

LUCIEN ISRAËL ŻYCIE AŻ DO KOŃCA

eutanazja i inne wypaczenia

tłumaczył Andrzej Wojciechowski

U świtu tego trzeciego tysiąclecia, gdy zawartość ludzkiej wiedzy podwaja się z każdym pięcioleciem, rozwój naukowy i techniczny, jaki stwierdzamy na Zachodzie, nabiera takiego przyspieszenia, że ludzkość ogarniają najbardziej wyuzdane żądania, prędko przekształcające się w potrzeby, które trzeba zaspokoić wszelkimi środkami. W tym samym czasie roztropność i cnota jedynie trochę wzrastają, jeśli nawet nie upadają, w miarę jak wychowanie popada w rozsypkę, a animatorzy telewizyjni zastępują postaci tych, których w ławach szkolnych nazywaliśmy „naszymi mistrzami”.

Byłoby bardzo zaskakujące, gdyby ten narastający brak równowagi pomiędzy pożądaniami a rozumem, hałas temu towarzyszący i konieczna wewnętrzna cisza, oszczędziły świat choroby i medycyny, świat w którym krzyżują się tragedia, nędza, strach, nadzieja i iluzja, świat w którym lekarze za wszelką cenę powinni być świętymi, oni, którzy nie tylko jedynie są ludźmi, ale nawet nie są wybrani spośród najlepszych.

Ale, jeżeli trzeba postawić im zarzuty - postawić nam zarzuty - gdyż nie mam żadnego powodu, aby wyłączyć się, to jakże również nie przywołać tego drugiego nurtu zachodu, neurotycznego ukrycia śmierci, cierpienia, starości. („Ukryjcie te stany, których nie chcielibyśmy widzieć, my normalni, piękni, zdrowi, młodzi. W ogóle o nich nie mówcie. Przestańcie nas drażnić...”)

Nie bez znaczenia będzie sprecyzować, u progu tej pracy, dokąd zmierza medycyna. Wysiłki biologów komórkowych i molekularnych, biochemików, immunologów, genetyków są w trakcie wydobywania jej z prehistorii, zmierzają do spowodowania ukazania się wiedzy, która z wielokrotni przy pomocy godnych uwagi czynników skuteczność gestów medycznych, pozwalając nam wpływać na wewnętrzne mechanizmy chorób. Wprowadzony niewiele lat temu projekt badania lokalizacji wszystkich ludzkich genów i określenia ich funkcji (sekwencji ludzkiego genomu) zmierza do otwarcia się na konkretną wiedzę biologiczną. Lekarze natychmiast z tego skorzystają, dla poprawienia czynności komórkowej wszędzie tam, gdzie mogłaby ona być osłabiona. Ze swej strony biofizycy ukazują procedury diagnostyczne o czarodziejskiej mocy, które pozwolą poważnie zyskać na czasie, identyfikując ukryte choroby u samego ich początku, nawet zaburzenia jeszcze zupełnie niewidoczne, jeśliby stosować wobec nich dzisiejsze postępowanie. Chemicy i farmakolodzy wytwarzają lekarstwa sto razy bardziej wybiórcze, mniej toksyczne i które można stosownie do potrzeby kierować na tylko te rejony organizmu, w których ich obecność będzie niezbędna. Chirurdzy także nie pozostają w tyle, rozwijając techniki coraz odważniejsze, lub przeciwnie, coraz mniej inwazyjne i programy kompleksowych przeszczepów zdolnych zastąpić organy zbyt uszkodzone, pomimo postępu o którym właśnie wspomniałem, aby dalej służyć. Nadto prewencja uczyniła w końcu ważny postęp, przez genetyczne określenie ryzyka tej czy innej choroby i poprzez stosowanie cząstek, które przeszkodzą pojawieniu się zaburzenia. Pozostaje szeroki problem chorób systemu nerwowego i nadto jeszcze aparatu psychicznego. Jest on najtrudniejszy do rozwiązania, ale nowoczesna biologia pozwala już dostrzec kilka osiągnięć względnie skutecznych. Dlatego też myślę, że minie zaledwie jedna generacja, a zostaną przewyciężone przyczyny chorób zakaźnych i pasożytniczych, a jeśli idzie o liczne dolegliwości zwyrodniające, ich potencjał rozwojowy zostanie poważnie zahamowany.

Nawiasem mówiąc, to doprowadzi z jednej strony do jeszcze bardziej znaczącego starzenia się populacji i do zwielokrotnionych kosztów ponoszonych na zdrowie, bo wszystkie te istoty o dłuższym żywocie będą wielkimi użytkownikami lekarstw. Ci, których zawodem jest decydowanie o innych, będą musieli mocno się nad tym zastanowić. Nie jest to ani mój problem dzisiejszy, ani najważniejszy, ponieważ jak to pokażę szczegółowo, lekarze służą jednostkom, które się na nich zdają, a nie społeczeństwu. Ewentualne złe skutki naszych zdobyczy naukowych obciążają polityków...

Ale jest jeszcze inne ograniczenie natury zupełnie różnej, które także musi temperować tryumfalizm medycyny biologicznej. Każdy chory jest różny od innych. Każdy chory jest osobą. Jako byt biologiczny, i nie zaprzeczą mi tego genetycy, jest on jedyny, niesprowadzalny do średniej. Podlega własnym sposobom oddziaływań genetycznych i biochemicznych, poddany został pewnym agresjom, które zostawiły pewne ślady, był poddany określonemu otoczeniu, na które reagował w sposób indywidualny. Ma swój biologiczny sposób zużytkowania lekarstw, które mu dostarczamy i sposób ich przyjmowania. Nie można, nawet używając danych dostarczonych przez rygorystycznie prowadzone próby, przewidywać jaka będzie jego indywidualna odpowiedź na tę chorobę i to leczenie. O dlatego zawsze z pewnym marginesem niepewności można, wobec poważnej choroby, ustalić zwycięską strategię. Są i będą zawsze lepsze strategie niż inne, teoretycznie takie same. Decyzja w sytuacji niepewności należy do sztuki, tak w medycynie, jak ekonomii i w sprawach wojskowych. Rozwój naukowych podstaw medycyny, przeciwnie do tego, w co niektórzy chcieliby wierzyć, będzie wymagał sztuki najwyższej w jej zastosowaniu, która pozostanie poza zasięgiem komputerów.

Poza tym i szczególnie, każdy chory jest osobą, która ma dla swojego życia, cierpienia i śmierci swój punkt widzenia, wynikający z jego kultury, jego osobistej historii, jego genetycznie uformowanego kształtu emocji i sądu, jego ideologii i jego wierzeń. Nie ma nic

bardziej złożonego w znanym wszechświecie niż ludzki mózg, o ile nie jest to społeczność miliardów mózgów. A ponadto okazuje się i chcielibyśmy to wyjaśnić z góry, że lekarze też są osobami, również złożonymi, również niepodatnymi, a zarazem zmiennymi jak ich pacjenci, i że nawiązują się pomiędzy leczącym, a leczonym więzy, gdzie milczenie, spojrzenie, zalew słów, postawa ciała słuchającego, ton rozmowy, oddziałują w sposób ogromny. To wszystko nie jest zbyt ważne jeśli idzie o liczenie kataru, ale może być decydujące w wypadku ciężkiej choroby o niepewnym wyniku. To osobę trzeba leczyć, wzmacniać, upewniać, przekonywać do przyjęcia właśnie tej strategii, a nie innej. A druga osoba musi to robić z największym zrozumieniem i szacunkiem, ale także, jeśli trzeba - autorytetem. Osiągnąć to nawiązanie się optymalnej relacji jest sztuką, której nie uczy się - oto inne ogromne ograniczenie - lub, którą, być może, uczy się, ale w bardzo małych dawkach, przez długie obcowanie i , na przykład, używając niewielu słów. Taka nauka też jest sztuką. Żaden traktat pedagogiczny nie posunie spraw o krok w tej dziedzinie.

Wcale już nie idzie na przykład o ulżenie przypadłościom wynikającym z wieku. Trzeba zachować młodość, zabronić starzeć się, usuwając skutki, zadośćuczyniając szkodom. Zresztą, część tych żądań mogłaby zostać zaspokojona i to prostymi środkami: życie umiarkowanie sportowe, wykluczenie chronicznych zatruc, którymi są tytoń, alkohol i nadmiar jedzenia. I wykluczenie tego nadmiary historycznych informacji, rozpowszechnianych coraz bardziej przez media, a które uniemożliwiają wszelki wewnętrzny dialog, wszelkie zastanowienie, wszelką możliwość odprężenia się, wszelką regenerację. Ale to nie jest ta wybrana droga. Chce się pozostać, lub na nowo stać się młodszym i pięknym, bez zapłacenia za to, bez zaakceptowania minimum ascezy, którą to pociąga za sobą, ale używając medycznych i chirurgicznych sztuczek, potencjalnie niebezpiecznych, a zawsze kosztownych, długotrwałego leczenia hormonalnego, dziwacznych protez, takich jak sztuczne łydki i sztuczne mięśnie piersiowe, które już daje sobie wszczepiać wielu mężczyzn

kalifornijskich. Do tego ta rozrzutność kosztująca ubezpieczenia społeczne, jaką jest medykalizacja otyłości - która w 90% przypadków polega tylko na dostosowanym i długotrwałym reżimie żywieniowym. A tu jeszcze media narzucają model, pobudzając żądania. Ludzie farbują sobie włosy, malują się w dzień i w nocy, aby przypominać tak długo, jak to możliwe, obowiązujący prototyp, który, jak się przypuszcza, przyciąga miłość, sukces i podziw. Inni powiedzą, że przypomina to raczej patologiczną postawę wobec przeznaczenia. Ale to, co zwraca tu uwagę lekarza, to to, że starzenie staje się społecznie nie tolerowane. Bez wątplenia prawdą jest, że warunki obecnego życia, trudniej niż kiedyś, nadają się do obecności w rodzinie osób starszych - i można też jeszcze ubolewać, pomiędzy innymi, nad poważnym brakiem, który z tego wynika, jeśli idzie o wychowanie dzieci, pozbawionych kontaktu z pobłażliwym i uspokajającym pokoleniem. Ale nieobecność osób starszych w rodzinie nie zależy tylko od tych trudności. Przygnębiające domy dla emerytów we Francji, miasta dla bogatych starców na Florydzie, osiedlanie w Hiszpanii starych Japończyków, to wszystko świadczy o powszechnej, ale jeszcze mało uświadomionej woli usunięcia obrazu starości, odsunięcia go, ukrycia jak jakiejś wady. W sercu miast akceptuje się upadek młodych narkomanów, ale poświęca się poważne środki dla wyeliminowania starych ludzi, którzy nie mają racji, gdy przypominają jednostce, swoją obecnością, jej przeznaczenie.

Nie można w tym momencie powstrzymać się od myślenia o tym, do jakiego stopnia cierpienie i śmierć - dziedziny w których medycyna uważa, że powinna interweniować - są także, ze strony dobrze się mających, przedmiotem poważnych wysiłków zmierzających do ukrycia ich. „Jeżeli nie możecie go wyleczyć, zatrzymajcie go, nawet zabijcie go - w imię zapewne wielkich zasad i wielkich uczuć - ale ja go nie chcę u siebie...” Jest to zresztą prawie to samo, co odpowiedziała mi pewnego dnia młoda kobieta, której mąż przebywał kilka tygodni w szpitalu z powodu raka płuc. Doprowadzony do zupełnej poprawy, miał wyjść i z radością szykowałem się, aby powiedzieć to jego żonie, której nigdy nie widzieliśmy w

szpitalu. A ona zaczęła od zapytania mnie o to, jaka była istotna przyczyna choroby jej męża, który miał czterdzieści lat. Poinformowałem ją. Rzuciła bez wahania: „jeśli to rak, to możecie go zatrzymać, nie chcę go u siebie.”

