

Josef SEIFERT

ETYCZNE ASPEKTY LECZENIA NIEOPERACYJNYCH GUZÓW MÓZGU

Dokonywany przez lekarza rachunek dóbr, który można racjonalnie uzasadnić, zakłada obiektywny porządek dobra i zła, jak również obiektywne kryteria określania ich hierarchii.

Lekarze częściej niż inni ludzie kierują się w swoich codziennych decyzjach i praktyce zawodowej nie tylko i wyłącznie odpowiednią wiedzą fachową, lecz także przekonaniami i przypuszczeniami natury filozoficznej i etycznej. Często są to prawdy oczywiste, kiedy indziej takie, które nie dają się same przez się zrozumieć. Znajdują się jednak między nimi i takie, którym nawet wtedy, gdy stanowią filozoficzne błędy naukowców, przypada w udziale autorytet i znaczenie należne naukom przyrodniczym. Filozoficzne założenia medycyny, częściowo dlatego, że są oczywiste lub się takimi wydają, częściowo zaś dlatego, że nie mogą być tematem poznania przyrodniczego, pozostają w większości rozpraw medycznych nie wypowiedziane. Powinny one jednak zostać uświadomione i zbadane jako znacząca część uniwersalnej wiedzy lekarskiej, która ma również oblicze etyczno-filozoficzne i humanistyczne. Obecnie coraz więcej lekarzy na całym świecie staje się tego świadomymi.

Pewien naukowiec badający guzy mózgu otwarcie zauważa, że przy podejmowaniu decyzji o leczeniu złośliwych guzów mózgu obok kryteriów przyrodniczych należy stosować również kryteria filozoficzne¹. Na jakie zatem konkretne pytania etyczne oraz pytania z innych dziedzin filozofii musi przy-

¹ Zob. P. Black, *Surgical Management of Intracranial Metastasis*, w: *Operative Neurosurgical Techniques*, red. H. H. Schmidek, W. H. Sweet, New York 1987², s. 451-462. Na s. 462 czytamy: „Pomimo ogólnej niewielkiej poprawy wyników leczenia trzeba dziś pamiętać, że pewnej części tych pacjentów nie można pomóc, a niektórym interwencja terapeutyczna może zaszkodzić. Zarówno filozoficzne, jak i praktyczne decyzje w sprawach zdrowia publicznego muszą być podejmowane po rozważeniu względnej wartości przedłużenia na krótki czas życia pacjenta porównanej z wartością wysiłku terapeutycznego, kosztów i możliwości przedłużenia cierpień u pacjentów, u których leczenie się nie powiedzie. [...] prawdopodobnie w dalszej perspektywie warto będzie zapłacić tę cenę. [...] klinicysta musi zdecydować, czy podjąć agresywną terapię z jej wysokimi kosztami i ryzykiem, czy rozstrzygać tę kwestię z każdym pacjentem i jego rodziną indywidualnie”.

najmniej implicite odpowiedzieć lekarz oceniając sposoby leczenia złośliwych guzów mózgu?²

1. RACHUNEK DÓBR I JEGO JEDNOZNACZNE ROZSTRZYGNIĘCIE W LECZENIU ZŁOŚLIWYCH GUZÓW MÓZGU

Inaczej niż w przypadku pozostałych czynności lekarza, do których zobowiązuje *Przysięga Hipokratesa* – i których przeciwieństwo wprowadza nas w obszar etycznej problematyki zwanej *intrinsece malum*, czyli w obszar działań, które są złe ze swojej istoty³ – przy leczeniu złośliwych i niezłośliwych guzów mózgu pozostajemy wyłącznie przy zagadnieniu porównywania dóbr. Jest tak dlatego, że w przypadku operacyjnego czy zachowawczego leczenia guzów lub ich objawów nie kwestionuje się dóbr takich, jak życie niewinnego, dóbr, których bezpośrednie zniszczenie zawsze i wszędzie jest złe moralnie. Wiele działań wymaganych od lekarzy już dawniej, a dziś coraz częściej, nawet jeśli nie są to działania właściwe dla praktyki lekarskiej (takie jak tortury, aborcja, eutanazja i sterylizacja), podpada pod problematykę *intrinsece malum*. Od czasów Hipokratesa dziedzina ta jest też przedmiotem najważniejszych rozstrzygnięć etyki medycznej.

