekwencją aktu wiary jest przyjęcie prawdy o Bogu i dziele stwórczym[13]. Stąd też rzetelność badań empirycznych wymaga poszerzenia ich horyzontu i odniesienia do prawdy objawionej człowiekowi przez Boga.

Napięcie pomiędzy etyką katolicką a bioetyką świecką

Problemy w poszukiwaniu prawdy i przyjęciu jej napotkają nie tylko agnostycy i niewierzący, ale również wierzący przedstawiciele służby zdrowia. Dotyczą one przede wszystkim wątpliwości, które można podzielić na dwie grupy. Pierwsza grupa odnosi się do zakresu obowiązywania przykazań Dekalogu wpisanego w sumienie człowieka oraz jego wpływu na podejmowane decyzje terapeutyczne. Lekarz i współpracujący z nim personel coraz częściej zastanawia się, czy przykazania Boże obowiązują zawsze i to bezwarunkowo, a zwłaszcza w kontekście ustalania granic obowiązku podtrzymywania życia (uporczywej terapii), sztucznej prokreacji, czy też wykorzystania nowoczesnych metod związanych z klonowaniem i pozyskiwaniem embrionalnych komórek macierzystych. Oczywiście panorama tych zagadnień jest o wiele szersza i również powoduje nie mniejsze konflikty sumienia. Lekarz często musi rozstrzygnąć wewnętrzny dyle-

[10] KDK 21.

[11] Por. Vspl 2.

[12] Por. L. Szczepaniak, *Troska o dziecko umierające w szpitalu. Studium z pogranicza medycyny i teologii moralnej,* Kraków 2008, s. 40.

[13] B.M. Ashley, *Żyć prawdą w miłości. Biblijne wprowadzenie do teologii moralnej*, tłum. M. Wójcik, Kraków 2008, s. 74-75.

mat moralny, polegający na sporze swojego sumienia z obowiązującym go prawem. Osiąga on szczególnie dramatyczne napięcie w przypadku zwolenników aborcji i/lub eutanazji oraz obrońców życia.

Stąd też Jan Paweł II przytacza w encyklice *Veritatis splendor*, niejako w ich imieniu, fundamentalne pytania: „Czy Boże przykazania, wpisane w serce człowieka i stanowiące element Przymierza, mogą rzeczywiście być światłem dla codziennych decyzji podejmowanych przez poszczególnych ludzi i całe społeczności? Czy można być posłusznym Bogu, a więc miłować Boga i bliźniego, nie przestrzegając tych przykazań w każdej sytuacji?"[14].

Druga grupa wątpliwości środowiska medycznego koncentruje się wokół Urzędu Nauczycielskiego Kościoła (papieża wraz z biskupami) i jego roli w kształtowaniu katolickiej etyki lekarskiej. Lekarz katolik i jego współpracownicy zastanawiają się bowiem, czy w każdych okolicznościach są zobowiązani do posłuszeństwa Magisterium Kościoła i w jakim zakresie. Postawa ta nasila więc niebezpieczeństwo oddzielenia wiary od moralności. Co pewien czas przedstawiany jest pogląd, że wyłącznie wiara decyduje o przynależności do Kościoła i jego wewnętrznej jedności. Natomiast katolicy mają prawo do wyrażania wielości poglądów w dziedzinie moralności i sposobów życia. Domagają się w ten sposób uznania indywidualnego osądu subiektywnego sumienia i reformy nauczania Kościoła, spowodowanych zmieniającymi się uwarunkowaniami społeczno-kulturowymi oraz postępem w dziedzinie medycyny[15]. Nauczanie Kościoła traktują zatem jako jeden z wielu drogowskazów postępowania, który jednak nie obowiązuje ich w sumieniu. Jest dla nich raczej ideałem, który trudno jest zastosować w codziennym życiu.

Przeżywającym wątpliwości przychodzi z pomocą lektura Listu do Efezjan św. Pawła Apostoła, który wyjaśnia, że: „[Chrystus] ustanowił jednych apostołami, innych prorokami, innych ewangelistami, innych pasterzami i nauczycielami [...] do wykonywania posługi, celem budowania Ciała Chrystusowego [czyli Kościoła]"[16]. Jezus uczynił to w celu wzmocnienia duchowego człowieka, aby uodpornić go na poruszenia spowodowane opiniami naukowymi, odrzucającymi autorytet Boga, i oszustwami ze strony ludzi i złego ducha. Człowiek wiary powinien bowiem mieć dostęp do nauki czystej i pewnej, która uchroni go przed kłamstwem i zejściem na drogę fałszu[17].

Zgodnie z wolą Chrystusa[18], w tym celu Kościołowi służą biskupi pod kierownictwem papieża – następcy św. Piotra[19]. Stąd też papież wraz z nimi, w na-

---

[14] Vspl 4.

[15] Por. tamże.

[16] Ef 4,11-12.

[17] Por. tamże.

[18] „«Otóż i Ja tobie powiadam: Ty jesteś Piotr [czyli Skała], i na tej Skale zbuduję Kościół mój, a bramy piekielne go nie przemogą. I tobie dam klucze królestwa niebieskiego; cokolwiek zwiążesz na ziemi, będzie związane w niebie, a co rozwiążesz na ziemi, będzie rozwiązane w niebie». Wtedy surowo zabronił uczniom, aby nikomu nie mówili, że On jest Mesjaszem" (Mt 16, 18-20).

uczaniu poświęconym „określeniu doktryny wiary i moralności", ma udział w nieomylności Kościoła zagwarantowanej mu przez Chrystusa. Urząd Nauczycielski może jednak badać i określać jedynie to, co odnosi się do „depozytu wiary", czyli tego, co „Kościół jako całość przyjął od apostołów i w co uwierzył[20].

Wyodrębnienie *depositium fidei* nie jest jednak łatwe. Dokonuje się ono pod wpływem Ducha Świętego i z biegiem czasu staje się coraz wyraźniejsze. Proces ten jednak jest długotrwały i towarzyszą mu liczne dyskusje i spory teologiczne[21]. Lekarz nie jest kompetentny teologicznie i nie ma czasu na rozważania teoretyczne. Potrzebuje on zatem odpowiedzi precyzyjnej, jak odróżnić niezmienne słowo Boga od poglądów ludzkich, często ulegających weryfikacji, oraz w jakim zakresie odnosi się ono do wykonywanego przez niego zawodu. Nie może on uchylić się od fundamentalnych pytań: „Co powinien czynić? Jak odróżniać dobro od zła?". W swoich rozstrzygnięciach dotyczących życia i śmierci człowieka, poszukuje bowiem prawdy gwarantującej mu maksymalną pewność sądu moralnego[22]. W ten sposób realizuje wezwanie Boga z Księgi proroka Amosa: „Miejcie w nienawiści zło, a miłujcie dobro!"[23].

W poszukiwaniu odpowiedzi, podobnie jak św. Tomasz Apostoł, lekarz zadaje pytanie Chrystusowi: „Panie, nie wiemy, dokąd idziesz. Jak więc możemy znać drogę?"[24]. W głębokiej zadumie nad niełatwymi problemami medycznymi napotyka zatem słowa Chrystusa: „Ja jestem drogą i prawdą, i życiem. Nikt nie przychodzi do Ojca inaczej jak tylko przeze Mnie"[25]. Stąd też Jan Paweł II uczy, że: „[...] Ostatecznej odpowiedzi na każde pytanie człowieka, zwłaszcza na jego pytania religijne i moralne, udziela jedynie Jezus Chrystus"[26].