Ten, który zdaje się na was, jeśli idzie o swoje zdrowie i istnienie, lub bardziej jeszcze, o zdrowie i istnienie istoty, która jest mu droższa niż własne życie, składa na was ciężar, który trzeba, jak to już powiedziałem, uważać za święty. I to jest cała nauka dawana młodemu lekarzowi, która ma go doprowadzić do tego, aby on uznał ten ciężar za święty. Do tego wcale nie dochodzi się latami studiów, z tej prostej przyczyny, że jest ktoś, kto jest ponad wami i który ponosi ostateczną odpowiedzialność. Dopiero wtedy, gdy sami staniemy się czyjąś ucieczką, będziemy mogli ocenić wartość tego zaufania i zmierzyć jego ciężar. I nie będziemy godni go, gdy ograniczymy się tylko do leczenia, nawet najlepszego z możliwych. Trzeba jeszcze poświęcić liczne godziny zastanawiania się, zastanawiania się, które przyniesie sukces i porażkę, lektury, słowa rzucone pośpiesznie podczas wizyty, spojrzenia lub milczenie, kilka listów... Dopiero po trochu lekarz uwewnętrzni prawdziwy sens swego istnienia: służyć żywotnym interesom tych, którzy odwołują się do niego. Sporo pułapek czeka na niego odkąd podejmie się zakreślania konturów swego zadania. Ma on swoją własną kulturę, swoje wierzenia, swoje przesady, swoje słabości. Wypracował swoją własną wizję racjonalności i dobra. Stanie wobec licznych odmiennych ocen, a jednak za każdym razem musi znaleźć drogę do swojego bliźniego, zarazem drogę inteligencji, jak i drogę serca. Musi, a jest to szczególnie trudne w chorobach o niepewnym przebiegu, określić i to w sposób obiektywny i dla subiektywnego dobra pacjenta, najlepszy kompromis pomiędzy skutecznością terapeutyczną a toksycznością, między tym, co nieprzyjemne, nawet niebezpieczne, kompromis leczenia i jakości oczekiwanego rezultatu. Musi wziąć pod uwagę trwanie tego rezultatu względem czynników, które inne są u dorastającego człowieka, a inne u starca, ale które też radykalnie różnią się u dwu starców, czy dwóch młodzieńców. Nie może

pomijać kontekstu rodzinnego wobec którego działa, ale także kontekstu zawodowego lub społecznego, duchowego, materialnego, a także namiętności. Przeciwnie, to właśnie licząc się z nimi musi określić najlepszą strategię i osiągnąć to, że pacjent ją zaakceptuje, pozostawiając mu jednak możliwość zabiegania o inny punkt widzenia.

Szacunek dla bliźniego i tu właśnie jest główne zagadnienie. Co jest godne szacunku u drugiego, cóżby to było innego, jeżeli nie fakt, że jest on osobą? Pomimo powszechnych ruchów protestacyjnych, nie przejmujemy się trwogą, gdy, na przykład, poświęca się myszki laboratoryjne, tydzień po tygodniu, dla badania postępu choroby, lub skutków leczenia. Ale jaka groza by nas ogarnęła, gdyby w taki sposób używano ludzkich bytów! Ta sama groza ogarnęłaby tak niewierzącego, jak człowieka wiary, tego który wierzy w niebo i tego, który w nic nie wierzy. Ponieważ, począwszy od czasu dalekiej prehistorii, gdy to nasi przodkowie zaczęli grzebać swoich zmarłych, każdy wie, lub myśli, że osoby ludzkie są wyjątkowe, nie dające się zastąpić jedna drugą i ich cena jest więc nieskończona. Nie można ich odnieść do czego innego i porównać z niczym innym pod groźbą, że cała cywilizacja upadnie, jak to już jej grozi na niektórych jej peryferiach.

Po prostu nie możemy uprawiać medycyny na dającym się zaakceptować poziomie, jeśli najpierw tego nie uznamy i jeśli następnie nie zdecydujemy się oddać całej swojej wiedzy, całej swojej energii, całej swojej inteligencji w służbę osoby, która uczyniła nam ogromny zaszczyt powierzając nam swoje życie. Co, nawiasem mówiąc, pociąga za sobą stały wysiłek doskonalenia wiedzy, pogłębiania kultury, wykorzystywania swoich własności intelektualnych. I jakim pośmiewiskiem byłoby odsunięcie od działalności medycznej humanistów, aby zatrzymać tylko tych, którzy ślęczeli nad równaniami. Obdarzenie tytułem humanizmu jest najwyższym przywilejem przyznanym osobie, a więc też i temu, że ona przeżyje, a tam i tak jest jeszcze sporo pułapek. Można zrozumieć, że ludzie przedkładają

interesy grupowe, narodowe, czy na przykład religijne, szczególnie jeśli idzie o obronę przed groźbami zewnętrznymi. I sam lekarz, czy to jako obywatel i patriota, jest uczestnikiem tych konfliktów. Ale jednak nie zabierze żadnego życia, ani nie przestanie o nie walczyć, ponieważ w ten sposób zdradziłby swoją misję i swój wizerunek. Opowiadano, że jeden z wielkich mistrzów spośród tych, którzy uczyli moje pokolenie, profesor Pasteur Vallery – Radot stracił zaufanie generała de Gaulle, którego cenił, odmawiając, jako członek sądu doraźnego, głosowania za śmiercią zbuntowanego generała. Mówiono, że skazaniec miał wszelkie szanse na ulaskawienie. A profesor potrafiłby oddać swoje życie – które zresztą ryzykował – jeśliby generał de Gaulle zażądał go od niego. Ale był przede wszystkim lekarzem. Odmówił. Popadł w niełaskę i bolał nad tym. Ale nigdy nie żałował swojego wyboru.

EUTANAZJA PASYWNA. ZACIEKŁOŚĆ CZY UPÓR?

Sytuacja powinna skomplikować się wraz z pojawieniem się nowego żądania - pasywnej eutanazji medycznej, ściśle związanej z nowym określeniem – prawem do śmierci z godnością.

To, o co tu chodzi, to przerwanie leczenia wobec podmiotu, który nie jest w stanie śmierci mózgowej, ale który przedstawia takie uszkodzenia, które są nieodwracalne i medycyna może prowadzić tu tylko walkę opóźniającą. Może mieć tu miejsce gorąca dyskusja.

Na początku muszę powiedzieć, że zdarza mi się często, tak jak wielu z moich kolegów, praktykować tę eutanazję pasywną. Jeżeli rak zniszczył życiodajne organy i *rozwija się dalej* wbrew najlepiej prowadzonym zabiegom terapeutycznym, narzuca się specyficzne przerwanie leczenia. Wiadomo zresztą, że kontynuowanie leczenia, nawet tygodniami, do niczego by nie doprowadziło i że to przedłużenie wprowadziłoby wtórne skutki, zmęczenie,

nawet mękę, cierpienie, zupełnie bezużyteczne. Mielibyśmy tu prawdziwą zaciekłość terapeutyczną. Wszyscy rozwodzą się nad jej potępieniem – lekarze i otoczenie rodzinne. Trzeba zorganizować, jeśli to możliwe, komfort, złagodzić cierpienia, jeśli są, odjąć, ile tylko można, wlewy i aparaturę. W ogromnej większości przypadków świadomość pacjenta jest bardzo ograniczona. Pojawia się lekka śpiączka. Nic nie robimy, aby ją usunąć. Jeśli są oznaki cierpienia lub lęku, zmniejszamy je, kontrolujemy je, czy to za pomocą środków, które być może skrócą o kilka godzin życie, ale które usuną strach i cierpienie. Jest to często ostatnia posługa, którą możemy oddać istocie ludzkiej. Nie ma, jakby to powiedzieć, lekarza, który jej nie oddaje, po czym, według życzenia pacjenta, czy jego rodziny, wzywa księdza. Ale okoliczności, w których żąda się, lub sugeruje eutanazję pasywną mogą być zupełnie inne.

Czasami takie żądanie rodzi się z samego natężenia bólu. I jeszcze niedawno jedyną ucieczką, nawet przy braku jakichkolwiek nieodwracalnych uszkodzeń, było wprowadzenie prawdziwej śpiączki terapeutycznej, znieczulenia, które zarazem pozbawiało pacjenta wszelkiej świadomości i bardzo skracało jego życie. Dziś często już nie ma potrzeby uciekania się do tego typu skrajności. Bóle mogą być często kontrolowane całkowicie bez wprowadzenia utraty świadomości, kombinując środki morfino pochodne podawane ciągle za pomocą pompki w małych dawkach, z infiltracjami znieczulającymi, lokalnie skupionymi napromieniowaniami i środkami przeciwzapalnymi. I chory, tak jak go nam oddano, w sytuacji uważanej za beznadziejną, po trzech dniach odczuwa uwolnienie od wszelkiego bólu. Śpi, przechadza się, je. Mała pompka przyklejona do ściany brzucha podaje mu jeszcze środki uśmierzające ból, których podawanie jednak często zostanie wstrzymane. Ból, o wiele częściej niż kiedyś, został całkowicie poddany kontroli. A szczególnie ciężar fizjologiczny i psychologiczny, związany z bólem, został odjęty. Chory ma uczucie, że wyciągnięto go ze złych okoliczności. Odzyskuje nadzieję. Cóż jeszcze?

Wielu pacjentów zostało do nas skierowanych w sytuacji, gdy otoczenie myślało, że obowiązkiem lekarza jest coś zrobić, aby umarli „z godnością”, to znaczy, aby ich cierpienia i jęki zostały przerwane litościwym snem terapeutycznym. Prawdą jest, że mogli być ciężko niepełnosprawni z powodu dychawicy, zapalenia opłucnej, pogorszenia funkcji nerek. Ale to wszystko można kontrolować, zmniejszyć. Wiele rodzin jest nam wdzięcznych za to niespodziewane odroczenie i proszą nas o kontynuowanie naszych wysiłków. Niektórzy okazują nam sceptycyzm, który z trudem ukrywa postawę krytyczną i irytację. Inni mówią nam, że zawsze mogą zabrać swoich pacjentów z powrotem do domu...

Dlaczego to robimy? Z jednej strony, najpierw, aby przynieść ulgę, co jest naszą pierwszą misją, aby wypełnić oczywisty kontrakt, który pacjent zawarł z medycyną, jeszcze nawet zanim zachorował. Oczekuje się spotkania profesjonalistów, którzy w bolesnej i niebezpiecznej sytuacji zrobią rzeczy niemożliwe, aby ją poprawić. Jakiż byłby nasz upadek, gdybyśmy wybrali czynienie czego innego, zamieniając się w przeznaczenie i „usypiając”, nawet pod presją otoczenia, byt, który może odzyskać smak istnienia, nawet, gdyby chodziło tylko o kilka tygodni.

Ale nie robiliśmy tego tylko dlatego, aby zyskać kilka tygodni. Działaliśmy z nadzieją stworzenia sytuacji, w której walka o opóźnienie mogłaby być na nowo prowadzona. Pod presją chorych przyjęliśmy zwyczaj walczenia, i wypróbowania wszystkiego. To właśnie to profesor Lortat-Jacob, były przewodniczący Izby Lekarskiej, nazwał uporem terapeutycznym w odróżnieniu od zaciekłości terapeutycznej, a różnica jest wielka. Istnieją pacjenci, pośród tysiąca, którzy zawdzięczają życie, a nawet wyleczenie uporowi kilku lekarzy i chirurgów. Są wśród nich tacy, którzy nie wyleczeni, żyją z rakiem, lub z inną ciężką chorobą, w nadziei coraz częściej usprawiedliwionej, że nowe lekarstwa przedłużą jeszcze odroczenie, które im zostało przyznane, lub które nawet wyleczą ich – to znaczy pozwolą im umrzeć pewnego dnia na co innego.