Dla etyki ingerencji w mózg – chirurgicznej lub niechirurgicznej – przy leczeniu złośliwych guzów mózgu w grę wchodzi jedynie rachunek dóbr, porównanie zysków i strat wynikających z form leczenia. Zresztą podobnie jest w przypadku wielu innych działań medycznych, gdzie powinny obowiązywać podstawowe zasady moralne i *ethos* zawodu lekarza. Przykładem – głęboka troska o dobro pacjentów-osób stanowiących dobro samo w sobie. Przede wszystkim zaś lekarze powinni odrzucać postawy, które są same w sobie złe i naruszają zasady etyki medycznej (np. gotowość uczestniczenia w morderstwie lub torturach pod wpływem presji politycznej).

Przy normalnym leczeniu złośliwych guzów mózgu decyzjami lekarza rządzi po prostu zasada rachunku dóbr i nie chodzi tutaj o ostateczne rozstrzygnięcia moralne, ponieważ *intrinsece malum* w ogóle nie wchodzi tutaj w grę. Rachunek ten bazuje w tym wypadku na dwóch czynnikach czy też dwóch rodzajach poznania. Jedno – to poznanie przyrodnicze, które dotyczy

² Zob. w sprawie podatności złośliwych guzów mózgu na leczenie: C. L. Walters, H. H. Schmidek, *Surgical Management of Intracranial Gliomas*, w: *Operative*, dz. cyt., s. 431-450. „Obecnie większość glejaków nie jest wyleczalna, lecz można je poddawać leczeniu”, tamże, s. 431. Por. też w sprawie głównych metod leczenia takich guzów: Black, dz. cyt., s. 462: „terapia sterydowa, radioterapia, chirurgia, chemoterapia – osobno lub łącznie”.

³ W związku z problemem takich absolutnie złych czynów, których istnienie jest dzisiaj przez wielu etyków odrzucane; zob. J. Seifert, *Absolute Moral Obligations towards Finite Goods as Foundation of Intrinsically Right and Wrong Actions. A Critique of Consequentialist Teleological Ethics: Destruction of Ethics through Moral Theology?*, „Anthropos” 1(1985) nr 1, s. 57-94.

faktów, statystyk, możliwości działań, skutków ubocznych i środków terapeutycznych. Drugim składnikiem jest poznanie filozoficzne, które odnosi się do pytania, w jaki sposób i według jakich kryteriów powinien przebiegać rachunek dóbr.

1.1. OBIEKTYWNOŚĆ DÓBR CZY SUBIEKTYWNOŚĆ OCEN?

Jeśli chodzi o fundamentalną naturę dóbr i wartości, które bierze pod uwagę lekarz podejmując decyzję o określonym sposobie leczenia, to musi on na wstępie założyć, że porównywane dobra i wartości oraz inne czynniki, które uwzględnia rozpatrując negatywne i pozytywne skutki swojej interwencji, mają charakter obiektywnego dobra i zła, tzn. nie zależą od czyjejś dowolnej decyzji lub preferencji. Gdyby tak było, lekarz mógłby kierować się jedynie subiektywnym życzeniem pacjenta lub swoim własnym i byłby może zmuszony do psychologicznej analizy życzeń, lecz zarazem zostałby zwolniony z badania rozpatrywanych dóbr i z wszelkiej troski o ich odnajdywanie oraz ocenę ich rangi. Aby zaś w obrębie czynników nieobojętnych dla sytuacji chorobowej uwzględnić również czysto subiektywne życzenia pacjenta i jego rodziny, trzeba za każdym razem punkt widzenia subiektywnych upodobań sytuować w obiektywnym kosmosie dobra, zła i celów, które lekarz musi uwzględnić w rachunku dóbr.

Wartość właściwą przedmiotu rachunku dóbr przeprowadzanego przez lekarza można opisać za pomocą trzech kategorii istotności⁴. Główną z nich należy określić jako dobro samo w sobie lub jako coś, co jest samo w sobie cenne. W tym sensie życie ludzkie i jego godność, nie tylko dla kogoś, lecz samo w sobie i ze względu na właściwą mu istotę, jest dobrem moralnie relewantnym, tzn. dobrem, które kieruje do nas moralnie zobowiązujące wezwanie do okazania mu należnego szacunku. To właśnie dobro zabrania lekarzowi np. czysto eksperymentalnych operacji mózgu i degradacji pacjentów do rangi królików doświadczalnych.