Skoro Magisterium Kościoła strzeże *depositium fidei,* to nauczanie papieża może przyjąć formę definitywnego i nadzwyczajnego (*ex catedra)* lub nauczania biskupów podczas soboru powszechnego potwierdzonego przez papieża. Dzieje się to również wówczas, gdy papież i biskupi całego świata jednomyślnie i ostatecznie nauczają w sposób zwyczajny i powszechny. Tak sformułowane, w sposób definitywny, nauczanie jest nieomylne, niezmienne i wzywa wszystkich katolików do przyjęcia go w posłuszeństwie wiary[27], a zatem również wierzącego lekarza i jego współpracowników.

---

[19] Por. KK 18-29

[20] „Zdrowe zasady, któreś posłyszał ode mnie, miej za wzorzec w wierze i miłości w Chrystusie Jezusie! Dobrego depozytu strzeż z pomocą Ducha Świętego, który w nas mieszka" (2 Tm 1,13-14). Por. B.M. Ashley, art. cyt., s. 87-88.

[21] Tamże, 89.

[22] Por. Vspl 2.

[23] Am 5,15.

[24] J 14,5.

[25] J 14,6.

[26] Vspl 2.

[27] Por. B.M. Ashley, art. cyt., s. 89.

Nadzwyczajne nauczanie dotyczy przede wszystkim pierwszej klasy prawd, czyli „pierwotnego przedmiotu nieomylności", a więc Przykazań Bożych (Dekalogu) i wyznania wiary. Stąd też wynika, że żaden wierzący lekarz nie może zignorować tego nauczania poprzez akceptację lub wykonywanie czynów wewnętrznie złych, takich jak: eutanazja, wspomagane samobójstwo, aborcja, czy też niszczenie życia w inny bardziej wyrafinowany i zamaskowany sposób pod pozorem czynienia dobra[28].

Nauczanie Kościoła jest także nieomylne w odniesieniu do prawd drugorzędnych. Nie są one prawdami objawionymi i nie wymagają wiary nadprzyrodzonej. Odrzucenie ich jednak równałoby się nie uznaniu prawd pierwszej klasy, czyli już objawionych[29].Wydaje się jednak, że uznanie nieomylności Kościoła w odniesieniu do nauczania nadzwyczajnego i zwyczajnego, a dotyczącego pierwszej i drugiej kategorii prawd, nie stanowi problemu dla większości wierzących pracowników służby zdrowia. Pozostaje jeszcze nauczanie zwyczajne, obejmujące nie do końca zdefiniowaną trzecią klasę prawd, przedstawianych jednak autorytatywnie. Dotyczy ono znacznej części treści encyklik papieskich i listów pasterskich biskupów, Katechizmu Kościoła Katolickiego, a także myśli zawartych w niedzielnych kazaniach i homiliach[30].

Znana jest przecież ożywiona dyskusja przeradzająca się w formalny sprzeciw wobec nauczania Pawła VI o zasadach moralnych w dziedzinie przekazywania życia ludzkiego, zawartych w encyklice *Humane vitae* (25.07.1968 r.). Sprzeciw wobec autorytetu Urzędu Nauczycielskiego Kościoła w tej dziedzinie moralności, wyrasta z ogólnej sytuacji społecznej przełomu lat 60. i 70. ubiegłego wieku, sprzyjającej ostrej krytyce tradycyjnych wartości chrześcijańskich, takich jak: rodzina, życie ludzkie i autorytety moralne. Zjawisku temu sprzyja również liberalizm polityczny, indywidualizm, solipsyzm i relatywizm.

Środowiska wyznające te poglądy, odnoszą się również krytycznie do chrześcijańskiej wizji bioetyki zaprezentowanej w encyklice Jana Pawła II *Evangelium vitae*[31]. Fala krytyki sprowokowała sformułowanie błędnego wniosku, jakoby prawdy w tych encyklikach nie były nauczane w sposób nieomylny. Sobór Watykański II przestrzega jednak, w Konstytucji dogmatycznej o Kościele *Lumen gentium* (21.11.1967), przed tego rodzaju uproszczeniem[32]. Rozwinięcie tego nauczania znajdujemy w Katechizmie Kościoła Katolickiego: „Boska asystencja jest także udzielona następcom Apostołów, nauczającym w komunii z następcą Piotra, a w sposób szczególny Biskupowi Rzymu, pasterzowi całego Kościoła, gdy – nie formułując definicji nieomylnej i nie wypowiadając się w «sposób definitywny» –

[28] Por. EV 73.

[29] Por. B.M. Ashley, art. cyt., s. 89.

[30] Tamże, s. 90.

[31] Por. R. Otowicz, *Etyka życia. Bioetyczny i teologiczny kontekst problematyki życia poczętego*, Kraków 1998, s. 14.

[32] KK 25.

wykonuje swoje nauczanie zwyczajne, podaje pouczenia, które prowadzą do lepszego zrozumienia Objawienia w dziedzinie wiary i moralności. Nauczaniu zwyczajnemu wierni powinni okazać «religijną uległość ich ducha», która różni się od uległości wiary, a jednak jest jej przedłużeniem"[33].

Stopniowy wzrost znaczenia neurochirurgii

Znając już podstawy warsztatu teologicznego, podejmijmy próbę skonfrontowania wybranych problemów neurochirurgii z etyką katolicką. Zanim jednak to się stanie, konieczne jest poznanie, chociażby w zarysie, historii ingerencji w ludzki mózg. Neurochirurgia, rozumiana jako samodzielny dział medycyny, funkcjonuje zaledwie kilkadziesiąt lat. Wcześniej była ona bowiem zdominowana przez neurologię i chirurgię. W Europie przed II wojną światową nie jest traktowana jako oddzielna specjalizacja, w przeciwieństwie do USA, gdzie stopniowo się rozwija. Wzrastająca świadomość znaczenia neurochirurgii przyczynia się do ewolucji w kierunku niezależności od neurologii. Przełomowym jest zjazd zorganizowany w Brukseli w dniach 4-5 września 1955 r., przez Williama B. Scoville (1906-1984), który przyczynia się do powołania Światowej Federacji Stowarzyszeń Neurochirurgów (*The World Federation of Neurosurgical Societies*)[34].

Chociaż neurochirurgia kliniczna ma zaledwie pięćdziesiąt lat, to historia zabiegów chirurgicznych zaliczanych do klasyki metod neurochirurgicznych ma swoje początki we wczesnym neolicie, a więc ok. 6 tys. lat przed n. Chr. Badania archeologiczne prowadzone w Ameryce Północnej i Południowej, Afryce i Europie potwierdzają, że już wówczas wykonywane były zabiegi na czaszce. Dotyczyły one zarówno osób zmarłych, jak i żywych. Czaszkę otwierano wykorzystując metody nawiercania lub wyskrobywania. Stąd też do dzisiaj funkcjonuje w neurochirurgii nazwa trepanacja od słowa łacińskiego *trepanum* – świder. Zabieg otwarcia czaszki wykonywano stosunkowo często ze wskazań medycznych, oraz w celach magicznych[35]. Zabiegi te z niewielkimi udoskonaleniami wykonywane były aż do średniowiecza.