A jest sprawą rzadką obecnie, aby nie było czego próbować - nowej procedury przyjęcia kompozycji leków, które oddzielnie zawodziły, dodania cząsteczki, która czyni lek, w innym wypadku mało aktywny... Można by tu wiele mówić o woli innowacji terapeutycznych i o sposobach, jakimi przeciwdziała się nim, w samym środowisku lekarskim, już nie mówiąc o ostatnich interwencjach prawodawcy.

Całe to leczenie oczywiście jest prowadzone za wyraźną zgodą pacjenta, który może kiedy tylko chce zawiesić je, odmówić stosowania go, lub domagać się odejścia od niego. Dotąd czekam na pierwszy przypadek takiej odmowy. Najgorsze, co może spotkać chorego, który jest świadomy, to zaprzestanie leczenia. Gdy takie zaprzestanie leczenia jest rzeczywiście usprawiedliwione, co w mojej praktyce zdarza się bardzo rzadko, wydaje się naprawdę niezbędne, z miłosierdzia wobec ludzkiego brata, dodanie do niego obietnicy podjęcia leczenia po kilku dniach, czy kilku tygodniach odpoczynku.

Ale wróćmy do uporu terapeutycznego. Często nie przebiega on bez nieprzyjemności, to znaczy bez poważnych skutków wtórnych. Ale pacjenci go akceptują, nawet gdyby był to powrót pewnego dnia do leczenia, które czasem już znają jako ciężkie i krępujące. I mamy tę radość, że możemy obserwować, tak jak wiele innych zespołów, częste małe cuda, nieoczekiwane poprawy, które zaskakują lekarza ogólnego, lub rodzinę. Mniej często zaskakują one pacjenta, który bardzo na nie liczył. Ale trzeba tu też powiedzieć na koniec, rzeczywistym życzeniem pacjenta – przekonałem się o tym przez lata konfrontacji z losem i chorobą – nie jest konieczne wyleczenie. Coś w nim mówi, że to nie jest możliwe. Rzeczywistym życzeniem jest otrzymanie prawdziwej szansy. Chodzi o to, by być pewnym, że nic nie zostanie zaniedbane, że będzie się czyniło wszystko to, co po ludzku jest możliwe. Życzeniem pacjenta jest spotkać zespół, który poprzez swoje czyny uzna, że życie, które mu zostało powierzone, ma wartość świętą. Odtąd można dojść do zrozumienia sensu

względności, zgody na to, że partia nie została wygrana i zawrzeć pokój z przeznaczeniem. Ale jednak nie czyni się tego i ma się zupełną rację.

Są jednak przypadki, gdzie, nawet, gdy ból został uspokojony, nie można zrobić nic użytecznego dla przedłużenia życia, o ile nie bierzemy pod uwagę raczej kilku dni, niż tygodni. Zdarzyło mi się, raz w życiu, wówczas spotkać się ze strony samego pacjenta z życzeniem czynnej eutanazji: osiemdziesięcioletni człowiek, chory na raka żołądka, osłabiony, lecz bez cierpień, wiedział, że nie opuści szpitala. Zażądał więc abym go zabił i zanim odpowiedziałem, nazwał mnie tchórzem. Dawny przełożony mojej żony z Ruchu Oporu użył argumentów osobistych i codziennie wywierał najsilniejszą presję. I wówczas, jedyny raz w moim życiu, zgodziłem się, nie na uczynienie aktywnego gestu, ale dałem mu ampułkę przezroczystego środka, strasznego, aby ją wypił, jeśli się na to zdecyduje. Oskarżył mnie, że dałem mu wodę. Przekonałem go, że nie, że jest odwrotnie. Uspokoił się, odstawił ampułkę. Umarł śmiercią naturalną kilka tygodni później. Wielka lekcja, o której nie przestaję do dziś myśleć... Przyrzekłem więc sobie nigdy więcej nie godzić się na takie żądanie. Ale nigdy nie musiałem wysilać się, aby dotrzymać przyrzeczenia, ponieważ od tego czasu żaden pacjent nie wypowiedział go.

„Towarzystwo” w ośrodkach opieki terminalnej byłoby być może rozwiązaniem takich sytuacji.

„GODNOŚĆ”

Wielu dobrze się mających przywołuje na poparcie swoich żądań legalizacji eutanazji prawo do śmierci z godnością.

Ale co to znaczy umierać z godnością? Gdzie umieścić godność? Jeżeli jest to dobre funkcjonowanie narządów wydzielniczych to trzeba poświęcić wszystkich tych, którzy latami korzystają z dializ nerkowych, wszystkich tych, którzy zaakceptowali, aby przeżyć, sztuczny odbyt. Jeżeli idzie tu o ograniczenie możliwości poruszania się, to trzeba by się pozbyć

niepełnosprawnych ruchowo. Jeśli idzie tu o funkcje mózgu, trzeba poddać eutanazji niepełnosprawnych umysłowo. Czy ból będzie znakiem braku godności? Jak powiedziałem, opanowanie czynności bólowych i lęku należy dzisiaj do reguły. Pielęgniarki zapewniają opiekę co do ciała i konieczną czystość (dzięki ich trosce poświęcanej tym trudnym czynnościom, które tylko one mogą wyświadczyć). Nawet rżenie oddechowe w przebiegu pół śpiączki, lub śpiączki, może być dzisiaj znacznie zmniejszone, a nawet usunięte. Dlaczego już wówczas przyspieszać czynnie śmierć gestem medycznym o tak strasznej dodatkowej wymowie? Czy zainteresowany tego potrzebuje? Rodzina często naciska, aby „z tym skończyć”, wysuwając racje, za którymi ukrywa się lęk, zmęczenie, już zaakceptowana żałoba. Dobrze się mający mówią o „godności osoby ludzkiej”. Chory czasem, w sposób tajemniczy, wychodzi ze swojej śpiączki, otwiera oczy, patrzy na otoczenie, potem zasypia, lub nawet wyraża jakąś mimiką, że dostrzega tego, który trzyma jego ręce i który gładzi go po twarzy. Wiem także, że w niektórych wypadkach, z głębi swego snu, dostrzega także, że opuszczono go w momencie, gdy prawdopodobnie istota ludzka najbardziej potrzebuje otoczenia. Jeśli idzie o lekarza, on chce zrównoważyć swoje zalecenia, aby przynieść ulgę bez agresji, towarzyszyć bez zwiększenia udręki, w szacunku dla tego życia, które gaśnie, tej jeszcze obecnej świadomości w najgłębszej śpiączce, a która nas opuszcza. Oskarżenia stawiane lekarzom, że nie zachowują godności umierających, mogę tylko całkowicie odrzucić. To, co jest niegodne, to traktowanie ich jakby już byli martwi, lub jakby już nie byli nic warte. Przeciwnie, oni zachowują prawo do wszystkich względów należnych żyjącym i więcej jeszcze, do okazywania współczucia i solidarności, gdyż postrzegają o wiele dłużej, niż sobie to wyobrażamy i, o wiele dłużej, niżby niektórzy tego chcieli. Argument godności ma jeden cel – nieświadomy, bardzo bym chciał to zaświadczyć – ochrony wygody tych, którzy dalej żyją.

EUTANAZJA CZYNNA

Jeśli idzie o żądanie czynnej eutanazji medycznej, to nacisk na jej stosowanie jest coraz większy, do tego stopnia, że tworzą się stowarzyszenia, działają grupy nacisku i nawet lekarze zaciągają się w szeregi tej krucjaty, o ile nawet nie odgrywają tam głównej roli. Na dalszych stronach zbadamy to, co stało się w krajach, które skapitulowały, w których eutanazja medyczna jest legalna. Ale najpierw trzeba zaznaczyć kilka aspektów.

SAMOBÓJSTWO

Czy lekarz ma coś do powiedzenia o samobójstwie? Zdarza się, chociaż bardzo rzadko, że chory dotknięty chorobą, o której wie, lub nawet tylko myśli, że jest nieuleczalna, kładzie kres swemu życiu. To zawsze jest dostrzegane przez lekarzy jako klęska, jako błąd w komunikacji, który nie mógł zapobiec wybuchowi lęku i przejściu do czynu. Z pewnością, każdy jest właścicielem swojego życia, odpowiedzialnym tylko przed Bogiem, jeśli wierzy w niego. Ale lekarz wie, że samobójstwo chorego rzadko jest gestem zamierzonym i rzeczywiście przemyślanym. Ponieważ za młodu byłem reanimatorem, wiem z doświadczenia, że wiele usiłowań samobójstw, które pociągały za sobą godziny i dni walki, nie zostało następnie powtórzonych, gdyż zainteresowany zmienił punkt widzenia. To zresztą usprawiedliwiało te ogromne wysiłki. Podobnie lekarz, w ogromnej większości przypadków, nie ma pokusy pochwalenia tego czynu. Ani, tym bardziej, jego ułatwienia. Czy mielibyśmy dziś wyrzucać sobie, w imię wolności, to, że spędziliśmy noc na walkę o to, aby nie zgasł mały płomyk, który jeszcze się tlił u desperata? Samobójstwo z „asystą medyczną” nie spotka się z łatwiejszą aprobatą niż czynna eutanazja. Nie nauczyliśmy się tego rzemiosła, nie po to pochylaliśmy się tyle lat nad przedłużaniem życia, aby pomóc je przerwać, wówczas, gdy, przypomnijmy to, są dzisiaj wszystkie środki aby zmniejszyć ból, lęk, a nawet niewygodę ostatnich dni życia, któremu nie możemy przeszkodzić zasnąć.

ŚMIERĆ SPROWOKOWANA PRZEZ KOGOŚ Z BLISKICH I SAMOBÓJSTWO W ASYŚCIE.

Ta sytuacja, każdy to czuje, może być tylko wynikiem strasznej walki sumienia, być może opartej na wcześniejszych obietnicach, psychicznym wzburzeniu, lub szaleństwie we dwoje, albo też przeciwnie, granicznej odwadze, geście miłości, który powoduje to, że ten, który pozostaje przy życiu, nie boi się potępienia. Można tylko zachować ciszę nad tymi czynami i nawet być może wzbronić się przed ich sądzeniem.

Ale trzeba być niesłychanie czujnym wobec ruchów dotyczących „samobójstwa w asyście”, a w danym wypadku w asyście bliskich. Idzie w końcu o ruch przynoszący dochód. W Stanach Zjednoczonych ukazała się książka: „Final Exit: The Practificalities od self Deliverance and assisted Suicide for the Dying”, która sprzedała się w czterdziestu tysiącach egzemplarzy w kilka tygodni. Inna ukazała się w Wielkiej Brytanii: „How to Die with Dignity”. Obydwie są, właściwie mówiąc, receptami pozwalającymi umrzeć bez bólu. W obydwu krajach towarzystwa lekarskie zaprotestowały. Ale pozostaje wielkie i różnorodne niebezpieczeństwo: w książkach tych mówi się o tym, jak ożywiać i rozprzestrzeniać mordercze idee. Można obawiać się, że dorastający ludzie posłużą się nimi, na szaloną myśl, że mogą nie mieć przyszłości. Jest wreszcie niebezpieczeństwo, że chorzy, których stan zdrowia mógłby się poprawić, na czas zawsze niepewny, również tym się posłużą. Na dowód chcę przedstawić tylko deklaracje pacjentów – około dwudziestu rocznie – którzy podczas wizyty mówią: „Doktor Jakiśtam powiedział mi, że nie mógł już nic dla mnie zrobić”. Otóż z jednej strony jest to często fałsz. Lekarzowi brak entuzjazmu lub wyobraźni, a liczni są moi pacjenci, którzy usłyszawszy przedstawioną im strategię ratunku, z tym, co może ona przynieść niepewnego, ale także zapoznani z perspektywą sukcesu, odzyskują odwagę i decydują się

walczyć. Z drugiej strony, jak można tak po prostu powiedzieć choremu: „Już nic nie można zrobić” i podnieść się, aby zamknąć spotkanie? Ale być może odchodzę od tematu...