W przypadku niemożności całkowitego wyleczenia lub skutecznej terapii guzów mózgu osobowa wartość pacjenta zobowiązuje lekarza do szacunku wobec nieuleczalnie chorego, do prawdomówności w stosunku do niego oraz do ludzkich zachowań, takich jak rozmowa, pielęgnacja i inne. Lekarz jest tutaj przede wszystkim zobowiązany działać jak człowiek, który również wtedy, gdy już nie może drugiemu pomóc, w szczególny sposób dba o jego dobro. Również nacechowane życzliwością uczestnictwo w cierpieniu nieuleczalnie chorych pacjentów oraz jawna i odważna akceptacja granic sztuki lekarskiej należą do tego rodzaju postaw. Chodzi tutaj ostatecznie o pozamedyczne reakcje

⁴ Zob. D. von Hildebrand, *Ethik. Gesammelte Werke*, t. II, Stuttgart 1973², rozdz. I-III, XVII-XVIII.

lekarza jako człowieka, reakcje które jednocześnie stanowią szeroko rozumiane działania medyczne, nie odnoszące się wyłącznie do izolowanej cielesności ani do technik terapeutycznych, lecz do osoby pacjenta jako całości.

Tak więc decyzje lekarza są określane przede wszystkim przez dobra, takie jak ludzkie życie, dobry stan zdrowia człowieka itp. Po drugie, lekarz musi rozpoznać, co jest obiektywnym dobrem dla konkretnych pacjentów, np. zdrowie, wolność od cierpienia czy zachowanie świadomości – to dobra dla tych konkretnych pacjentów. Nie będąc jak ich osobowa godność dobrami samymi w sobie, pozostają przy tym dobrami obiektywnymi i darem. Adresatem tego typu dóbr jest konkretna osoba, lecz musi też istnieć obiektywny sąd, określający które z nich jest wyższe, a które niższe dla konkretnego pacjenta. Zdrowie jest na przykład wyższym dobrem niż chwilowe odczucie ulgi, które może pojawić się również jako skutek działania leków. Po trzecie, lekarz zwykle wie również o czysto subiektywnych życzeniach czy pragnieniach pacjentów, o tym, co dla nich subiektywnie przyjemne lub pożądane, co jednak może zostać uwzględnione tylko tam, gdzie spełnienie takich subiektywnych upodobań nie narusza dwóch pierwszych wspomnianych kategorii porównywanych dóbr.

Bez obiektywnych lub przynajmniej uznawanych za obiektywne wartościowań neurochirurg operujący guzy mózgu nie mógłby dojść na przykład wraz z Perrym Blackiem do wniosku, że w określonych przypadkach „rozsądek staje się nedorzecznnością”, a „dobrodziejstwo – udręką”, tzn. że realizacja immanentnych celów medycyny przyniosłaby pacjentom więcej szkody niż pożytku, więcej zła niż dobra⁵.

Jeśli przyjrzeć się rzeczy bliżej, okazuje się, że nawet opinia o tzw. operacyjności guza zależy nie tylko od tego, czy np. glejak zarodkowy zaatakował niedostępne operacyjnie części mózgu, jak jego pień czy odnoga, lecz także od

⁵ „Bywają okoliczności, w których rozsądnie jest powstrzymać się od jakiejkolwiek aktywnej terapii. Stosuje się to do przypadków, w których pacjent jest chory terminalnie, a oczekiwany czas jego życia ogranicza się do dni lub tygodni. Stosunkowo łatwo podejmowana jest decyzja o wycofaniu terapii u terminalnie chorego pacjenta z rozsianymi przerzutami poza układem nerwowym.

Trudniejsza jest decyzja w przypadku pacjentów z ciężkim deficytem neurologicznym, wtórnym wobec jednego lub większej liczby przerzutów. Interwencja chirurgiczna nie wydaje się uzasadniona przy głębokim deficycie z wyjątkiem konieczności wykonania biopsji, kiedy diagnoza jest wątpliwa. Jest tak zwłaszcza wtedy, gdy mamy do czynienia z licznymi przerzutami w mózgu lub poza czaszką w miejscach krytycznych. W takich sytuacjach szansa usunięcia głębokiego deficytu neurologicznego chirurgicznie lub metodą radioterapii jest mała. [...] takich pacjentów prawdopodobnie lepiej leczyć objawowo, farmakologicznie, żeby usunąć specyficzne objawy, takie jak ból, niż leczyć w celu przedłużenia życia przy niewielkiej nadziei na przywrócenie funkcji neurologicznych.

Postępy w radioterapeutycznym i neurochirurgicznym podejściu do przerzutów do mózgu stopniowo poprawiają perspektywy takich pacjentów”. Por. Black, dz. cyt., s. 461.

wartościującego osądu skutków podjęcia lub zaniechania danej operacji⁶. Tak więc dokonywany przez lekarza rachunek dóbr, który można racjonalnie uzasadnić, zakłada obiektywny porządek dobra i zła, jak również obiektywne kryteria określania ich hierarchii.