W wieku XV doskonały anatom Giacomo Berengario da Carpi (ok. 1470-1550), pełniący funkcję profesora chirurgii w Bolonii, wskazuje na istnienie związku pomiędzy miejscem uszkodzenia czaszki a występującymi zaburzeniami nerwów[36]. Odkrycie to przyczynia się niewątpliwie do dalszego rozwoju zabiegów wykonywanych na czaszce. Dalszy rozwój zabiegów neurochirurgicznych związany jest z ogólnym postępem medycyny, a zwłaszcza badań w dziedzinie anatomii, fizjologii i doskonaleniu technik operacyjnych.

---

[33] KKK 862.

[34] H. Alphons D. Walder, *A short review on the history of the world federation of neurosurgical societies*.–http://wfns.mighty-site.com/pages/history/7.php.

[35] [b.a.], *Skrobanie i wiercenie – najstarsze operacje czaszki*, w: *Kronika medycyny*, red. M.B. Michalik, Warszawa 1994, s. 14.

[36] [b.a.], *Anatomia uwalnia się od tradycji*, w: tamże, s. 134.

W drugiej połowie XIX wieku wykonywano już, nowoczesne jak na owe czasy, zabiegi neurochirurgiczne. Stało się to możliwe dzięki lepszemu poznaniu fizjologii naczyń i układu nerwowego oraz wykorzystaniu pneumoencefalografii i angiografii[37]. Kamieniami milowymi diagnostyki neurochirurgicznej można nazwać: ventriculografię zastosowaną w 1918 r. przez Waltera E. Dandy (1886-1946), arteriografię wykorzystaną pierwszy raz w 1927 r. przez Antônio Egas Moniza (1847-1955) oraz planigrafię użytą w 1931 r. przez Ziedseas des Plantesa (1902-1993)[38].

Celem tego krótkiego wprowadzenia historycznego jest przypomnienie, że zabiegi na czaszce i mózgu wykonywane są od zarania ludzkości. Jeśli zabieg został uwieńczony sukcesem, a pacjent przeżył, to lekarz cieszył się wdzięcznością jego i rodziny. Nie zawsze jednak tak było.

Źródła historyczne ujawniają, że pod koniec średniowiecza praca lekarzy jest poddana silnej krytyce. Dzieje się tak z powodu licznych nadużyć, takich jak: chciwość na pieniądze, brak kompetencji, lenistwo intelektualne, dawanie złudnych nadziei choremu, błazenada, szarlataneria, przedmiotowe traktowanie chorego i bezkarne uśmiercanie go. Franciszek Petrarka (1304-1374), w liście do papieża Klemensa VI, pisze: „Wiem, że Wasze łoże oblężone jest przez lekarzy: wprawia mnie to w największe przerażenie. Zawsze są oni różnego zdania i ten, który nie ma do powiedzenia nic nowego, ma czelność kryć się za innymi (...). Uczą się swej sztuki naszym kosztem i krojenie nas przynosi im jeszcze doświadczenie: jedynie lekarz ma prawo zabijać przy całej bezkarności[39].

Współczesna neurochirurgia tylko w nieznacznym stopniu przypomina dawną, posługuje się bowiem nowoczesnymi metodami diagnostycznymi i technikami operacyjnymi wzbogacanymi o środki uzyskane w drodze biotechnologii.

W poszukiwaniu paradygmatu etyki lekarskiej

Stąd też zagadnienia etyczne poruszane w neurochirurgii są wieloaspektowe. Zasadniczy trzon stanowią problemy wspólne dla wszystkich dyscyplin medycyny. Drugą grupą problemów są dylematy napotykane przez każdego chirurga oraz zagadnienia specyficzne dla neurochirurgii klinicznej i doświadczalnej. Ciężar odpowiedzialności moralnej każdego z tych zagadnień nie jest jednakowy.

Rozważając kwestie ogólne, należy podjąć zatem temat aktualności fundamentalnej zasady etosu hipokratesowego *primum non nocere*[40]. Ta norma etyczna akcentowana w minionych czasach, obecnie staje się niewiele znaczącym frazesem.

---

[37] [b.a.], *Rozwój i kryzys nowoczesnej medycyny*, w: tamże, s. 34.

[38] R.M. Sabbatini, *A História da Neuroimagem*. – www.cerebromente.org.br/.../tomogram02.gif.

[39] [b.a.],*Petrarka żartuje z lekarzy: „Nawet krojenie przynosi im jeszcze doświadczenie"*, w: tamże, s. 135.

[40] Por. M. Kothari, A. Goel, *Ethics and neurosurgery*, „Neurology India" 54(2006) z. 1, s. 11-12.

Jedną z wielu przyczyn tego postępowania jest imponujący rozwój medycyny, dającej lekarzowi do dyspozycji nowoczesne metody, narzędzia i środki lecznicze. Zatem jest mu coraz trudniej oprzeć się pokusie wykorzystywania ich w celach niezgodnych z etosem Hipokratesa. Stąd też następuje stopniowe odstępowanie od służby, polegającej na umacnianiu zdrowia i ochronie życia. Lekarz przestaje dostrzegać w pacjencie jedność duchowo-somatyczną. Natomiast z pełnym oddaniem udoskonala jego organizm, naprawia go, podtrzymuje funkcje życiowe w poszczególnych narządach. Zagrożenia te mają charakter praktyczny, bowiem prowadzą do utrwalania postaw eugenicznych, uporczywości terapii, a nawet eutanazji.

Imperatyw *primum non nocere* trudno jest zachować również dlatego, że każde działanie terapeutyczne obciążone jest większymi lub mniejszymi skutkami ubocznymi. Toteż lekarz ratując zdrowie i życie, w jakimś stopniu również szkodzi choremu. Na przykład pacjent po wycięciu rozległego guza mózgu nie będzie posiadał pierwotnej sprawności psychofizycznej, chociaż zachowa życie.

Złożoność zasady *primum non nocere* ukazuje pośrednio zasada całościowości sformułowana w 1930 r. przez Piusa XI (1857-1939): „[...] Poszczególny człowiek częściami swego ciała tylko do tych celów rozporządza, do których przez przyrodę są przeznaczone. Nie można ich niszczyć lub kaleczyć, lub w jakiś inny sposób udaremniać naturalnego ich przeznaczenia, chyba że tego wymaga zdrowie ciała całego"[41]. Papież nie mógł wówczas przewidzieć rozwoju biotechnologii, której celem nie jest niszczenie, amputacja, lecz odtworzenie zniszczonych tkanek. Nie była wówczas dostępna wiedza z zakresu biotechnologicznych ingerencji w tkankę mózgu, ani ich konsekwencji psychologicznych i moralnych.