SAMOBÓJSTWO „Z TOWARZYSZENIEM LEKARZA”

Artykuł, który ukazał się w 1990 roku w „New England Journal of Medicine” oskarżał postępowanie lekarza amerykańskiego, który „towarzyszył” jednej ze swoich pacjentek dostarczając jej substancji do zastrzyku i przygotowując zastrzyk, który sobie sama zrobiła. Lekarz ten został pochwalony przez licznych członków pewnego stowarzyszenia dobrze się mających, ale nie znalazł żadnego poparcia wśród swoich kolegów. Pytam się, śmierć była prawie momentalna, czy odszedł dumny z siebie i czy przeszedł do bieżących spraw? Dla różnych racji, już przytoczonych, nie jest możliwe, by społeczeństwo zniżyło się aż do żądania od swoich lekarzy, aby stali się zabójcami. Nic nie możemy zrobić, jeżeli bliski zdecyduje się skrócić cierpienia kochanej istoty – tym bardziej, że, powtórzmy to, jest wyjątkiem, że cierpienia nie mogą być usunięte. Ale żądać od lekarza pomocy w tym, to doprawdy narazić się na wielkie ryzyko błędnej drogi, jakiegokolwiek byłyby prawne bariery ochronne – jest to żądanie od niego czynu przeciwnego jego naturze, jego powołaniu i jego usprawiedliwieniu bytu ludzkiego. Jeszcze raz, zamknijmy oczy na samobójstwo w asyście bliskich, ale nie wplątujmy w to lekarzy.

AKTYWNA EUTANAZJA MEDYCZNA

Co więc mówić o tym innym natarczywym żądaniu: legalizacji śmierci zadawanej przez samego lekarza?

Czy chcemy, aby wszyscy lekarze zmienili skórę i stali się zaprzeczeniem tego, czym zawsze chcieli być? Lub, czy chcemy, aby pośród zawodu lekarskiego powstał korpus specjalistów od śmierci, nauczanych, a potem opłacanych, aby usuwać swoich bliźnich?

Nigdy żadna inna cywilizacja nie żądała tego od swoich lekarzy. Nigdy w żadnej innej cywilizacji lekarze, magowie, szamani, uzdrowiciele, nie ulegli takiej pokusie i nie domagali się usilnie aby pozwolono im oddać się takiej aktywności. Możemy sobie wyobrazić, że większość lekarzy gwałtownie zareagowała. To z ich strony wcale nie jest jakaś nieczułość na cierpienie drugiego. To bunt przeciw takiemu wywróceniu ich misji.

Ale żądania te wzrastają dziś w społeczeństwach zachodnich. To nie jest bez związku z nowym obrazem medycyny, ani z zachowaniem się pewnych lekarzy, ani z ogólnym zapomnieniem obowiązków, o których już mówiłem, za które odpowiedzialność ponoszą zarówno lekarze, jak i społeczeństwo. Dlaczego miano by wstrzymać się przed pewnym wywróceniem tego zawodu, gdy się czyni wszystko, aby go poniżyć od dziesiątków lat i który czasem pozwala sobą manipulować. Dobrze się mający chcą osiągnąć to, że lekarze będą mogli w pełni legalnie zabić chorych na koniec życia. A przy tym zobaczono słabość kryterium określającego koniec życia. Dokąd to może dojść? Nadszedł czas, aby zbadać to, co dzieje się u naszych drzwi, w Holandii, która nas wyprzedza o kilka lat na tej drodze, a także gdzie indziej.

EUTANAZJA I CI, KTÓRZY SIĘ DOBRZE MAJĄ

Spotkamy tu tych, którzy walczą o wszystko. Nie ma sprawy, dla której nie znajdą się osobnicy gotowi defilować z gwałtownością, obrzucać inwektywami tych, którzy nie myślą tak jak oni i przypisywać im niepożądane i perwersyjne racje. Nie powinno to zaskakiwać, gdy widzieliśmy przez trzy generacje postaci o "wielkich sumieniach", które mobilizowały się dla poparcia najbardziej tyrańskiego na świecie reżimu i oskarżały o bezecność tych, którzy zachowywali oczy otwarte.

Także dzisiaj, "wielkie sumienia" na nowo zbierają się, aby żądać od lekarzy wykańczania chorych, dla których już nic nie mogą zrobić. Oni zachowują cnotę i bronią jej

przed tymi zaciekłymi sadystami, którymi w swej większości są lekarze, prawdopodobnie znajdujący ukojenie w cierpieniu bliźnich i ich nieszczęściu.

Oczywiście nie idzie tu już o ból fizyczny, ponieważ dobrze wiedzą, ci dobrze się mający, że ten problem, jak już mówiłem, jest w swej istocie rozwiązany (o ile tak zupełnie nie jest, to trzeba protestować wobec zespołów, które tym się zajmują). Idzie im o godność, nie dającą się pogodzić z utratą autonomii. Trzeba przecież wiedzieć, że godność znika, gdy śmierć się zbliża, więc trzeba zabić bez zwłoki. To całkiem nowe żądanie rozwija się niestety w kontekście już opisanym, gdzie, z jednej strony, koszta zdrowia stają się coraz większym ciężarem a, z drugiej strony, śmierć już jest nie do zniesienia, również jako scena cierpienia. Nasze osłabione oczy są atakowane przez obraz gasnącego życia. Trzeba z tym szybko skończyć. Nasze delikatne sumienia nie zniosą przypomnienia, że ciało zużywa się, walczy, a potem poddaje się. Trzeba jak najszybciej oddalić to w ciszę i cień. To właśnie lekarze mają być posłuszni i uwolnić nas od tych scen, które są najwyższym zgorszeniem dzisiejszych czasów. Można ewentualnie przyzwyczaić się do narkotyków, do mafii, do pornografii rozłożonej przed oczyma dzieci w kioskach, ale umierający powinni mieć na tyle przyzwoitości aby nie spóźniać się, a lekarze powinni być na tyle przyzwoici aby nie pozwolić przeżyć temu, który przegrał...

Niektórzy dobrze się mający być może mają nadzieję, że jeśli zatryumfują, oszczędzą sobie, gdy ich chwila nadejdzie, przejścia, którego się boją. Ale to nie ci są większością. Większość tych bojowników tworzą postaci, które uważają się za podpory powszechnych interesów rodzaju ludzkiego. Są to materialistyczni ateści, którzy wmawiają sobie, że nie ma nic niepoznawalnego, że życie i świadomość to zjawiska przygodne, przypadkowe. Niech tak będzie. A więc dlaczego nie iść dalej, nie naśladować Spartan, którzy zrzucali ze skały niepełnosprawne noworodki, lub lepiej, żądać od położników, aby to robili. Wyeliminować, jak to robił Hitler, niepełnosprawnych umysłowo, a nawet, jak to już jest w niektórych

krajach, zadowalać się przy zaawansowanym raku tylko opieką zapewniającą komfort i nie używać środków przeciwrakowych... i raczej popularyzować książki w rodzaju "Samobójstwo - jak to zrobić", niż zakazać ich sprzedaży, jak to zrobiono, i być może zachęcić niektórych lekarzy do umieszczenia na swoich tabliczkach określenia "samobójstwo z asystą"! Nie zapominając oczywiście o dyskusjach, na przykład o prawnych sankcjach stosowanych wobec lekarzy, którzy uchylaliby się od swoich obowiązków i nie praktykowałiby eutanazji na życzenie, i oczywiście o negocjowaniu z Kasą Chorych taryf, tak jak za ekspertyzę...

Dlaczegoby też, podobnie, jak dąży się do eksportu technologii i demokracji do krajów, które o to nie zadbały, nie iść nauczać w Afryce, Ameryce Południowej, w Indiach, w Bangladeszu medycznych sposobów skrócenia cierpień wszystkich zagłodzonych, wszystkich dotkniętych nieuleczalnymi pasożytami? Nie zachowujmy dla siebie dobrodziejstw cywilizacji! Musimy głosić wszędzie nowe wartości. Być może też powinniśmy domagać się od zespołów Lekarzy bez granic i Lekarzy świata poświęcenia się, w prostocie ich akcji solidarności, interwencji wobec tych nieszczęśliwych, zanim stracą godność... a, co za różnica, jeżeli, jak w Holandii, pojawi się kilka nieuniknionych wynaturzeń...

Nie mogę tu powstrzymać się od porównania postawy tych dobrze się mających bojowników z postawą innych, im podobnych, którzy defilują, skarżąc się, że lekarze ukrywają przed nimi prawdę i że oni chcą "przeżyć swoją śmierć" w pełni świadomości, ale którzy, gdy ktoś z ich bliskich zostanie dotknięty rakiem, rzucają się do lekarza, prosząc go, aby nic nie powiedział. Oni są bohaterami, ale nie ich krewni. Lata spotkań z mężczyznami i kobietami wszystkich stanów przekonały mnie, że zdrowi są najbardziej niezdolni do rozmowy o chorobie. Freud, który według mnie bardzo się pomylił, słusznie jednak pewnego dnia oświadczył, że nieświadomy uważa się za nieśmiertelnego. Jest to prawda, jeśli idzie o zdrowych. Nic nie wiedzą o tym, jak choroba i lęk wpływają nawet na ich najbliższych.

Lekarz może traktować ich manifestacje tylko jako gestykulacje ... i przede wszystkim słuchać chorych.

EUTANAZJA I RODZINY

Na szczęście ogromnej większości rodzin nigdy nie przyjdzie do głowy myśl o żądaniu przeprowadzenia eutanazji u ich chorych. Ci "opóźnieni" zajmują się tylko ewentualnym cierpieniem fizycznym i moralnym. Rozmawiamy z nimi. Tłumaczymy im, że z braku miejsc w zbyt nielicznych centrach towarzyszenia w fazie terminalnej, my zajmiemy się problemem, między innymi dzięki szpitalnemu centrum bólu. Jesteśmy świadomi, że jedną z ostatnich przysług, które możemy oddać temu naszemu bratu jest opanowanie bólu i złagodzenie lęku, nawet za cenę uśpienia terapeutycznego, które niesie tę niekorzyść, że przerywa świadomy kontakt między tymi, którzy się kochają. Na oddziale szpitalnym, gdzie są umierający, nie ma krzyków, jęków, ani rżenia. Obecne są rodziny, ból jest dla nich, a nie dla ich pacjentów. I otrzymujemy listy z podziękowaniami nie tylko za to, że opanowaliśmy cierpienie, ale jeszcze i szczególnie za to, że zyskaliśmy czas, zachowaliśmy życie tak długo, jak to było możliwe, nawet gdy wiedzieliśmy, że jest ograniczone. Rodziny w tych przypadkach myślą i mówią, że istotnym obowiązkiem jest walczyć, nie opuszczać chorego w jego walce, a także zachować go dla spojrzeń i czułych kontaktów z jego bliskimi.

Ale są i inne postawy. Zdarza się, że żądanie eutanazji jest wyraźnie formułowane przez bliskich, nawet gdy nie ma bólów, nawet w przypadku spokojnego snu. Nie wiem, co dzieje się na innych oddziałach szpitalnych. Na moim delikatnie wyprowadzamy za drzwi autora takiego żądania, mówiąc, że nie czujemy się uprawnieni do popełnienia takiego czynu, ale że dbamy o komfort cielesny pacjenta i o jego komfort moralny, jeżeli jest świadomy. Oferujemy, jeżeli rodzina życzy sobie mieć swojego chorego w domu, zorganizowanie

przewiezienia i nawiązanie kontaktu telefonicznego z lekarzem leczącym chorego, aby uzgodnić potrzebne leczenie. Wszystko to dzieje się w spokoju i zrozumieniu.

W innych przypadkach, niestety licznych, tak nie jest. Otoczenie rodzinne nie domaga się wyraźnie eutanazji, ale okazuje agresywną niecierpliwość, która obiera sobie za cel pielęgniarki i lekarzy, dziwi się udzielanej opiece... Czasem jest podniesiony głos. Dlaczego ten lekarz nie rozumie sam z siebie, tego, czego nie ma się odwagi od niego żądać? Jaki mają sens te lekarstwa, gdy nie idzie o wyleczenie?