1.2. TRUDNOŚĆ PORÓWNANIA PODSTAWOWĄ TRUDNOŚCIĄ RACHUNKU DÓBR

Lekarz dokonujący rachunku dóbr musi zakładać zarówno współmierność, jak i niewspółmierność porównywanych dóbr, a także wspólny mianownik dla stopni dobroci jako takiej. Bardzo często przy rachunku dóbr stajemy wobec trudnego problemu: mianowicie rachunek tylko bardzo rzadko pozwala rozstrzygnąć problem za pomocą kalkulacji ilościowej, występującej np. wtedy, gdy porównujemy w jednym przypadku szanse przeżycia na dwa lata, w drugim – na dwa miesiące. *Ceteris paribus* rozumie się, że dłuższemu czasowi przeżycia należy przypisać wyższą rangę, jeśli wartość życia przyjmujemy jako oczywistą.

W znacznej większości przypadków jednak występuje trudny problem porównywania dóbr różnych typów i porządków. Jak porównać na przykład długość życia z jego emocjonalną, moralną czy zmysłową jakością gdy na przykład pacjent dla kilku miesięcy życia traci wzrok na okres jednego roku? Albo jak w ogóle można porównywać szczęście lub długie życie ze zdrowiem? Niektórzy, jak John Finnis i Germain Grisez, sądzą, że porównanie, na którym opiera się każdy jakościowy rachunek dóbr, jest niewykonalne, ponieważ dobra podstawowe, jak zdrowie, życie, moralność czy religia, są niewspółmierne i nie można ich porównywać jako wyższych i niższych. Przy założeniu jednak tak radykalnej niewspółmierności dóbr trzeba by uznać za niemożliwe rozstrzygnięcia, które w medycynie są na porządku dziennym⁷. Rachunek dóbr tego rodzaju zakłada nie tylko hierarchię porównywalnego dobra i zła, lecz także – pomimo pewnej niewspółmierności dóbr wykluczającej porównania ilościowe – istnienie wspólnego mianownika aksjologicznego, który pozwala ustalić porządek dóbr i stwierdzić, że przykładowo gra lub powodzenie w grze jest mniejszym dobrem niż życie lub zdrowie człowieka.

⁶ Zob. W. Grote, W. Bettag, *Supratentorielle Tumoren*, w: H. Dietz, W. Umbach, R. Wüllenweber, *Klinische Neurochirurgie*, Stuttgart 1984, s. 107-130. „Jeśli żadna z tych struktur nie została zaatakowana, mamy spełnione warunki do możliwie najbardziej radykalnego usunięcia guza. Wydaje się oczywiste, że biorąc pod uwagę rozprzestrzenienie się nowotworu i jego lokalizację w stosunku do okolicy centralnej i istotnych, najczęściej lewostronnych ośrodków (m.in. ośrodka mowy, Angularisgebiet), wciąż porównuje się szanse przeżycia i ryzyko oczekiwanych trwałych deficytów po postępowaniu operacyjnym z brakiem szans przeżycia, jeśli odmówimy operacji. To tutaj [...] najwcześniej docieramy do punktu, gdzie rozsądek staje się niedorzecznością a dobrodziejstwo udręką. [...] Operujemy [...] wówczas, gdy według naszej oceny można jeszcze oczekiwać sensownego biegu życia”. Tamże, s. 109.

⁷ Por. przypis 5.

2. JAKIE DOBRA I WARTOŚCI OKREŚLAJĄ POJĘCIE NIEOPERACYJNOŚCI?

2.1. PORÓWNANIE CZYNNIKÓW I HIERARCHII ODNOŚNYCH WARTOŚCI, KTÓRE CZYNIA INTERWENCJĘ CHIRURGICZNĄ POŻĄDANĄ LUB NIEPOŻĄDANĄ

Filozofia może mieć trojaki udział w etycznym i aksjologicznym aspekcie decyzji lekarza o uznaniu guza mózgu za operacyjny bądź nieoperacyjny, lub w podjęciu pokrewnych rozstrzygnięć. Po pierwsze – filozofia może stworzyć katalog dobra i zła, które uwzględnia się przy dochodzeniu do lekarskiej decyzji drogą rachunku dóbr. Po drugie – uzyskać pewną wiedzę na temat niektórych zagadnień związanych z hierarchią tych dóbr. Po trzecie – określić ogólne kryteria racjonalizujące wydawanie również takich decyzji, które nie dopuszczają korzystania z gotowej formuły rozwiązania, niejednokrotnie również wykluczają pewność poznania i domagają się raczej mądrości w rozważaniu poszczególnych czynników.