Biotechnologia w służbie neurochirurgii

Pragnienie naprawy uszkodzonego układu nerwowego było zawsze marzeniem człowieka. Obecnie wydaje się, że nadszedł czas realizacji tych wizji. Naukowcy jednak nie chcą poprzestać na odbudowie uszkodzonej tkanki nerwowej. W swoich zamiarach idą o wiele dalej... Stąd też usiłują posiąść umiejętność tworzenia ludzkiego mózgu według indywidualnego zapotrzebowania, uczynienia go doskonalszym, poznania ludzkich myśli i podświadomości oraz sterowania nimi. Ambicje te w pewnym zakresie można już realizować, a inne będzie można spełnić zapewne w przyszłości, chociaż w tej chwili przypominają jeszcze scenariusz filmu fantastyczno-naukowego.

To niczym nieskrępowane dążenie do władania ludzkim mózgiem, a w dalszej perspektywie podporządkowania sobie człowieka, znajduje oparcie w scjentyzmie uznającym za jedyną formę poznania tę, która jest dostępna naukom ścisłym. Scjentyzm ignorując odnośniki religijne i drogowskazy etyczne, usiłuje z dużym

[41] Pius XI, *Litterae Encyclicae «Casti connubii». 31.12.1930*, AAS 22(1930), s. 565.

powodzeniem zaszczepić w społeczeństwie przekonanie, że „wszystko to, co technicznie wykonalne, staje się tym samym także dopuszczalne moralnie"[42].

Stąd też dochodzi w medycynie do pomieszania tego, co jest godziwe, z tym, czego lekarz nie powinien wykonywać. Dotyczy to m.in. sporu toczącego się wokół wykorzystania komórek macierzystych (*stem cells* – SC). Zastanawiając się bowiem nad dopuszczalnością zastosowania ich w terapii, należy określić, czy nie zostaną naruszone podstawowe prawa dawcy i biorcy, a zwłaszcza prawo do życia, oraz jakie spowoduje to u nich konsekwencje zdrowotne (somatyczne i psychiczne). Istotnym pytaniem jest zatem, od kogo lub skąd i w jaki sposób zostaną one pobrane[43]. Niedopuszczalna jest więc postawa lekarza, którego interesują tylko spodziewane korzyści zdrowotne i ewentualne powikłania[44]u biorcy komórek, jakby każdy ich rodzaj można wytworzyć w sposób sztuczny, nie pobierając ich od żywego człowieka.

Spór dotyczy przede wszystkim embrionalnych komórek macierzystych (*embryonic stem cells* – ES), ponieważ zdolne są do regeneracji oraz zmieniania się w dowolną tkankę. W przypadku neurochirurgii podejmowane są próby wykorzystania ich do naprawy uszkodzonego mózgu (*intracerebral stem cell transplantation* – ISCT) i włókien nerwowych rdzenia kręgowego (*spinal cord injury* – SCI)[45]. Rozbudzają one więc nadzieję u chorych na powrót do zdrowia. W praktyce nie jest to jednak takie łatwe, jak w prezentowanym modelu teoretycznym.

Obecnie ES można uzyskać z nadliczbowego embrionu powołanego do życia w trakcie zapłodnienia pozaustrojowego (*in vitro fertilisation* – IVF) oraz z blastocysty utworzonej w drodze klonowania (*therapeutic cloning*). Powraca zatem dyskusja, czy embriony, z których pobierane są SC, mają status osoby z wszystkimi przysługującymi jej prawami, a przede wszystkim prawem do życia[46]. Obecnie nie można bowiem pobrać ES bez poważnego naruszenia struktury blastocysty, co staje się przyczyną jej obumarcia. Embrion jest osobą, o czym przypomina w swoim nauczaniu Kościół[47]. „Od chwili, w której jajo zostaje zapłodnione, rozpoczyna się życie, które nie jest życiem ojca ani matki, lecz nowej, żyjącej istoty ludzkiej, która rozwija się niezależnie od nich. Nie stałaby się istotą ludzką, jeśli nie byłaby nią od samego początku"[48]. Uśmiercenie embrionu jest za-

[42] FeR 88.

[43] Por. DP 32.

[44] Por. Z. Master, M. McLeod, I. Mendez, *Benefits, risks and ethical considerations in translation of stem cell research to clinical applications in Parkinson's disease,* J. Med. Ethics 33(2007), s. 169-173.

[45] D. Birnbacher, *Neuroethics and stem cell transplantation*, „Medicine Studies" 1(2009), s. 67-76.

[46] Tamże.

[47] KKK 2274.

[48] QdA 12.

tem równoznaczne z odebraniem życia człowiekowi z wszystkim konsekwencjami moralnymi i prawnymi[49].

Stąd też osoby biorące świadomy udział w przygotowaniu i przeprowadzeniu przeszczepu ESC, ponoszą odpowiedzialność moralną za śmierć dawcy, chociaż jest on w stadium początkowym życia[50]. Blastocysta, w świetle założeń antropologii katolickiej, spełnia kryteria istoty ludzkiej, nawet jeśli pozyskana jest w wyniku klonowania terapeutycznego[51].

Nikt nie może bowiem dysponować cudzym życiem w celu ratowania chorego, gdyż cel nie uświęca środków. Od nakazu: „Nie zabijaj", nie ma żadnych wyjątków. Jan Paweł II uczył, że: „[...] Nawet samo prawdopodobieństwo istnienia osoby wystarczyłoby dla usprawiedliwienia najbardziej kategorycznego zakazu wszelkich interwencji zmierzających do zabicia embrionu ludzkiego"[52]. W opinii wielu autorów, embrionom należy się najwyższy szacunek nawet w przypadku nie uznania ich statusu osobowego[53]. „Cokolwiek prawa cywilne stanowią w tej sprawie, powinno być najzupełniej pewne, że człowiek nigdy nie może być posłuszny prawu, które samo w sobie jest niemoralne"[54].

Niegodziwym jest również „wielkoduszne" udostępnianie przez matkę nadprogramowych oocytów, nie wykorzystanych w IVF[55]. Kongregacja Nauki Wiary wyjaśnia to zagadnienie szczegółowo w instrukcji *Donum vitae*: „Żaden cel, nawet sam w sobie szlachetny, jak przewidywana użyteczność dla nauki, dla innych istot ludzkich lub dla społeczeństwa, nigdy nie może usprawiedliwić doświadczenia na embrionie lub żywym płodzie ludzkim, zdolnym do przeżycia lub też nie, w łonie matki lub poza nim. Dobrowolna zgoda, normalnie wymagana dla klinicznego doświadczenia na dorosłym, nie może być udzielona przez rodziców. Rodzice nie mogą dysponować ani integralnością fizyczną, ani życiem dziecka, które ma się narodzić. Z drugiej zaś strony doświadczenie na embrionach i płodach niesie zawsze ryzyko, wręcz bardzo często przewiduje się uszkodzenie integralności fizycznej, a nawet ich śmierć"[56]. Zagadnienie to zostało również szeroko i wyczerpująco opracowane w literaturze teologiczno-moralnej i bioetycznej ostatnich 50 lat.