Ale co wyraża to żądanie, co najmniej nie usprawiedliwione i nie sformułowane? Przecież pacjent nie cierpi, lub też dobrze śpi, lub też, jeżeli jest świadomy, odbiera terapię jako świadectwo tego, że nie jest opuszczony?

Boję się, że tym, co dominuje, nie jest przywiązanie, ani miłość, ale rodzaj półświadomej samoobrony. Ten oczekiwany koniec jest zbyt trudny do zniesienia. Odsyła on do zbyt wielu lęków osobistych, negatywnych wyobrażeń, lęku przed swoją własną śmiercią, która aż dotąd nawet nie musnęła tych dobrze się mających. Ta walka, która będzie przegrana, jest walką, która też i mnie pewnego dnia czeka i którą ja także przegram. Litości, nie każcie nam tego zbyt długo znosić. Chcemy być pośród żywych, oto wszystko, nawet pośród żywych i martwych, ale daleko od tego pośredniego stanu, który nas odsyła do naszych atawistycznych lęków. Dla przyczyn, które uważają za dobre, te rodziny spieszą się. I znajdują wdzięczne uszy pośród dobrze się mających ze swego otoczenia, którzy im wtórują. Jak okrutni są ci lekarze czuwając nad tym ognikiem, zamiast go szybko zdmuchnąć.

Wyjątkowo żąda się powrotu chorego do domu na te ostatnie dni. Jest praca, dzieci, brak miejsca, koszt pielęgniarki, negatywne rady lekarza rodzinnego, który nie chce sobie pozwolić się w to wplątać. Niech pacjent znajdzie się w królestwie umarłych tak szybko, jak to jest możliwe i daleko od oczu. Na szczęście człowiek Zachodu, w końcu XX wieku, nie jest zobowiązany poddawać się temu spektaklowi, do tego stopnia nie na miejscu... Jednak,

czy nie powinien on rozumnie, duchowo, towarzyszyć tym których kocha i których kochał, zamknąć im oczy i ucałować czoło, gdy uszło życie? Czy ma tylko ogłuszać się szybko następującymi po sobie obrazami telewizyjnymi, które zostawiają w jego świadomości efemeryczny ślad szybko zastępowany innym? Czy już nigdy nie wejdzie w siebie, aby pomyśleć o wspólnym losie? Czy już tylko musi uciekać od przymusu rzeczywistości? Miłość, nawet dla niewierzących, jest modlitwą. Ale jak kochać, gdy nawet ta modlitwa jest usunięta, zakazana w bałaganie hałasu, który zastępuje ciszę wewnętrzną i skupienie?

Zdarza mi się czasem obserwować także przeszkody ekonomiczne, to, że wielu bliskich po prostu nie może opuścić pracy, aby otoczyć bliską osobę opieką w jej ostatnich dniach. Ale tego argumentu walczący o eutanazję jeszcze otwarcie nie użyli.

Nie wszędzie obserwujemy to prawdziwe odrzucenie, ani u ludzi prostych, których serce jeszcze umie mówić, ani u innych, którzy zachowują pytania metafizyczne lub wręcz wiarę. Także nie ma tego w trzecim świecie, ani w bardzo starych cywilizacjach, gdzie przetrwał sens świętości. Ale mieszkaniec Europy traci swoje korzenie, szuka w życiu celów, których ono nie miało i zapomina o tysiącletnich wartościach. Lekarz ciężkich chorób ze swojego miejsca obserwacji rejestruje te niepokojące zmiany i pyta, dokąd one zaprowadzą. Stwierdza zresztą z niepokojem, że niecierpliwość, o której mówiłem, nie ogranicza się do okresu bliskiego śmierci.

W iluż to wypadkach, coraz bardziej licznych, krewny telefonuje lub pisze, przed pierwszą wizytą, prosząc, aby diagnoza nie została ujawniona - co jest równoznaczne z nie zaproponowaniem niektórych sposobów leczenia, a więc nie ofiarowaniem wszystkich szans. Anonimowy dobrze się mający, już o nim mówiłem, maszeruje oskarżając lekarzy o to, że ukradli mu śmierć, domagając się prawdy, całej prawdy. Ale jeśli miałby w rodzinie chorego i nagle wydałoby mu się, że ten ostatni jest mniej zahartowany od niego, będzie mówił, że nie zniósłby on prawdy, i że trzeba ją przed nim ukryć za wszelką cenę, nawet gdyby to była cena

skrócenia mu życia. Jaka byłaby zresztą cena przedłużenia życia? Lub też jest zdrowy, i oto zostaje dotknięty chorobą, która nawet poważna, nie zagraża nieświadomej wierze w nieśmiertelność fizyczną i wszystko idzie dobrze. Lub też ma się raka. W oczach osoby "normalnej" nie należy się już do świata żyjących. Po co więc walczyć? Są bardzo liczne przypadki, o których mówiłem, już na początku leczenia, które wskazują, że rokowanie już bardzo szybko nie będzie pomyślne i że trzeba by małego cudu biologicznego, aby nastąpiła remisja. Ale czasem zdarza się, że sytuacja poprawia się, że siły powracają. Utrzymać tę remisję będzie można tylko przedłużając leczenie w sposób stały, z jego niewygodami i niedogodnościami. Nikt nie może powiedzieć, czy spodziewany zysk będziemy liczyć w tygodniach, czy latach (na szczęście zdarza się coraz częściej, że są to lata). Za mojego doświadczenia chory nigdy nie przerwał leczenia. Ale są rodziny, w których zwycięża niecierpliwość. Małżonek, lub dziecko wymyśli sobie, że trzeba będzie przeżyć ciężkie tygodnie. I oto minął rok, lub półtora roku, w sytuacji, którą pacjent ceni, ale o której wie, że jest niepewna. Do czego służą te wszystkie wysiłki? Czy nie jest on okrutny trwając w tym? Czy lekarze nie robią "doświadczeń"?

 Nie pojawia się tu jeszcze jasne żądanie. Ono ujawnia się poprzez agresywność, która wyraża się pod jakimś pretekstem, pytaniem o sens i wartość tego dziwnego życia, które pewnego dnia powinno się zakończyć.

 Przypadkiem jeszcze bardziej karykaturalnym i częstym jest badanie dokumentacji, któremu, pomimo wszystkich naszych wysiłków, nie możemy zapobiec. Bliski roście sobie prawo dowiadywania się o istotę leczenia i o rokowania, nie uprzedzając o tym zainteresowanego. Zaopatrzony w odpowiedzi na swoje pytania będzie osądzał, po konferowaniu z innymi dobrze się mającymi ze swego otoczenia, czy "to warto" leczyć chorego, czy lepiej nie dać mu spokoju i pozbawić go szans. Ponieważ idzie tu o chorobę o tak niepewnym wyniku, jak rak, w wielu wypadkach mogę tylko potwierdzić moją niewiedzę

- określić margines skuteczności leczenia i margines przeżycia, gdy wyleczenie wydaje się być niemożliwe i oświadczyć, że według mnie jedynym, któremu można powierzyć decyzję jest sam chory. (Jeśli idzie o dziecko, jest to oczywiście inaczej, ale ciekawe, że rodzice wybierają zawsze dla swoich dzieci terapię najbardziej agresywną. Wynika to być może tylko z bezinteresownej miłości, ale utrata dziecka jest takim okaleczeniem...)

W ten sposób mamy, wychodząc od żądania eutanazji czynnej, konspirację na rzecz eutanazji biernej, otaczającą chorych na raka. Obok większego poświęcenia, bezwarunkowej, choć trudnej obrony życia, nawet skróconego, istoty który się kocha, widzimy pojawiający się - i rosnący od kilkunastu lat - rodzaj pozbawienia odwagi, fatalizmu w otoczeniu rodzinnym, w którym widać, że żądania nie były zawsze wolne od ukrytych myśli. Najbardziej zdecydowani domagają się, aby położyć kres cierpieniom kochanej istoty i aby prawo nawet nakazywało lekarzowi to czynić. Najlichniesi, mniej zdeterminowani, poniekąd uważają, żeby nie podejmować walki z losem bardziej, niż im się to wydaje rozsądne... lub znośne. Chcieliby zasugerować, aby wsunąć do portfela ich drogiego chorego papierek proszący o eutanazję, jeśli sytuacja stanie się "delikatna".

Wielu lekarzy, niestety, godzi się na taką grę, radząc rodzinie nie konsultować onkologa i dając fałszywą diagnozę. Jestem pewien, że robią to z czystym sumieniem. Ale czy postępowaliby tak wobec siebie samych, lub kogoś ze swoich bliskich? Łatwo jest przyznać sobie czyste sumienie, jeśli idzie o życie drugiego. Nie ma tygodnia, abym nie przyjmował pacjenta zbyt późno, ponieważ gdy był jeszcze odpowiedni czas, lekarz radził rodzinie nic nie robić, a więc nic nie mówić. Otóż, gdy od więcej niż dziesięciu lat onkolodzy utrzymują, na przykład, że chemioterapia stosowana natychmiast po operacyjnym usunięciu raka układu pokarmowego poprawi znacznie rokowanie, chirurdzy do niedawna i jeszcze wielu ostatnio, radzą wstrzymać się „bo to niczemu nie będzie służyć”. Prawdziwa odroczonego bierna eutanazja, którą kilka rodzin odrzuci i którą wielu pochwali.

EUTANAZJA I CHORY

Czytelnik zauważy zapewne, że objąłem serdecznymi uczuciami raczej chorych, niż zdrowych, to znaczy rodziny, czy tym bardziej "społeczeństwo", które liczy koszty.

To dlatego, że właśnie chory, przeciwnie do wielu innych aktorów dramatu, ogólnie biorąc, nie sprzyja temu, co się wokół niego wyprawia. Nie mówię tu o osobie, która od trzech lat jest na oddziale reanimacji, a jej przeżycie zależy od różnych maszyn i daje do zrozumienia, że chciałaby zawiesić swój udział w tym. Ani o tej, której dano do podpisania, zanim sytuacja się pogorszy, żądanie eutanazji odroczonej. Mówię o pacjencie, który przychodzi na oddział onkologiczny. Czasem po latach walki, świadomy, cierpiący i znużony.

Przyjąłem kilka lat temu, w czasie gdy debata o eutanazji medycznej zajęła po raz pierwszy media, pacjentkę, która przebyła sześćset kilometrów w karetce pogotowia w bólach pochodzących z rozsianych przerzutów kostnych. Jeszcze nie potrafiliśmy dobrze używać środków uśmierzających ból. Przybyła wówczas szukać hipotetycznego środka na swój ból. W korytarzu, który prowadził do jej pokoju chwyciła za rękę pielęgniarkę i zapytała: "Czy pani jest pewna, że tu nie praktykuje się eutanazji?"

Inna pacjentka kazała się przywieść na konsultację wówczas, gdy na skutek różnych przypadków losowych i leczenia, leczenia które sukcesywnie zawodziło, miała tylko tułów z amputowanymi dwiema nogami i miednicą, chirurdzy wypracowali ujścia do opróżnień. Była wielkim obciążeniem dla rodziny i prawdopodobnie dla siebie samej, a na pewno w sytuacji, którą wielu dobrze się mających uważałoby za pozbawioną wszelkiej godności. Ale przyszła mnie prosić o leczenie i nadzieję i je otrzymała. Nie chcę myśleć o tym, jakby potraktowano jej wypadek w Holandii.