2.2. ŚWIADOMOŚĆ I NORMALNOŚĆ

Pierwszym dobrem, którego zniszczenie wskutek operacyjnego usunięcia złośliwego guza mózgu z pewnością będzie się uważać za powód nieoperacyjności, jest świadomość jako taka oraz świadomość normalna. Każda operacja, która trwale pozbawia człowieka tego podwójnego dobra, nie może zostać uznana za interwencję uzasadnioną z ludzkiego i zawodowego punktu widzenia, nawet wtedy, gdy złośliwy guz można usunąć w całości i wykluczyć przerzuty.

2.3. DŁUGOŚĆ ŻYCIA – SZANSE PRZEŻYCIA

Przy określaniu operacyjności długość życia stanowi wprawdzie czynnik ilościowy, lecz bardzo ważny. Znowu nie chodzi tutaj o przyrodniczo-medyczne kryterium pozwalające określić możliwy zakres interwencji chirurgicznej, lecz o kryterium aksjologiczno-etyczne.

Perry Black słusznie zauważa, że ktoś, kto dla medycznego powodzenia operacji złośliwego guza gotów jest zgodzić się na skrócenie życia pacjenta, racjonalne postępowanie zamienia na niedorzeczność.

2.4. JAKOŚĆ ŻYCIA VERSUS CIĘŻAR PONIESIONYCH SZKÓD

Podobnie jasne jest, że szkody natury fizycznej, psychicznej lub duchowej, które powstają jako skutki interwencji chirurgicznych, stanowią czynnik decydujący przy określaniu operacyjności złośliwych guzów mózgu. Jeśli z punktu

widzenia życia człowieka – jego świadomości i czynności, które zostaną poważnie ograniczone wskutek cielesnego kalectwa szkody te będą zbyt duże, ażeby mogło je zrównoważyć samo przedłużenie życia, wówczas lekarz i pacjent podejmą decyzję, dla której istotna jest teoria medycznego rachunku dóbr. Jeśli zatem szkody miałyby być radykalne, odpowiedzialny lekarz, kierując się własnym sumieniem, będzie się wahał, czy przeprowadzić operację w celu samego tylko ilościowego przedłużenia życia, nawet jeśli pacjent sobie tego życzy. Jeśli jednak szkody te byłyby stosunkowo niewielkie lub o średnim natężeniu, wówczas lekarz postąpi słusznie stosując się do woli pacjenta. W dziedzinie tego, co etycznie dopuszczalne, to nie lekarz, lecz pacjent ma prawo do samookreślenia. Prawo pacjenta do samostanowienia pozwala w tym wypadku lekarzowi dostosować się do życzeń pacjenta.

Należy dodać, że pojęcie jakości życia z dwóch powodów domaga się wyjaśnienia. (Niestety, w tym miejscu ze względu na objętość artykułu nie możemy tego uczynić). Po pierwsze, treść tego pojęcia często pozostaje pod wpływem powierzchownej hedonistycznej wizji człowieka, przy której sens życia ludzi cierpiących i kalekich, leżący przede wszystkim w płaszczyźnie religijnej, jest uważany za bezwartościowy. Przykładem może być pewien wywiad pokazany w telewizji szwajcarskiej w 1990 roku, gdzie wypytywano sympatyczną, inteligentną i subtelną laborantkę, która wskutek choroby genetycznej prawdopodobnie straci wzrok, czy nie żałuje, że urodziła się w czasach, kiedy jeszcze nie znano badań prenatalnych. Dzisiaj bowiem ludziom takim jak ona badania prenatalne plus aborcja nie pozwoliłyby przyjść na świat.

Po drugie, pojęcie jakości życia bywa często używane w znaczeniu życia wartościowego. Chodzi o taki pułap wartości życia, jakby istnienie osoby nie miało sensu, jeśli nie osiąga ona określonego poziomu zaspokojenia popędów, poziomu zdrowia i szczęścia. Można by się z tym zgodzić z czysto doczesnego punktu widzenia, a nawet w ostatecznej perspektywie metafizycznej, ale jeśli weźmiemy pod uwagę głębsze aspekty ludzkiego życia na Ziemi, pogląd ten trzeba odrzucić⁸.