Technika klonowania istot ludzkich nie jest do zaakceptowania od strony moralnej, nawet gdyby embrion nie uległ zniszczeniu[57]. „Oddaje ona [bowiem życie]

---

[49] QdA 19-23.
[50] KPK, kan. 13.
[51] Por. DV 1.
[52] EV 60.
[53] Tamże.
[54] QdA 22.
[55] Por. J.V. Rosenfeld, P. Bandopadhayay, T. Goldschlager, D.J. Brown, *The ethics of the treatment of spinal cord injury: Stem cell transplants, motor neuroprosthetics, and social equity*, Top Spinal Cord Inj. Rehabil. 14(2008) nr 1, s. 76-88.
[56] DV 4.
[57] Por. Pontificia Academia pro Vita, *Declaration on the production and the scientific and therapeutic use of human embryonic stem cells.* Roma, 25.08.2000.

i tożsamość embrionów w ręce lekarzy i biologów, wprowadza panowanie techniki nad pochodzeniem i przeznaczeniem osoby ludzkiej. Tego rodzaju panowanie samo w sobie sprzeciwia się godności i równości, które winny być uznawane zarówno w rodzicach, jak i w dzieciach"[58]. Problematyka ta w ostatnich latach jest przedmiotem trwającej polemiki. Spór dotyczy w istocie kwestii godziwości powoływania życia w warunkach sztucznych oraz wykorzystywania technik umożliwiających manipulowanie nim. Stąd też Kongregacja Nauki Wiary uczy, że: „Wytwarzanie embrionów ludzkich po to, aby były używane jako «materiał biologiczny», jest niemoralne"[59]. Ośrodki kliniczne znajdujące się w krajach, gdzie nie wolno stosować technik klonowania terapeutycznego i pobierać ES, omijają prawo, sprowadzając embriony lub pobrane już ESC z państw, w których zabiegi te są dopuszczalne, m.in. w: UK, USA, Południowej Korei, Singapurze i Australii[60].

„Za dopuszczalne uważa się te metody, które nie powodują poważnego uszczerbku u osoby, od której są pobierane komórki macierzyste"[61]. Stąd też nie stwarza wątpliwości moralnych pozyskiwanie i zastosowanie: dorosłych komórek macierzystych (*adults stem cells* – AS) z krwi pępowinowej w momencie porodu oraz z tkanki płodu zmarłego śmiercią naturalną[62]. Dokonać tego należy jednak z regułami sztuki lekarskiej i poszanowaniem kodeksu etyki zawodowej, aby ryzyko dla dawcy i biorcy było możliwie najmniejsze. Wymaga to ciągłych badań, współpracy naukowej i rzetelnego informowania opinii publicznej[63]. Zastosowanie AS nie jest jednak takie proste i skuteczne, jak w przypadku ES. Wszystkie bowiem komórki totipotencjalne i większość pluripotencjalnych pochodzą z komórek ES[64].

Wykorzystanie ES wymaga zatem rozwiązania nie tylko problemów natury technicznej, klinicznej, lecz przede wszystkim etycznej. Zagadnieniem tym zajmuje się neurotyka, będąca stosunkowo młodą dyscypliną etyki medycznej[65]. Obszar jej badań jest jednak o wiele szerszy, gdyż obejmuje również psychofarmakologię, psychochirurgię, neuro-obrazowanie, stosowanie głębokiej stymulacji elektrycznej (*deep brain stimulation* – DBS)[66], implantów mózgu oraz innych neurotechnologii. Wszystkie te metody w różnym stopniu wpływają na: tożsamość chorego, jego osobowość, decyzje moralne, autonomię, zmysły oraz szeroko rozumianą prywatność. Stąd też kształtować mogą nowe pojęcia jaźni, zdrowia psychicznego i choroby. Doniosłość tych zagadnień jest tak wielka, że przewyższa problemy

[58] DV 5.
[59] Tamże.
[60] J. Wróbel, *Etyczne aspekty technik biomedycznych opartych na komórkach macierzystych*, RT 50(2003) z. 3, s. 113-126.
[61] Tamże.
[62] DP 32.
[63] Tamże.
[64] J.V. Rosenfeld, P. Bandopadhayay, T. Goldschlager, D.J. Brown, art. cyt., s. 76-88.
[65] D. Birnbacher, art. cyt., s. 67-76.
[66] Por. J.J. Fins, *Deep brain stimulation, deontology and duty: the moral obligation of non-abandonment at the neural interface*, „Journal Neural Engineering" 6(2009), s. 1-4.

etyczne współczesnej genetyki. „Technologia świadomości" umożliwia bowiem manipulacje ludzkim umysłem, prowadząc w istocie do przemian społecznych i kulturowych, obecnie trudnych do przewidzenia. Neurolodzy i neurochirurdzy dzięki niej mogą poznać indywidualne predyspozycje, skłonność do chorób psychicznych (*neuro-screening*), potencjalnych sprawców przestępstw (*brain fingerprinting*), różnego rodzaju preferencje (*neuro-marketing*), np. rasowe, czy też seksualne. Dotyczy to m.in. tomografii pozytronowej, która może wskazać zmiany odpowiedzialne za skłonności mordercze w płatach czołowych kory mózgu[67].

Problem uśmiercenia blastocysty w celu pozyskania embrionalnych komórek macierzystych, chociaż moralnie najpoważniejszy, nie jest jednak jedynym. Wykorzystanie ich może zainicjować rozrost guza nowotworowego, niewłaściwą migrację komórek macierzystych, immunologiczne odrzucenie przeszczepu, krwotok w czasie zabiegu i infekcję neurochirurgiczną. Wymienione skutki uboczne tej metody leczenia mogą przyczynić się do poważnego rozstroju zdrowia fizycznego, psychicznego, a nawet do śmierci[68].

Argumenty te nie przekonują pacjentów i ich najbliższych. Dotyczy to zwłaszcza młodych osób z porażeniem wszystkich kończyn, w wyniku urazu rdzenia kręgowego, oraz cierpiących na choroby powodujące destrukcję tkanki mózgowej. Znanymi i wpływowymi pacjentami, usilnie starającymi się o legalizację leczenia z wykorzystaniem ES są: Michael J. Fox, chory na chorobę Parkinsona, oraz nieżyjący już aktor Christopher Reeve z trwale uszkodzonym rdzeniem kręgowym. Działaniom zmierzającym do legalizacji towarzyszy potężna kampania w środkach masowego komunikowania, którą cechują: znaczne uproszczenia, wątpliwa naukowość, niezwykła emocjonalność i brak obiektywizmu. Terapia z użyciem ES nie jest bowiem tak cudowna, jakby się wydawało, a doniesienia dziennikarskie trudno potwierdzić naukowo. Środowisko medyczne powinno zachować więc czujność wobec nieuczciwych lekarzy, pragnących sławy i pieniędzy, a obiecujących cudowną terapię z użyciem ES[69]. G. Raisman ostrzega, że dawanie złudnej nadziei jest niebezpieczne, ponieważ medycyna staje się bezduszna, a lekarze stają się niewrażliwi na cierpienie chorego[70]. Z drugiej strony, nie wolno również pozbawiać człowieka nadziei.