To, co mnie uderza przez tyle lat spędzonych przy łóżku pacjenta w często poważnych przypadkach, a czasem "zbyt poważnych", to to, że pacjenci dochodzą do poczucia względności. Już nie są za polityką wszystkiego lub niczego. Zgadniają się na pomniejszenie,

aby tylko przeżyć i zgadzają się na przeżycie nawet jeśli czują, że choroba zabierze ich pewnego dnia. Wiedzą też, że stały postęp przedłuży ich nadzieję na życie i że mogą oczekiwać przewrotu terapeutycznego. Chcą skorzystać z wszystkich istniejących szans, jak najmniejsze by one nie były i zadowolają się nimi bez agresywności ani zgorzknienia, lecz z nadzieją, czasem humorem lub szczyptą sceptycyzmu, kiedy indziej z lękiem, który domaga się tylko tego, aby pozwolić mu się uspokoić. Tam, gdzie osoby z zewnątrz mówią: lekarze "eksperymentują", lub gdzie jakieś komitety etyki długo zastanawiają się, zanim zgodzą się na nową procedurę, zainteresowani oświadczają nam z całą prostotą: chętnie będę służył za świnkę morską, jeśli trzeba. Dobrze wiedzą, że nie są dla nas świnkami morskimi, ale podmiotami, których życie jest dla nas cenne. Ale ryzykują użycie tego określenia aby dodać nam odwagi.

Próbuję tu odmalować presję, którą chorzy wywierają na nas, aby dać im wszystkie szanse. Nie rezygnują nawet wtedy, gdy lekarz im mówi - jak on to może?! - "już nie ma nic do zrobienia". Idą szukać drugiego. Jeśli znajdą zespół, który im odpowiada, akceptują zmiany postępowania, czasowe klęski i strategiczne wiraże, które z nich wynikają, jeżeli tylko wyjaśnić im ich sens. Rozumieją trudności terapeutyczne i mówią: "Ach! Doktorze, wiem, że nie ułatwiam zadania" i przychodzą punktualnie na wszystkie wizyty. Wielu, większość, daje dowód zaskakującej odwagi w jaką tylko chciałoby się wierzyć, równowagi ducha, której nie oczekiwaliśmy na początku. Ona wypracowuje się po trochu, w takim samym czasie, co zaufanie. Iluż, wyciągniętych z trudnych przejść podejmuje walkę bez skargi i nawet bez zbędnych pytań o czas, który im pozostał, czy margines nadziei. Trwają i dodają nam odwagi do tego samego.

Nie mogę powstrzymać się od myśli, że jeślibym skorzystał z upoważnienia do czynnego skrócenia jego życia zapisanego w "testamencie" znalezionym w portfelu chorego, podczas gdy on znajdowałby się w półśnie, to popełniłbym prawdziwą zbrodnię, nawet,

gdyby to było z poparciem rodziny, prawa i intelektualistów z Saint-Germain-des-Près. Iluż to widzieliśmy chorych dotkniętych rakiem płuc z przerzutami do mózgu i w śpiączce, którzy odpowiednio leżeni - i mający także, to prawda, szczęście po swojej stronie - byli, półtora roku później, bez objawów. W niektórych krajach przekonano by ich do podpisania tego żalostnego świstka papieru, a potem z okazji śpiączki poddano by eutanazji przy oklaskach tłumu. Jest tu materiał do kilku refleksji. Tacy pacjenci są rzadko uleczalni, to prawda. Ale oni chcą trwać, tu w tym stanie, najdłużej jak się da, a my, ci inni, lekarze składaliśmy ślubowanie, że im w tym pomożemy. Odrzucam i oni odrzucają także wraz z nami, oskarżenie o zaciekłość terapeutyczną w takich sytuacjach. Wykonujemy tylko nasz obowiązek wobec osób. Czynimy go także wobec gatunku, poprawiając naszą wiedzę i naszą zdolność interwencji. I to bez oznaczania przez "losowanie" grupy, która będzie leczona i grupy, która nie będzie. Nie jestem pewien, czy biostatystyk dotknięty przerzutami mózgowymi poddałby się chętnie takiemu losowaniu. Ani któryś z tych o wielkim sumieniu, którzy walczą o eutanazję wówczas, gdy nie wiedzą, czym jest choroba.

EUTANAZJA I LEKARZ

Nie mogę nie powrócić do tego konkretnego przypadku. Pod koniec Drugiej Wojny Światowej zostałem oddzielony od moich rodziców, którzy pozostali w strefie Południowej. Powróciwszy do Paryża pod fałszywym nazwiskiem, próbowałem w wieku 18 lat wypełnić swój obowiązek, pytając się, czy wola mojej matki wyrażana od mego dzieciństwa, spełni się pewnego dnia. Chciała ona gorąco, abym został lekarzem, ponieważ w jej oczach by to zawód szlachetny, użyteczny i wolny. Po różnych perypetiach zostałem nim, ale dopiero wiele lat później zrozumiałem, do jakiego stopnia miała ona rację. Mam listy z drugiego świata, wysyłane przez pacjentów pod koniec życia, pacjentów, którzy domyślali się, że otrzymam je dopiero po ich śmierci i którzy dziękowali mi za to, że dałem im tak długie odroczenie.

Napotykałem wzrok zarazem zalękniony, jak i pełen nadziei, wzrok pełen zaufania, oznaczający, że jestem akceptowanym narzędziem przeznaczenia w trudnym czasie. Spostrzegłem, że poprzez mnie to medycyna i społeczeństwo zostały obdarzone tym zaufaniem, ponieważ osoby pośród przeciwności znalazły pomocną podporę. Kierowane są do mnie posłania słowne i bezsłowne podczas każdej wizyty na oddziale, podczas każdej konsultacji, które mówią: "Kontynuujcie wasze wysiłki, dziękuję za wasz upór i waszą wyobraźnię". Przypominam sobie nadzwyczajną osobowość, byłego członka komando Kieffer, który przeżył straszne walki 6 czerwca 1944 r., a który przyszedł do nas z powodu odnowionego raka płuc. Przeszedł remisję, następnie kilka miesięcy później nastąpił nawrót i próbowaliśmy na nim jeszcze nie używanej kombinacji lekarstw, której nigdy nie stosowano przy tych wskazaniach. Ku naszemu zaskoczeniu, ale także i jego, zanotowano nowe ustępowanie choroby. Świadomy obserwator tej walki, zatrzymał za rękaw naszą siostrę przełożoną, aby jej powiedzieć: "To nadzwyczajne. Jeszcze coś znaleźli". Przeżył tylko kilka miesięcy i przed śmiercią zrobił mi prezent z przedmiotu, który cenił najwyżej, a który troskliwie zachowuję. Mam zbyt dużo pamiątek tego rodzaju, zbyt dużo obrazów istot, które stanęły bohatercko wobec przeciwnego losu i stały się moimi braćmi, aby zgodzić się na obowiązek, możliwość, zadania pewnego dnia w ciągu minuty śmierci drugiemu, nawet, gdy ona nazywa się "łagodna". Jeżeli dobrze się mający myślą, że życie nie ma w sobie nic świętego, chorzy widzą sprawy inaczej i lekarz stopniowo zaczyna rozumieć, że to właśnie oni mają rację. Zresztą, wyjąwszy przykład przytoczony na początku tej książki, nieliczni chorzy, którzy zrazu prosili mnie, żeby później, gdy sprawy staną się trudne, pomóc im umrzeć, nigdy nie ponowili swojego życzenia w dniu, w którym stało się ono, być może, aktualne. Wiele to mówi o ważności "testamentu" przechowywanego w portfelu. Nie czynili już do tego najmniejszej aluzji, do tego stopnia, że pytałem siebie, czyżby zupełnie wyparli ze świadomości dawne życzenie. W co w końcu wierzę.

EUTANAZJA I SPOŁECZEŃSTWO

Jeszcze kilka słów o niebezpieczeństwie społecznym, jakie ściągamy na siebie.

Społeczeństwo, które zalegalizowałoby eutanazję niezależnie od zabezpieczeń, jakie mogłyby być, najpierw by wpadło w nieuniknione nadużycia. Już widzieliśmy to, co stało się w Holandii, a być może znamy tylko szczyt góry lodowej. Zbyt wiele interesów gra przeciw przedłużeniu ludzkiego życia, aby nie obawiać się najgorszego.

Oczekiwanie na dziedziczenie majątku jest często bardzo długie. Niektóre sytuacje są nie do zniesienia dla moralnie słabego otoczenia. Inne sytuacje materialnie trudne... Gdy to nie spotka się z wystarczającym oporem, może powstać mieszanka wybuchowa. Prawdą jest, że legalna eutanazja, przedstawiona w zręczny sposób zdrowym, czy też chorym w początku choroby i zrealizowana, gdy sprawy się popsują, pozwoliłaby na bardzo duże oszczędności i rozwiązałyby także problemy strukturalne dotyczące organizacji i dystrybucji opieki, liczby i przeznaczenia szpitali, centrów nazywanych ośrodkami średniego pobytu. A to tylko podkreśla zatrważające zboczenia.

Zboczenia medyczne, niestety. Jaka pokusa dla niektórych, skłonnych poza tym z powodów konformistycznych do specjalizowania się w działalności łatwej i lukratywnej. Ale także, dla tych samych przyczyn, konsekwencja być może nie zamierzona, ale oczywista: jaka pokusa, aby pospieszyć z nieusprawiedliwioną bierną eutanazją, to znaczy, aby nie walczyć. A także, gdy jest tylko nadzieja przedłużenia, bez całkowitego wyleczenia, po co na próżno się wysilać, na próżno być w napięciu, na próżno ponosić wysokie koszty. Oznaczałoby to tylko tyle, co cofnąć się, aby lepiej skoczyć. Naśladujmy Danię. Przestańmy leczyć nie operacyjne nowotwory płuc - nawet jeśli trzyletnie komfortowe przeżycie przekracza już 25 % przypadków. Przestańmy pracować nad kontrolą i stabilizacją przerzutów, których dzisiaj nie można definitywnie leczyć. Poświęćmy się prewencji, celowi zapewne chwalebnemu. Jak

będziemy wiedzieli, jak to robić, już nie będzie przerzutów. Tym gorzej dla tych, którzy dziś zdecydują się zająć tym.

Jeśli jedno ogniwo puści, cały łańcuch puszcza. Kosztowne intelektualne i naukowe zadanie, które polega na zwyciężaniu krok po kroku, przez wyężdżanie wyobraźni, wyężdżanie wysiłków, poprzez coraz nowsze pomysły wobec zagrażającej choroby, w całej niepewności walki przeciw naturze, Gra, której reguł nie znamy, nie znajdzie już tych, którzy będą chcieli się jej podjąć. Pozbawi się ich odwagi, a wkrótce wskaże palcem. Już zresztą, jeśli idzie o mnie, od dawna pewni lekarze uważają, że uprawiam zaciekłość terapeutyczną, gdy ja przedstawiam tylko upór. (Ale oni postrzegają ten upór jako krytykę własnej postawy i wcale się nie mylą.)

Jeszcze jeden krok, a nie tylko chorzy na raka padną ofiarami tego zбочzenia. Niepełnosprawni umysłowo, gdy są starsi i są dotknięci naczyniopochodnymi udarami mózgowymi pozostawiającymi nieodwracalne następstwa, staną się wymarzoną łupem zarówno dla specjalisty od śmierci, jak i dla mającego władzę przyznawania kredytów na badania. Wysiłamy się dziś na trudne badania, jeszcze po trochu bezowocne, zmierzające do leczenia, lub poprawienia stanu chorych na chorobę Parkinsona, za pośrednictwem śródmózgowych przeszczepów niektórych komórek. Te badania, które być może nie przyniosą wyniku, są kosztowne. Zmierzają one do częściowej poprawy symptomów, pojawiających się u niektórych osób, najczęściej starszych. Czy na drodze załamania się naszej waleczności, nie dojdziemy dość szybko do oferowania tylko nie specyficznej opieki paliatywnej?