⁸ Czysto doczesne pojmowanie życia, według którego człowiek umierając schodzi z tego świata jak szczur i rozkłada się, musi w przypadku wielkiego nieszczęścia lub nieznośnego bólu fizycznego prowadzić do uznania samobójstwa lub eutanazji za rozsądne rozwiązanie. Naprawdę dopiero w przypadku ostatecznego metafizycznego zwątpienia – jak to opisuje Kierkegaard w *Chorobie na śmierć* – lepiej byłoby temu, kto mu ulega, wcale się nie narodzić, niż żyć. Dla kogoś pogrążonego w radykalnym zwątpieniu, kto chciałby umrzeć w zimnym ogniu rozpacz, lecz nie może tego dokonać, byłoby być może prawdą, że z racji „jakości życia” lepiej wtedy nie istnieć. Jednak w odniesieniu do faktycznego życia współczesnych ludzi, które toczy się pod znakiem możliwości lepszej przyszłości i nadziei, taki negatywny bilans całości ludzkiego życia trzeba odrzucić. Por. też w sprawie metafizyki jakości życia: J. Seifert, *Essere e persona. Verso una fondazione fenomenologica di una metafisica classica e personalistica*, Milano 1989, rozdz. IX.

2.5. LECZENIE OBJAWOWE A LECZENIE PRZYCZYN

Przyczyną cierpień pacjentów nie jest właściwie samo zło fizyczne, lecz wyłącznie jego przeżywane skutki i symptomy. Przecież jednak z czysto medycznego punktu widzenia usunięcie przyczyn fizycznego zła jest bardziej zadowalające niż eliminacja objawów. Jednak bezcelowe byłoby w ogóle mówić o nieoperacyjnych czy też nieuleczalnych złośliwych guzach mózgu, jeśli przez bezpośrednie leczenie objawów udałoby się zwalczyć wszystkie odczuwane skutki guzów.

Pomyślmy o szyszyniaku, guzach czołowych, skroniowych, ciemieniowych albo o guzach przedniej części pnia mózgu, nerwu wzrokowego czy też jąder pnia mózgu. Wszystkie te i inne guzy mają szereg dramatycznych skutków⁹. Gdyby udało się zahamować rozrost tych guzów metodą radioterapii lub chemoterapii i usunąć wszystkie ich objawy, pacjent mógłby z większą dozą słuszności uważać się za wyleczonego niż wówczas, gdyby całkowicie usunięto guz, pozostawiając ciężkie lub lekkie kalectwo.

⁹ Skutki te są następujące: szyszyniak – guz osiagający wielkość od orzecha laskowego do mandarynki, atakujący szyszynkę. Powoduje częste bóle głowy, zaburzenia widzenia, wymioty, zaburzenia seksualne itd. Jest to guz operacyjny, „choć przy niemałym ryzyku” (Grote, Bettag, dz. cyt., s. 115).

Guzy czołowe występują najczęściej. Wywołują często zespoły psychoorganiczne, zaburzenia ruchów gałek ocznych i głowy, drgawki, porażenia, ruchy mimowolne, hypokinezję, zaburzenia emocjonalne o różnej intensywności, zaburzenia mowy przy guzach półkuli dominującej itd.

Guzy skroniowe powodują zazwyczaj napady drgawek, halucynacje zmysłowe dotyczące wszystkich zmysłów z wyjątkiem dotyku, wyobrażenia snopodobne, przeżycia typu deja-vu, nastroje depresyjne itd.

Guzy ciemieniowe wywołują często drgawki, wypadanie czynności motorycznych i czuciowych, zaburzenia koordynacji półkulowej, agrafię, aleksję, agnozę palców itp., zaburzenia świadomości.

Guzy potyliczne są zwykle przyczyną zaburzeń wzrokowych (np. mroczki wzrokowe), ślepoty psychicznej, agnozji, afazji itd.

Guzy przedniej części pnia mózgu (oraz guzy trzeciej komory, jąder pnia mózgu lub wzgórza) powodują bóle, wymioty, zawroty głowy, zaburzenia wzrokowe, pragnienie, poty, wypadanie włosów, itd. Zwykle leczenie operacyjne jest związane z bardzo dużym ryzykiem. Niekiedy stosuje się drenaż zastawką dokomorową.

Guzy pnia mózgu są nieoperacyjne i wywołują bóle głowy, senność i porażenia. Guzy ektodermalne z licznymi przerzutami są nieoperacyjne ze względu na nieskuteczność operacji. Zob. tamże, s. 115-128.

O. Wilcke (w: Dietz, Umbach, Wüllenweber, dz. cyt., s. 130-165) wyjaśnia, że guzy tylnego dołu czaszkowego i pnia mózgu mają wiele negatywnych skutków, między innymi: porażenia języka i kończyn, jednostronne porażenie nerwu twarzowego. Guzy śródmózgowia charakteryzują się objawami ocznymi, zaburzeniami pionowych ruchów gałek ocznych, zaburzeniami słuchu itd. Inny problem stanowi śmiertelność przy operacjach. W przypadku operacji oponiaków namiotowych śmiertelność waha się między 16 a 34%. Oponiaki stoku są operacyjnie trudno dostępne, a śmiertelność podczas operacji wynosi około 55%, umieralność pooperacyjna – 75%. Guzy związane z dnem czwartej komory są nieoperacyjne.