Kolejnym problemem trudnym do przewidzenia jest integracja komórek macierzystych z tkanką mózgu i ich wpływ na tożsamość pacjenta, jego osobowość oraz decyzje moralne. Dotyczy to także innych komórek ludzkich lub zwierzęcych wszczepianych śródmózgowo[71]. Należy jednak rozróżnić oddziaływanie ich na tożsamość biologiczną oraz psychologiczną. Nie każda bowiem zmiana biologiczna powoduje natychmiastowe i dostrzegalne zmiany psychiczne. Należy

[67] T. Fuchs, *Ethical issues in neuroscience*, Curr. Opin. Psychiatry 19(2006), s. 600-607.
[68] Tamże.
[69] Tamże, s. 4.
[70] Tamże, s. 6.
[71] D. Birnbacher, art. cyt., s. 69.

zatem odpowiedzieć na pytanie, czy w celu ratowania zdrowia i życia lekarzowi i pacjentowi wolno podjąć tego rodzaju ryzyko?[72].

„Każda osoba ludzka w swojej niepowtarzalnej wyjątkowości nie jest złożona tylko z ducha, lecz także z ciała, i dlatego w ciele i przez ciało dociera się do samej osoby w jej konkretnej rzeczywistości. Szacunek dla godności człowieka pociąga w konsekwencji obronę owej tożsamości człowieka – *corpore et animaunus* – jedność ciała i duszy – jak stwierdza Sobór Watykański II (KDK 14)[73].

Zastosowanie leczenia komórkami macierzystymi w SCI wymaga zachowania pewnych procedur ściśle chirurgicznych, jak i biotechnologicznych. Mianowicie wykorzystanie SC u człowieka powinny poprzedzić próby u naczelnych. Postępowanie to budzi wątpliwości nie tylko u obrońców praw zwierząt, ale również niepokoi moralistów, zwłaszcza w sytuacji, gdy niekorzystne zmiany spowodowane ingerencją ES są trwałe. Natomiast zastosowanie ES po wcześniejszym sprawdzeniu na biologicznym modelu gryzoni, z pominięciem naczelnych, jest naukowo niepewne. Niektórzy jednak uważają, że pominięcie etapu sprawdzenia reakcji na terapię u naczelnych jest konieczne wówczas, gdy nie ma alternatywy. Dzieje się tak również w sytuacji ostrej rywalizacji pomiędzy uniwersyteckimi ośrodkami neurochirurgii, które często za wszelką cenę pragną osiągnąć sukces i zdobyć pieniądze. Wówczas posuwają się nawet do wywierania presji na rodzinę chorego. Ważnym motywem jest również pragnienie poznania naukowego i altruistyczne pragnienie niesienia pomocy choremu[74].

Dyskusja dotycząca definiowania uporczywej terapii i podejmowania decyzji o jej zaprzestaniu

W perspektywie nauczania Kościoła należy również rozważać problem uporczywej terapii, aby pomóc ludziom żyć w zgodzie z Prawem Bożym. W pierwszej połowie XX wieku zastosowano nowoczesny sprzęt do sztucznej wentylacji płuc. „Żelazne płuco" wykorzystano pierwszy raz w 1928 r. w szpitalu dziecięcym w Bostonie[75].Z biegiem lat wprowadzono wiele innych technik, metod i środków farmakologicznych wspomagających życie i opóźniających śmierć. Dokonuje się więc ewolucja pojmowania opieki nad chorym. Obowiązek służby zdrowiu i życiu, rozumiany jako integralne dobro osoby, stopniowo rozszerzany jest na służbę jakimkolwiek przejawom życia, nawet kosztem wydłużenia agonii. Medycyna definiując, czym jest życie i śmierć, nie wskazuje jego nadprzyrodzo-

[72] J.V. Rosenfeld, P. Bandopadhayay, T. Goldschlager, D.J. Brown, art. cyt., s. 76-88.

[73] Cytatza: QdΛ 3.

[74] Por. J.V. Rosenfeld, P. Bandopadhayay, T. Goldschlager, D.J. Brown, art. cyt., s. 76-88.

[75] Pierwszy projekt respiratora sporządził Leonardo da Vinci w XV w., a działający respirator skonstruował Jean-Françoisa Pilâtre de Roziera w II poł. XVIII w., natomiast Philip Drinker z Uniwersytetu Harvarda w Cambridge opatentował respirator w 1848 roku. – http://pl.wikipedia.org/wiki/Respirator.

nej przyczyny, celu i sensu istnienia. Nauki medyczne pokładając całkowitą ufność w antropologii biologicznej, stopniowo rezygnują z przesłanek zawartych w tradycyjnym kodeksie etyki lekarskiej i z antropologii chrześcijańskiej.

Osiągnięcia współczesnej medycyny będące wielkim dobrodziejstwem, niosą zatem ze sobą również zagrożenia. Jednym z nich jest uprzedmiotowienie chorego, który nie może odzyskać zdrowia, ale nie może też umrzeć w pokoju, bo nie otrzymał zgody ze strony najbliższych i opiekunów medycznych. Przedłużane jest więc życie chorego lub tylko jego przejawy, często za cenę spotęgowania cierpień i wydłużenia agonii. Lekarz staje wobec trudnego zadania przeciwstawienia się presji ze strony rodziny umierającego i towarzyszących osób, czasami też mniej doświadczonego personelu medycznego. Imperatyw ratowania życia jest dla niektórych lekarzy wartością bezwzględną. Większości lekarzy trudno jest wycofać się z raz rozpoczętego leczenia[76]. Ten stan nazywany jest właśnie «uporczywością terapeutyczną»[77].

Zagadnienie to budzi zrozumiałe emocje, ponieważ dotyczy decyzji podejmowanych w odniesieniu do życia ludzkiego. Mają one charakter ostateczny, bowiem dotyczą akceptacji lub unikania nieuchronnie zbliżającej się śmierci. Lekarz mając świadomość odpowiedzialności za życie powierzonego jego trosce chorego, z trudem przyjmuje do wiadomości, że nie może go uratować. Rozum i doświadczenie sugerują mu, aby zaprzestał leczenia, które niczego już nie zmieni z wyjątkiem wydłużenia agonii i nasilenia cierpień. Niektórzy jednak nie potrafią zaakceptować tej sytuacji i kontynuują leczenie, jakby istniała nadzieja na poprawę. Doszło więc do rozchwiania węzłowych zasad etycznych, chociaż nie było to zasadniczym celem postępu medycyny. Pluralizm poglądów sprawił, że osoby bez przygotowania medycznego, etycznego oraz bez doświadczenia, formułują poglądy sprzeczne z tradycją lekarską.

Już w starożytności lekarze uważali, że nie należy podejmować się leczenia skazanego na niepowodzenie. Potwierdza to aforyzm przypisywany Hipokratesowi: „To, czego nie wyleczysz lekarstwem, wyleczysz żelazem, czego nie wyleczysz żelazem, wyleczysz ogniem, czego ogniem nie wyleczysz, za nieuleczalne uważać należy". Wówczas, jak i dzisiaj, nie zawsze lekarz potrafił właściwie ocenić swoje umiejętności i z pokorą przyjąć śmierć pacjenta. Stąd Sofokles przestrzegał przed „lekarzem złym, stosującym lekarstwo gorsze od choroby".