Za niewiele czasu zaniecha się w ten sposób aktywnego leczenia młodych niepełnosprawnych umysłowo z wrodzoną niepełnosprawnością, z porażeniem mózgowym w wyniku wypadku drogowego i zaniecha się dążenia do ich wyleczenia, lub naprawienia za pomocą nowych procedur i być może zaniecha się niespecyficznego leczenia, które zmierza

tylko do utrzymania przy życiu. Lista potencjalnych opuszczeń, będąca pierwszym krokiem do dyskryminacji pomiędzy chorobami wyleczalnymi, chorobami chronicznymi "do przyjęcia" i chorobami nieuleczalnymi, wynikająca z przyjęcia legalnej eutanazji, byłaby długa.

Mamy więc zarazem ryzyko nadużycia rozszerzenia eutanazji czynnej - chcę powiedzieć, rozszerzenia na osoby, które sobie tego nie życzyły - i ryzyko podstępne, ale ogromne, rozszerzenia eutanazji biernej na osoby, które mogłyby pod jakimś względem skorzystać z czynnego leczenia.

Ale to nie jest jeszcze całe ryzyko. Największym niebezpieczeństwem dla społeczeństwa, które legalizuje eutanazję, medyczną czy nie, jest ztrata swojej duszy. Nie wykluczone, że ta deklaracja wyda się zupełnie pozbawiona sensu postępowym intelektualistom, którzy sami sobie rozdzielają stanowiska uniwersyteckie od około trzydziestu lat i którzy aktywnie popierają wszystkie przedsięwzięcia dehumanizacji ideologicznej w imię socjalizmu od Korei Północnej do Kuby poprzez sowieckie Republiki, Wietnam, Chiny, Kambodżę itd. Nie mówię tego, aby szukać polemiki, ale ponieważ światu i współczesnym pokoleniom został dany przykład systemów, które uczyniły targowisko z ludzkiego życia i, że znalazły się dla ich obrony umysły wykształcone. Umysły wykształcone, ale chore, jeśli mogą zaryzykować diagnozę w nie swojej specjalności.

Oczywiście, społeczeństwa i narody mają duszę. Mają obraz samych siebie, który odczytują ze swej najstarszej historii, mają bohaterów rzeczywistych, czy mitycznych, o których czynach opowiadano jeszcze niedawno w książkach dla dzieci. Mają świadomość tego co są warte, rozprzestrzenioną poprzez pomniki, miejsca pamięci, w pół zapomniane cytaty, lektury, świadomość tego, co mogą dać światu, tego, do czego wspólnie zmierzają i świadomość niektórych wartości, która sprawia, że jeśli okoliczności tego wymagają, umiera się za nie.

Legalizacja eutanazji, a jeszcze bardziej jej medykalizacja, uczyniłaby, przepowiadam to, ranę w naszej wspólnej podświadomości, ranę nie do zablźnienia, wybór o tragicznych konsekwencjach dla naszej kultury. Nie będzie ona, jak niektórzy sobie to wyobrażają, zwycięstwem rozumu nad tradycją, wyzwoleniem postępowości. Będzie to głęboka regresja, akceptacja zupełnie przypadkowego charakteru życia i świadomości, przyjęcie, że nie ma różnicy natury między umysłem ludzkim a komputerem. Zabija się zwierzę, które cierpi, konia, który złamie nogę. Wykończmy także ludzi. Społeczeństwa rosą, gdy wyzwolą się od tabu, nie ważne jakich.

Wiem z doświadczenia, że nie można przekonać nikogo. Nie wysuwam tych argumentów w nadziei pozyskania tych, którzy głoszą i chcą zinstytucjonalizować eutanazję (i uważają za łajdaków tych, którzy tego odmawiają). Czynię to po to, aby wzmocnić determinację tych, którzy opierają się, ponieważ ten front musi zostać utrzymany, tak wobec parlamentarzystów, jak wobec opinii i jak wobec niektórych intelektualistów, którzy, aby zmienić temat rozmowy towarzyskiej, gdy poprzedniego nie da się już podtrzymać, przynajmniej nie ciągną zawsze w tym samym kierunku, kierunku umniejszania wartości, które pozwalają przetrwać naszej cywilizacji. Czynię to po to, aby wzmocnić tych, którzy walczą przeciw destabilizacji zachodnich społeczeństw...

GDZIE UMRZEĆ W XXI WIEKU?

Żądanie eutanazji przez zdrowych, ujawnia, jak to widzieliśmy, różnorodną serię spostrzeżeń, uczuć, ukrytych myśli i różnych lęków, gdy równocześnie, w ciekawy sposób, łączy się ze wzrostem kosztów i przyszłego zmniejszenia środków na zdrowie. Ale sygnalizuje także postawę bardzo nowoczesną, która polega na ukrywaniu śmierci, na odgradzaniu się od umierających, pozostawiając ich profesjonalistom służby zdrowia, na coraz częstszym ich spopielaniu, co sygnalizował już w 1966 roku Philippe Ariès. Także to,

do czego wraca ostatnio Pierre Chaunu, który pokazał, że rozmowa niektórych intelektualistów o śmierci jest rozmową pustą, w której nie udaje się ukryć tego zupełnego odrzucenia, tej obelgi, którą stanowi śmierć drugich, w epoce, w której tryumfuje masowy hedonizm, który na przykład ma odbicie w literaturze materiałów agencji podróży. I jest faktem, że nasze oddziały szpitalne mają szczególną tendencję wypełniania się pacjentami z wielkimi problemami, wówczas gdy nadchodzą wakacje...

Nie zawsze tak było. Istnieje sporo dokumentów, na przykład opracowanie Michel'a Vovelle, dla epoki klasycznej, lub też te wydanie Claude'a Sutto dla średniowiecza, które mówią o czymś odwrotnym. Śledząc tekst, przykłady, recepty na prowadzenie życia, przeciwstawianie się losowi, rytuały, widzimy, że śmierć jest zjawiskiem, które szanuje się, które przyjmuje się, które bierze się na serio, do którego trzeba się duchowo przygotować i / lub ze stoicyzmem. Literatura, sztuki piękne, mówią o śmierci do elity, ksiądz na ambonie bezustannie o niej przypomina swoim owieczkom, orszaki żałobne bez przerwy przechodzą przez miasta i wsię. Dalekie od ukrycia, zjawisko to bez przerwy jest wysuwane na pierwszy plan, przesyca myśl i wyobraźnię. Życie jest niepewne, każdy to wie, wobec epidemii, klęsk głodu, śmierci dzieci, czy młodzińców, konfliktów zbrojnych, bandytyzmu na szlakach. Trzeba wybrać postawę, która liczy się z tą rzeczywistością, najczęściej wiarę i pobożność, agresywny libertynizm dla niektórych, ale nigdy zapomnienie, czy negację, które są materialnie, ale także kulturowo niemożliwe. Dzisiaj, aby użyć określenia Philippe'a Ariès śmierć jest „zakazana”. Nie ma już prawa obywatelstwa. Trzeba jak najmniej o niej mówić. Powinna dziać się gdzie indziej.

Nikt nie może, oprócz reżimów totalitarnych, dyktować reguł postępowania, ani zawrócić biegu tych kulturowych fal. Trzeba czekać na niską wodę, jeśli ma nadejść i tworzyć nasze struktury w zgodzie z duchem czasu, bez ustępstw w istotnych zasadach. Jeśli rodziny

chorych, jeśli zdrowi, schowają się przed tą śmiercią, której widoku nie mogą znieść, to być może przestaną domagać się skrócenia życia bliźniego. Co robić więc? Gdzie odtąd umierać?

Pierwsza odpowiedź została udzielona dzięki pragmatyzmowi anglo - saksońskiemu, przez utworzenie centrów zwanych ośrodkami opieki terminalnej. Chodzi o wyspecjalizowane struktury, do których kieruje się pacjentów, dla których już nic nie można zrobić. Nie cierpią, ponieważ ich bóle zostały całkowicie opanowane. Nie są uzależnieni od aparatury, ponieważ nie usiłuję się za pomocą niej sztucznie utrzymywać ich przy życiu, ani od wlewów, które miałyby ten sam cel. Są przedmiotem uważnej, wyspecjalizowanej opieki, pełnej poświęcenia, inteligentnej, udzielanej przez lekarzy i kompetentne pielęgniarki, solidarne, przepelnione poczuciem sensu i wagi swojej misji. Otaczają ich wolontariusze, którzy zmieniają się u ich węzłowiec. Tak długo, dopóki są świadomi, podtrzymują ich psychologowie i duchowni, przygotowują, towarzyszą im na tym ostatnim odcinku ziemskiej drogi, a także członkowie rodzin, jeżeli tego chcą (odsyłam do głębokiej pracy Renée Sebag - Lanoë „Mourir accompagné”, która podejmuje całość postawionych tu problemów).

Oczywiście, tak jak już to powiedziałem, chcielibyśmy mieć pewność, że dla pacjenta kierowanego do takiego centrum nie ma już najmniejszej możliwości poprawy lub stabilizacji w dającej się zaakceptować sytuacji. Najczęściej jest to oczywiste. Czasem trochę bardziej sporne, jak sam zdałem sobie z tego sprawę w czasie licznych podróży. Ale jest to problem naukowy, czy też techniczny, który lekarze powinni uregulować między sobą. To, co jest oczywiste, to to, że trzeba jak najszybciej zwiększyć w takim kraju, jak nasz, liczbę tych centrów do bliższej stu niż dziesięciu. To w nich, jak można to sądzić na podstawie kilku bardzo jeszcze rzadkich przykładów francuskich, naprawdę można umrzeć z godnością, tak jak prawdziwa osoba. Z szacunkiem należnym tej iskierce, która błyszczała, lub jeszcze błyszczy w każdym bycie. W otoczeniu swoich ludzkich braci, mężczyzn i kobiet, odczuwających powołanie towarzyszenia, a nie pielęgniarek przeciążonych zadaniami

oddziału intensywnej terapii i lekarzy źle przygotowanych do tej roli, ukrywających swój lęk za formularzami recept i znoszących agresję zdenerwowanej rodziny.

Licząc się z otaczającymi nas różnymi prądami kulturowymi, zwiększenie liczby takich centrów jest jedyną godną i dającą się zaakceptować odpowiedzią na postawiony problem. Można zresztą założyć się, że domaganie się eutanazji medycznej poważnie wówczas zmniejszy się: dobrze się mający poczują się w ten sposób oszczędzeni. To wymaga szczególnej formacji, poczucia misji i kosztów. Ale kultura, która chce zachować szacunek dla samej siebie i oczywiste lub ukryte wartości, dzięki którym ma przeżyć, powinna stawić bardzo szybko czoła temu wyzwaniu. Dokonując wyboru. Na przykład nie zajmując się niektórymi małymi nieszkodliwymi ryzykami, chorobami, które wyleczą się same, a które tak drogo kosztują Ubezpieczenia społeczne. Będzie to tylko zatrzymaniem wykonywania prac, które nigdy nie wymagają samodzielnych fachowców, ani członków wolnych zawodów. I w ten sposób uruchomi się kredyty potrzebne na budowę i funkcjonowania takich centrów, które rozwiązałyby sporo problemów, także problemów przyzwoitości.

Nie jest wcale pewne, czy uzyskalibyśmy dzisiaj większość głosów za takim wyborem. Tak łatwo jest zobowiązać lekarzy ogólnych i szpitalnych do ekspediowania na tamten świat nieszczęśników, którzy, na długo przedtem, podpisaliby nieszczęsny papier. Nawet i tych niektórych, którzy nie mieli czasu tego zrobić. W ten sposób możnaby zaoszczędzić zarówno kosztów centrów faz opieki terminalnej, jak i skrócić niepokój psychiczny, który trwa, a człowiek Zachodu lat 1990 jest zbyt słaby, aby stawić mu czoła. Ale właśnie w ten sposób społeczeństwo gubi swoją duszę i może doprowadzić do wszystkich możliwych klęsk. Dojście do zalegalizowanej, medycznej eutanazji okazałoby się prawdopodobnie bardziej zgubne niż nawet dyktatura totalitarna, która nie potrafiła, dziś to widzimy, całkowicie zniszczyć dusz.