Dlatego lekarz oceniając szanse wyleczenia powinien kierować się przede wszystkim wartościami ludzkimi, a nie kryteriami czysto przyrodniczymi. Według tej miary musi rozstrzygnąć między leczeniem symptomów a leczeniem przyczyn, pociągającym za sobą trwałe uszkodzenia. Wobec takiej alternatywy musi zdecydować na korzyść leczenia symptomów.

Zapewne w normalnych warunkach nie spotkamy takiego przypadku i dopóty trzeba obawiać się negatywnych następstw i objawów, ze śmiercią włącznie, dopóki nie uda się doszczętnie usunąć złośliwego guza oraz wykluczyć możliwości wystąpienia przerzutów¹⁰.

3. INNE KRYTERIA AKSJOLOGICZNE, KTÓRE NIE DOTYCZĄ JUŻ OPERACYJNOŚCI, LECZ PRAKTYCZNEJ WYKONALNOŚCI I UZASADNIANIA INTERWENCJI MEDYCZNYCH

3.1. ROLA KOSZTÓW FINANSOWYCH

Wśród czynników, które przy określonych warunkach materialnych pacjenta lub organizacji opieki zdrowotnej uniemożliwiają operację, znajdują się niewątpliwie koszty. Pacjent ubogi, nie ubezpieczony lub ubezpieczony niewystarczająco, po prostu nie będzie mógł pokryć kosztów niektórych interwencji chirurgicznych. W innych przypadkach czynniki ekonomiczne mogą narzucać pytanie: czy wolno mi pozbawiać innych ludzi (np. bliskich) ważnych dóbr, aby uzyskać własne wyleczenie lub nieznacznie odsunąć chwilę śmierci?

Taki finansowy punkt widzenia, który również niekiedy decyduje o odpowiedzi na pytanie o dopuszczalność środków, bywa czasem usprawiedliwiony. Przeważnie jednak wyraża materialistyczny sposób myślenia, który niewspółmierną i wielką wartość życia i zdrowia ocenia zbyt nisko w stosunku do wartości pieniądza. Negatywną ocenę takiego finansowego podejścia – zwłaszcza że jest ono przyjmowane nie przez samego pacjenta, lecz przez jego krewnych i lekarzy – znajdziemy już w antycznych przysięgach lekarskich.

3.2. OCENA RYZYKA ZGONU I SZANS POPRAWY

Bez wątpienia w decyzjach o operowaniu złośliwych guzów mózgu mają znaczenie ilościowe czynniki statystyczne czy też ocena szans wyleczenia lub

¹⁰ Zob. na ten temat G r o t e, B e t t a g, dz. cyt., s. 109: Nawet doszczętnie usunięte operacyjnie glejaki zarodkowe odrastają. Pooperacyjny czas przeżycia wynosi zasadniczo kilka miesięcy do roku, rzadko do dwóch lat. Por. też K. z u m W i n k e l i J. A m m o n, *Strahlentherapie*, w: D i e z, U m b a c h, W ü l l e n w e b e r, dz. cyt., s. 484-518.

Radioterapia zwykle daje tylko złagodzenie niektórych symptomów, np. złagodzenie bólu i innych objawów, zwolnienie rozsiewania, ale prawie nigdy nie prowadzi do wyleczenia. Ponadto tym pozytywnym skutkom towarzyszą negatywne, takie jak uszkodzenie rdzenia kręgowego i mózgu lub skóry i tkanki naczyniowej, i łącznej (zob. tamże, s. 489-491).

przeżycia. Jeśli umieralność jest wysoka (w niektórych guzach powyżej 50%) lub nadzieja na poprawę niewielka, decyzję o poddaniu się operacji należy pozostawić pacjentowi. W takich wypadkach również lekarz właściwie nie ma prawa doradzać żadnego rozwiązania lub – w oparciu o własny sąd sumienia – odmówić operacji, ponieważ specyfika tak radykalnie różnych punktów widzenia, w jakich znajdują się lekarz i pacjent, sprawia że decyzja w decydującej mierze staje się sprawą osobistego uznania, pozbawionego jasnego oparcia w oczywistości odpowiednich ocen i wartościowań. Nie można pozwolić komukolwiek poza pacjentem i być może jego najbliższymi na podejmowanie tego rodzaju decyzji lub dawanie rad. Naturalnie, zachowuje swą ważność obowiązek pełnej informacji wobec pacjenta.