Problem uporczywej terapii znany od zarania medycyny niepokoi i współcześnie[78]. W definiowaniu zagadnienia i podejmowaniu decyzji terapeutycznych brane są pod uwagę przede wszystkim wykładnie: medyczna, etyczna, prawna, ale również i religijna. Refleksja etyczna pozwala lekarzowi zachować, przynajmniej teoretycznie, postawę dialogu z własnym sumieniem, innymi lekarzami i przede

---

[76] Por. D.L. *Dickenson, Are medical ethicists out of touch? Practitioner attitudes in the US and UK towards decisions at the end of life,* J. Med. Ethics 26(2000), s. 254-260.

[77] Por. KPSZ 119.

[78] Por. R.J. Lin, *Withdrawing life-sustaining medical treatment – A physician's personal reflections,* Ment. Retard. Dev. Disabil. Res. Rev. 9(2003), s. 9-15.

wszystkim z pacjentem wraz z jego rodziną. Nie jest ona jednak łatwa ze względu na różnice aksjologiczne i światopoglądowe[79]. Ujawnia to bezkompromisowy konflikt zwolenników zasady świętości życia i jej przeciwników, angażujący autorytety medyczne, etyczne, polityków, lobby przemysłowe i medialne. W polemice tej nie zawsze chodzi o dobro człowieka, słuszność poglądów filozoficznych, czy też uwzględnienie prawa Bożego. Antagonizm ujawnia się przede wszystkim na płaszczyźnie poszukiwania źródeł prawa naturalnego. A przecież Platon, św. Augustyn, św. Tomasz z Akwinu, G. Leibniz, K. Wojtyła, nie dostrzegali jednak sprzeczności pomiędzy prawem boskim a (naturalnym) prawem ludzkim[80]. Zatem spór ten czasami pozbawiony jest podstaw naukowych, a nawet zdrowego rozsądku. Bywa często tak, że najwięcej do powiedzenia mają ci, którzy nie zajmują się opieką nad ciężko chorym i bliskim śmierci. Nigdy też nie dźwigali oni odpowiedzialności za ludzkie życie i nie przeżywali konfliktów sumienia z powodu tego, że nie uratowali chorego. Jak łatwo zatem być zwolennikiem skrajnie przeciwstawnych postaw eutanazji lub uporczywej terapii, w bezpiecznym oddaleniu od umierającego i jego problemów. Przedstawiana argumentacja jest również obca etyce katolickiej. Człowiek odrzucając bowiem Boga, wziął na swoje ramiona odpowiedzialność za życie i upadł pod jej ciężarem. Nie mogąc być panem swojego istnienia, pragnie chociaż zapanować nad jego jakością oraz początkiem i końcem. Mądrość i doświadczenie licznych błędów, zgromadzone w ciągu długiego życia, powinny być przestrogą dla młodych Prometeuszów.

Na podejście do problemów umierającego wpływa także polityka opieki zdrowotnej. Chory traktowany jest przedmiotowo, gdy pierwszoplanowymi stają się czynniki ekonomiczno-polityczne, natomiast drugoplanowymi medyczno-etyczne. Czynnik ekonomiczny w znaczący sposób kształtuje więc również postawy eugeniczne. Obecnie jest to najpoważniejszy bodziec pozamedyczny, określający długość życia i jego jakość. Wpływa silnie również na formułowanie tez filozoficznych. Niepokoi też zacięta rywalizacja w pozyskiwaniu środków na leczenie i związane z nim cele naukowe. Godziwość samego celu nie usprawiedliwia jednak nadużywania wizerunku cierpiącego dziecka do wywierania nacisku na odpowiedzialnych za rozdział środków materialnych.

Stąd też służba zdrowia odczuwa znużenie wyczerpującą polemiką, dotyczącą pryncypiów etyki lekarskiej, wykraczającą poza jej środowisko zawodowe. Niedopuszczalna jest sytuacja, kiedy lekarz nie mógłby decydować o tym, co jest terapią proporcjonalną. Niestety wielu lekarzy z obawy przed odpowiedzialnością za życie chorego woli, aby oceny tej dokonał kto inny. Podejmowane są zatem próby wyłącznie prawnego uregulowania spornych kwestii. Stwarza to jednak niebezpieczeństwo zagubienia się w drobiazgowych przepisach ograniczających

[79] Por. D.L. Dickenson, art. cyt., s. 254-260.

[80] Por. S. Ruchała, *Współczesne filozoficzne spory o ugruntowanie praw człowieka*, Katowice 2006, s. 74-82.

autonomię lekarza i okazję do pozwów sądowych o niedopełnienie obowiązku ratowania życia lub o popełnienie błędu medycznego[81].Obowiązujące prawo może być w konflikcie z tradycyjną etyką lekarską, szanującą zasadę świętości życia, i etyką katolicką. Antagonizm tego rodzaju występuje w tych krajach, gdzie dopuszczone są przez prawo zabiegi: aborcji, eutanazji, klonowania terapeutycznego, czy też inne ingerencje terapeutyczne powodujące zniszczenie życia ludzkiego. Prawo medyczne i etyka lekarska powinny więc pozostać naukami autonomicznymi względem siebie, ale czerpiącymi ze swojego bogactwa. Marek Safian wyjaśnia, że: „Prawo, stwarzając ramy dla różnych zachowań, pozostawiając możliwość dokonywania własnych wyborów moralnych przez osoby o różnych przekonaniach etycznych, o odmiennym światopoglądzie, powinno jednocześnie sprzyjać obniżaniu się poziomu potencjalnych konfliktów"[82].

W przypadku zagadnienia uporczywej terapii, obecnie nie ma idealnego i szczegółowego rozwiązania zadawalającego wszystkie strony. Spowodowane to jest m.in. dynamicznym charakterem definicji uporczywej terapii, kształtowanej przez wiele zmieniających się czynników. Pojęcie uporczywości terapii zawężone tylko do jednej dyscypliny medycyny, wymaga nieustannej weryfikacji szans na wyleczenie lub ich braku i korygowania kryteriów uporczywości. Zatem to, co dotychczas było określane mianem środka nieproporcjonalnego (nadzwyczajnego), staje się już środkiem proporcjonalnym (zwyczajnym). Wiadomo, że etyka katolicka nie wypowiada się na temat stosowanych metod i środków. Lekarz jednak pragnie znać konkretną odpowiedź na trudne pytania: kiedy, jak długo i w jaki sposób nieść pomoc. Będzie musiał on zatem strzec się dwóch przeciwstawnych postaw: „wycofania się" i uporczywości.

Czasami i lekarz przeżywa wątpliwości. Przypomina o tym B. Górnicki (zm. 1998) wspominając, że niejednokrotnie dochodził do wniosku, iż: „W świecie [...] powstają sytuacje nie mieszczące się w żadnych kodeksach i żadnych zasadach postępowania, sytuacje, w których prawo i systemy nakazów i zakazów są bezsilne. Mówiąc krótko, istnieją sprawy, [...] które rozsądzić może jedynie własne sumienie"[83].Jednym z nich jest niewątpliwie postępowanie w przypadku duszności towarzyszącej agonii[84]. Lęk towarzyszący ciężkim oddechom i skurczom mięśni oddechowych jest trudny do opanowania, a widok cierpienia duszącego się dziecka pozostaje w pamięci na zawsze. „[...] Pozostaje ścisły obowiązek kontynuowania, za każdą cenę, stosowania środków tzw. minimalnych, to znaczy takich, które normalnie i w warunkach zwyczajnych są przeznaczone do zachowania życia [...]. Prze-

---

[81] Por. Ch.E. Billings, D.D. Woods, *Błędy ludzkie w medycynie, przyczynek do dyskusji*, „Medycyna po Dyplomie" 10(2001) nr 8(67).