Jest więc sprawą pilną, aby ci, którzy decydują, podjęli problem i znaleźli środki na zwiększenie we Francji liczby centr opieki terminalnej i towarzyszenia, otwartych dla rodzin. Liczbę wymaganych łóżek można łatwo wyliczyć. Koszta funkcjonowania wcale nie powinny być nieprzewycięzoną przeszkodą w porównaniu z kosztami dniówki w szpitalach ogólnych. Z pewnością trzeba wprowadzić struktury decyzyjne, które by gwarantowały to, że pacjent kierowany do takich centr rzeczywiście z nich będzie korzystał. Trzeba także zwrócić się z szerokim apelem do wolontariatu, który na szczęście jest i wymaga tylko ujawnienia się i rozszerzenia. Z pewnością, trudniej jest dać więcej godzin tygodniowo swego czasu, aby ulżyć cierpieniu bliźniego, niż iść na manifestację i żądać usunięcia chorych, których nie mamy nadziei wyleczyć. Na szczęście jest pośród nas wielu wolontariuszy. Obserwowałem to podczas mojej kariery onkologa i chcę tu oddać hołd wielkoduszności i altruizmowi wszystkich tych, którzy, w łonie licznych stowarzyszeń poświęcają swój czas, swoje uczucia i swoją pomoc chorym w strapieniu.

Ponieważ nie mamy już prawa umrzeć u siebie, wyjąwszy nagłą śmierć, pozostaje wybór pomiędzy pobytem na nieprzystosowanych oddziałach, szybką eutanazją, a utworzeniem centr towarzyszenia, opieki paliatywnej dla krótszych lub dłuższych faz terminalnych. Wybór pomiędzy tymi różnymi możliwościami, którego dokonają ci, którzy mają władzę decydowania, może mieć wielki wpływ na obraz, który nasze społeczeństwo sobie samo nada.

MEDYCyna, EUTANAZJA I DUSZA ZBIOROWA

Człowiek, od kiedy pojawił się, współlistnieje z chorobą i śmiercią. Boi się ich z powodu pasma cierpień, z powodu aspektu niesprawiedliwości, który przyjmują, być może z wyjątkiem, gdy uderzają w ludzi bardzo starych. A śmierć, która może być końcem choroby lub skutkiem wypadku, nie jest tylko cierpieniem i niesprawiedliwością. Towarzyszy jej także ogromny ciężar naszych niepokojów metafizycznych. Niepokojów, do walki z którymi przygotowują się, najczęściej bez sukcesu, coraz mniej tu liczni materialści. Ślepy los może w nas uderzyć w każdej chwili, może nas poniżyć, przypomnieć, że jesteśmy śmiertelni, gdy o tym „zapomnieliśmy”. Może to uczynić naszym bliskim, tym których kochamy, bardziej niż nam samym. Żyjemy w kontakcie ze śmiercią i jej tajemnicą. Z pomocą dwóch pośredników: modlitwy dla tych którzy wierzą, medycyny dla wszystkich.

Medycyna, wielka ucieczka, obecna pod różnymi formami, od zarania ludzkości, od najdalszych czasów, wzbudzała refleksje filozofów, mężów stanu, pisarzy, naukowców. Z lekarzy, od zawsze, zarazem drwiono za ich niemoc, a zarazem czczono ich, jako pośredników pomiędzy przeznaczeniem, a nami. Kilka wielkich postaci, zachowanych w naszej pamięci z historii ludzkości, było lekarzami. Mówić o medycynie, podejmować się zmiany jej nauczania i praktyki, rozszerzać jej zakres, chcieć ją kodyfikować, nie jest byle jaką sprawą i nie powinno być powierzone byle komu, ale najroztropniejszym z roztropnych i podjęte z ostrożnością, szacunkiem. Bez wątpienia, biorąc pod uwagę aspekty ekonomiczne, ale także kulturowe, duchowe, historię sztuki medycznej i właściwy wymiar jej obrazu w duszy zbiorowej. Wszystko to, czym obarcza się lekarza, czego oczekuje się od niego w przeciwnościach. Kim jest ta postać, do której zwracamy się, gdy lękamy się o tych, których kochamy, lub o siebie? Skąd on przychodzi? Co on wie? Co może? Jak działa system, który reprezentuje? Do jakiego stopnia można mu zaufać? Dokąd posunie się w swoim

poświęceniu, w swojej determinacji uczynienia wszystkiego, co możliwe? Czy jest on w całym potrzebnym wymiarze, odpowiednim człowiekiem?

Nie ma człowieka, który by, pewnego dnia, nie postawił sobie tych pytań, niezależnie od tego, czy żyje w plemieniu nad Amazonką, czy w zachodnich megalopoles, czy żyje za naszych dni, czy też żył w neolicie.

To, co się dziś zmieniło, to rozległość władania medycyny. Po długich wysiłkach biologów, została uchylona część zasłony i posuwamy się już mniej niepewnymi drogami. Chirurgia święci prawdziwe tryumfy. Cała medycyna także ma kilka wielkich sukcesów na swoim koncie i wiele innych mniej spektakularnych, ale bardzo realnych. Zaledwie tylko trochę więcej niż wiek temu, narodził się w umyśle Claude Bernard'a pomysł wówczas niesłychany i rewolucyjny, medycyny eksperymentalnej. Przypomnijmy, że kilka dziesiątków lat wcześniej, jakobini uważali, że medycynę powinno się praktykować bez dyplomów i że każdy, kto się czuł powołany, mógł uprawiać sztukę leczenia.

Zresztą nie ma końca dwuznacznościom. Dzisiaj, we Francji i gdzie indziej, wielu udaje się do szarlatanów i natchnionych uzdrowicieli, aby chronić swoje życie i zdrowie. A ostatnio, sędzia amerykański oświadczył, że medycyna jest samym zawodem jak inne i że byłoby normalne, gdyby lekarze uciekali się do reklamy, a nawet do reklamy porównawczej.

Lecz medycyna, desakralizując się, chociażby poprzez opieranie się na naukowych podstawach i stając się polem racjonalizmu, zachowuje jednak nieco inny obraz. Zarzucamy lekarzowi nie to, że nie jest wszechmocnym Bogiem, ale przynajmniej to, że nie jest świętym i mamy rację. Lekarz powinien dążyć do absolutnej duchowej przezroczystości, całkowitego poświęcenia, całkowitej czystości intencji i dobrze, że to wymaganie rozprzestrzenia się.

Pacjent nie tylko chce wiedzieć, co się dzieje - gdy jeszcze jest to decydujące - ale potrzebuje rzeczywistego współczucia, czynnej sympatii, która powinna ukazywać się w decyzjach, w radach, we wzięciu pod uwagę napotykanym trudności, indywidualnej historii.

W zbiorowej świadomości istnieje idealny obraz, rodzaj prośby, potrzeba spotkania w trudnych momentach życia prawdziwego lekarza, do którego można iść bez ukrytych myśli, któremu można całkowicie zaufać.

Otóż utrzymuję tu, że w całej cywilizacji jest ukryta jaskrawa sprzeczność pomiędzy tym obrazem, a obrazem lekarza, który by zgodził się na wykonanie serii eutanazji na żądanie, w okresie zniechęcenia lub sugerowanych przez bliskich, lub też podyktowanych jego własnym „sumieniem”. I, że poza tym, nie można chcieć od takiego lekarza, aby wpięty zaangażował się z całą swoją wiedzą, swoją wyobraźnią i swoją wolą w walkę z chorobą, chociażby po to, aby opóźnić koniec.

Tak, ta pętla zostałaby zamknięta. Na rozkaz techników budżetu, lekarz zostałby dodatkowo tym, który kładzie kres trudnemu życiu - a znaczenie trudnego życia można zmieniać, różnie interpretować i rozumieć zgodnie z modą... Ale wówczas jest zagrożona sama cywilizacja.

René Dubos zauważył w „L'Homme ininterrompu”, że medycyna była matką wszystkich nauk, zarazem przez swoje najstarsze uogólnienia teoretyczne i metody obserwacji, przez skłonność lekarzy do interesowania się wszystkimi naukami naturalnymi, które tak często wstawili na przestrzeni wieków. Ale medycyna także interesowała się naturą ludzką, etyką, filozofią. Jest jednym z fundamentów ludzkości. Jest sztuką, która prowadzi do refleksji nad innymi formami sztuki. Od starożytności istnieje synteza medycyny, kultury i cywilizacji. Pozwala ona lękać się, że przekształcenie jednej, sprzeniewierzenie się po raz pierwszy w historii świata jej tradycyjnym celom, będzie miało poważny wpływ na inne, już bardzo dzisiaj osłabione.

Odwołuję się do sumienia i roztropności tych, którzy decydują, ale też do tych, którym przyszłość cywilizacji jest droga: nie pozwólcie aby eutanazja medyczna stała się legalnym aktem. Jeśli nawet uniknęlibyśmy wypaczeń w stylu holenderskim - co jest bardzo mało

prawdopodobne - konsekwencje tego byłyby straszliwe. Nie pozwólcie młodym i zdrowym osobom przyzwyczać się do myśli, że życie chorych jest mniej godne niż ich i że może być im zabrane „dla zrobienia im przysługi”. Stawiajcie lekarzom inne wymagania. Zabezpieczcie to, aby płomień nauki i sztuk medycznych był przekazany tylko tym, którzy mają bezwzględny szacunek dla ludzkiego życia i dla których to jest religią. W przeciwnym razie zobaczycie lawinowy upadek pod życzliwym, albo roztargnionym okiem rządzących. Strzeżcie się obniżenia wartości ciał i dusz jednostek i społeczeństw, które one tworzą, strzeżcie się wartości, których zmyślnym kręctwem myślowym chcą bronić ci, którzy wzywają do legalnej eutanazji.

Dużo trzeba czasu, aby doprowadzić do zgody co do kilku istotnych wartości, a mało, aby je zniszczyć. Widzieliśmy to w kilku ostatnich dziesiątkach lat w krajach o starej cywilizacji. Wołam o czujności mężczyzn i kobiet dobrej woli ! Wzywam do przezorności silne duchy tak skore do pomyłki - widzieliśmy to przez trzy czwarte obecnego wieku ! Do stałości co do zasad, którym nigdy dotąd cywilizacja nie sprzeniewierzyła się. I zwartość zwolenników eutanazji, tak często będących równocześnie niezłomnymi przyjaciółmi trzeciego świata. Czy chcą oni aby Lekarze Świata, Lekarze Bez Granic, lekarze Czerwonego Krzyża, także skracali życie tych, których zagłodzenie i pasożytnicze choroby doprowadziły do stanów nieodwracalnych, lub też trzeba ten gest zarezerwować tylko dla Białych z Zachodu w naszych szpitalach?

Trzeba nie tylko przeciwstawiać się medykalizacji eutanazji. Trzeba leczyć społeczeństwo z tych dążeń, które są tylko symptomami poważniejszej choroby, bardziej rozprzestrzenionej w naszych duszach. To nie lekarze będą leczyć tę chorobę. Ale jest to pilne. Trzeba pilnie, aby intelektualiści, którzy sporo zdradzili w tych ostatnich czasach, poddali dyskusji pomiędzy sobą i z nami spójny projekt społeczeństwa i aby zabrali się do zrobienia inwentarza istotnych wartości. Trzeba pilnie, aby wyjaśnili źródła, aby precyzyjnie

je ukazali, aby porównali je między sobą i aby je przeanalizowali w świetle wielkich transformacji w toku. Oczywiście, nie spodziewamy się, że w tej dziedzinie pojawi się zgoda. Zadaniem tych problemów jest wzbudzenie przeciwstawnych i namiętnych odpowiedzi i zawsze będzie o to szło. Ale przynajmniej układy stałyby się jasne, pozycje określone i doprowadzone do swoich skrajnych konsekwencji. Każdy wówczas będzie mógł wybrać swój obóz w tej batalii, która trwa wiele tysięcy lat.