4. NIEMOŻLIWOŚĆ CZYSTO MEDYCZNYCH DECYZJI (ZNAJDUJĄCYCH SIĘ POZA KONTEKSTEM DOBRA I NIEKTÓRYCH RODZAJÓW WIEDZY NA TEMAT KRYTERIÓW AKSJOLOGICZNYCH) W LECZENIU ZŁOŚLIWYCH GUZÓW MÓZGU

Każde więc rozważanie czynników, przez które interwencja chirurgiczna staje się pożądana lub niepożądana, zakłada hierarchię odnośnych dóbr. Dlatego obiektywne uzasadnienie owej hierarchii ma znaczenie decydujące. Konieczna tutaj zwięzłość pozwala nam tylko na wysunięcie kilku sugestii, które wymagają dalszego szczegółowego uzasadnienia:

- Kryteriologiczno-aksjologiczna perspektywa hierarchii dóbr jako kryterium rachunku dóbr.
- Wartość istotnych cech normalnej i racjonalnej świadomości jest wyższa niż sam ilościowo dłuższy czas życia.
- W rachunku dóbr czynniki czysto ilościowe tworzą oczywisty porządek dóbr „wyższych” i „niższych”, zakładając, że inne czynniki pozostają sobie równe.

W obrębie takich czysto ilościowych skal wartości (życie dłuższe w stosunku do krótszego, wyższe ryzyko zgonu czy szanse wyleczenia itd.) można wymienić zarówno wartości ilościowe, na przykład procentowo wyrażone szanse powodzenia lub ryzyka zgonu, jak również czynniki epistemologiczne, takie jak pewność i niepewność.

Również wielkość przypuszczalnego czasu przedłużenia życia i szanse powodzenia stanowią oczywiste kryterium. Prowadzi nas to do następnego kroku.

- Istnieje imperatyw – z wyjątkiem przypadku dobrowolnie składanej ofiary – uznania dobra pacjenta, nie zaś postępu nauki, za kryterium główne dokonywanego przez lekarza rachunku dóbr w leczeniu złośliwych guzów mózgu.

Eksperymentów i ich usprawiedliwienia nie wolno dokonywać w duchu urzeczawiania pacjenta. Może on jedynie całkowicie dobrowolnie przyjąć na siebie ryzyko dla dobra nauki czy też innych pacjentów.

Bez wątpienia można by jeszcze bardzo wiele powiedzieć na ten temat. Należałoby na przykład odróżnić pewne podstawy rachunku dóbr od takich, które są dane z o wiele mniejszą jasnością czy nawet są sprawą subiektywnego uznania. Chcielibyśmy jednak zakończyć ten szkic zwięzłą wskazówką dotyczącą charakteru pozostałych złożonych problemów.

5. TEORIOPOZNAWCZE PROBLEMY RACHUNKU DÓBR W KONTEKŚCIE LECZENIA ZŁOŚLIWYCH GUZÓW MÓZGU

Czy pewność empiryczna i uzasadnianie typu empirycznego mogą stanowić podstawę dla decyzji etycznych? Czy Popperowska teoria nauki mogłaby stanowić bazę medycznej refleksji nad wartościami? Jaką rolę w ramach filozoficznego poznania wartości przez lekarzy odgrywa ogólny istotowy ogląd struktur apriorycznych?¹¹

Jaka jest rola mądrości jako poznania tej nieskończenie różnorodnej, konkretnej rzeczywistości, której nie da się wywieść z zasad ogólnych metodą praktycznego sylogizmu? Jaka jest rola rachunku dóbr opartego tylko na domniemaniu i wyczuciu, którego nie można obiektywnie uzasadnić? Jakie jeszcze rodzaje poznania rozumowego znajdujemy w tej dziedzinie?

Jaki wpływ na medyczny rachunek dóbr wywierają ogólne nastawienia etyczne i religijne? W jakim stopniu lekarz powinien sprzyjać określonym postawom wobec podstawowych wartości ludzkiej egzystencji? Czy powinien je uwzględniać, czy nie?

Thum. *Patrycja Mikulska*

¹¹ Zob. J. Seifert, *Objektivismus in der Wissenschaft und Grundlagen philosophischer Rationalität. Kritische Überlegungen zu Karl Poppers Wissenschafts-, Erkenntnis- und Wahrheitstheorie*, w: *Die Gedankenwelt Sir Karl Poppers: Kritischer Rationalismus im Dialog*, red. N. Leser, J. Seifert, K. Plitzner, Heidelberg 1991, s. 31-74 oraz zamieszczona tam dyskusja, s. 75-82.