[82] M. Safian, *Etyka w zarodku*, „Polityka.pl", 15.12.2008. – http://www.polityka.pl/kraj/276734,1,etyka-w-zarodku.read?print=true.

[83] B. Górnicki, *Kodeks sumienia pediatry*, „Przegląd Pediatryczny" 25(1995) nr 3, s. 6.

[84] Por. R.M. Perkin, D.B. Resnik, *The agony of agonal respiration: is the last gasp necessary?*, J. Med. Ethics 28(2002), s. 164-169.

rwanie ich stosowania, w praktyce oznaczałoby chęć położenia kresu życia pacjenta"[85]. Nie należy więc lekceważyć wielowiekowej tradycji lekarskiej, która odwołuje się do sumienia zawodowego lekarza i jego osobistej wrażliwości na cierpienie chorego i bliskiego śmierci. Natomiast prawo, a zwłaszcza karne, powinno ingerować tam, gdzie kończy się szacunek dla człowieka i jego życia.

Ustalenie jednak precyzyjnej definicji uporczywej terapii nie jest łatwe z powodu jej dynamicznego charakteru, stymulowanego niezwykle szybkim rozwojem medycyny. Wówczas stosowanie dotychczasowe środka nadzwyczajnego staje się całkiem zwyczajną procedurą. Wymaga to zatem nieustannej weryfikacji szans na wyleczenie lub ich braku, i to w każdej dziedzinie medycyny. Sprostanie temu zadaniu jest trudne również z powodu rozdrobnienia medycyny na liczne specjalizacje, obdarzone daleko idącymi uprawnieniami, oraz interdyscyplinarny charakter opieki nad chorym.

Konieczne jest wypracowanie wielostopniowego mechanizmu podejmowania tej trudnej decyzji, po uprzednio przeprowadzonych specjalistycznych konsultacjach, zapoznaniu się z opinią zespołu leczącego oraz z wolą chorego lub jego prawnych opiekunów. Decyzja powinna być podjęta najpierw w zespole leczącym pacjenta. Następnie orzeczenie to powinno być zweryfikowane przez stałą komisję powołaną w danym szpitalu. W przypadkach zaś wątpliwych opinię swoją powinien wyrazić inny ośrodek kliniczny. Komisja lekarska powinna ustalić ponad wszelką wątpliwość, że: w celu ratowania życia wykorzystano wszystkie proporcjonalne metody i środki. Zastosowanie środków nadzwyczajnych nie przywróci choremu zdrowia i życia, gdyż stan jego jest terminalny. Kontynuowanie dotychczasowego leczenia i wprowadzanie nowych metod przyczynia się tylko do nasilenia cierpienia i wydłużenia agonii. Należy więc ufać, że uregulowanie tej niezwykle istotnej kwestii nastąpi w niedalekiej przyszłości, w miarę dojrzewania refleksji etycznej, prawnej oraz teologiczno-moralnej. Badania te wymagają zakotwiczenia w tradycyjnej lekarskiej myśli etycznej oraz w nauczaniu Kościoła. Chodzi bowiem o znalezienie nie tylko odpowiedzi ściśle etycznych, ale i antropologicznych.

Autor tej refleksji sugeruje zatem, aby uporczywą terapię rozważać jednak w perspektywie etycznej, zgodnie z tradycją lekarską. Jest to bowiem bardziej apelem o wrażliwość na ból umierającego człowieka niż twardą realizacją procedur medyczno-prawnych. Historia uczy, że żadne prawo nie jest w stanie zmusić człowieka, a zatem i lekarza, do solidarności z cierpiącym, jeśli on sprzeniewierzy się wewnętrznemu kodeksowi etycznemu.

Uzasadniony strach przed ciężarem odpowiedzialności za ludzkie życie popycha lekarza w kierunku kolegialności decyzji, zapadających po uprzednim głosowaniu. Należy zwrócić jednak uwagę na niebezpieczeństwo przegłosowania

---

[85] Papieska Rada „Cor Unum", *Questioni etiche relative ai malati gravi e ai morenti.* Watykan, 27.07.1981.

„głosu rozsądku i doświadczenia", broniącego godności chorego i jego życia lub prawa do godnej śmierci. Autor broni zatem autonomii decyzji szefa zespołu medycznego, ewentualnie komisji etycznej, ale po wcześniejszym zapoznaniu się z opinią współpracowników, wynikami specjalistycznych konsultacji oraz z wolą chorego[86] i członków jego rodziny. Kolegialność decyzji może powodować również zanik osobistej odpowiedzialności za życie powierzone trosce lekarza.

Profilaktyką przeciwdziałającą uporczywej terapii i eutanazji jest prawidłowo sprawowana opieka paliatywna. Rozwiązania problemu uporczywej terapii należy poszukiwać raczej w realizacji trudnego zadania wychowania nowego pokolenia lekarzy – humanistów, którzy przywrócą medycynie miłosierne oblicze, niż w krępowaniu lekarza kolejnymi drobiazgowymi przepisami, nawet gdyby tego pragnął. Konieczna jest więc pogłębiona ewangelizacja trudnego doświadczenia ludzkiego cierpienia i śmierci. Należy bowiem podmiotowo traktować umierającego, a śmierć jako wydarzenie nadprzyrodzone. Służba umierającemu nie powinna zatem rościć sobie prawa do decydowania o jego życiu lub śmierci. Natomiast zdałoby się, aby ci, którzy służą bliskiemu śmierci, potrafili pokornie zaakceptować śmierć, będącą przecież ostatnim etapem ziemskiego życia.

W szpitalu powinna być powołana komisja etyczna ds. uporczywej terapii i kwalifikacji chorego do opieki paliatywnej. Komisja w oparciu o przesłanki medyczne i etyczno-prawne określa, czy przebieg leczenia jest już uporczywą terapią chorego. Należy pozostawić dotychczasowy ogólny charakter definicji uporczywej terapii, natomiast decyzje dotyczące chorego podejmować w ramach wielostopniowej oceny lekarskiej. Decyzje indywidualne wymagają od członków komisji dużego doświadczenia zawodowego, przygotowania etycznego i bezstronności. W procesie podejmowania decyzji należy uwzględnić opinię chorego lub jego prawnych opiekunów. Dużą pomocą dla komisji etycznych byłoby wypracowanie standardów dla poszczególnych dyscyplin klinicznych, jeśli nie ma jeszcze tego rodzaju wytycznych.

ADRES AUTORA:

Ks. dr hab. n. teol., lek. med. Lucjan Szczepaniak SCJ
Uniwersytecki Szpital Dziecięcy w Krakowie
30-663 Kraków, ul. Wielicka 265

[86] Por. K.A. Bramstedt, A.C. Arroliga, *On the dilemma of enigmatic refusal of life-saving therapy*, CHEST 126(2004), s. 630-633.