

ROCZNIK
WYDZIAŁU
FILOZOFICZNEGO
WYŻSZEJ SZKOŁY
FILOZOFICZNO-PEDAGOGICZNEJ
IGNATIANUM
W KRAKOWIE
T. XIII: 2007

**ANNUARIUM
FACULTATIS PHILOSOPHICÆ
SCHOLÆ UNIVERSITARIÆ
PHILOSOPHICO-PÆDAGOGICÆ
IGNATIANUM CRACOVIAE**

T. XIII: 2007

Contents, p. 7-8

**Cracoviæ 2007
Editiones *IGNATIANUM* – Editiones WAM**

**ROCZNIK
WYDZIAŁU FILOZOFICZNEGO
WYŻSZEJ SZKOŁY
FILOZOFICZNO-PEDAGOGICZNEJ
IGNATIANUM W KRAKOWIE**

T. XIII: 2007

W latach 1988–1999:
ROCZNIK WYDZIAŁU FILOZOFICZNEGO
TOWARZYSTWA JEZUSOWEGO W KRAKOWIE

Kraków 2007
Wydawnictwo *IGNATIANUM* – Wydawnictwo WAM

WYŻSZA SZKOŁA FILOZOFICZNO-PEDAGOGICZNA „IGNATIANUM”

WYDZIAŁ FILOZOFICZNY

ul. Kopernika 26, 31-501 KRAKÓW

tel: 012/432 70 50; fax: 012/423 00 38

e-mail: filozofia@ignatianum.edu.pl

www.ignatianum.edu.pl/filozofia

Konto Bankowe:

BPH PBK IV O/Kraków 91 1060 0076 0000 3200 0047 4367

Redakcja

Stanisław Ziemiański SJ

Recenzenci

Prof., dr hab. Stanisław Bafia, Prof. dr hab. Tadeusz Biesaga SDB,
Prof. dr hab. Ryszard Legutko, Prof. dr hab. Maciej Manikowski.

ISSN PL 0860-9675

Skład i druk:

Drukarnia Wydawnictwa WAM, ul. Kopernika 26, 31-501 Kraków

SPIS TREŚCI

ARTYKUŁY

- Jan Karol DORDA SJ,
Skąd się bierze i co oznacza pojęcie nieskończoności? 11
- Marcin KOCHANEK,
Etyczne granice uporczywej terapii 23
- Barbara KRASOŃ, *Etyczna ocena diagnostyki prenatalnej* 121
- Cezary KACPRZAK,
Charakterystyczne motywy filozofii Leonarda da Vinci 189
- Stanisław LUCARZ SJ,
*Problematyka cielesności
w antropologii Klemensa Aleksandryjskiego* 243
- Wiesław SZUTA,
*Człowiek w ujęciu ks. Tadeusza Ślipki SJ oraz wybranych polskich
tomistów współczesnych – podobieństwa i różnice* 256
- Jarosław PASZYŃSKI SJ,
*Verborgene Gottheit. Inhalt und Struktur
des ersten Kapitels Pseudo-Dionysius' Über die Namen Gottes* 277
- Miklós MARÓTH,
Wpływ kultury islamskiej na Europę Środkową 287

RECENZJE

- Piotr DUCHLIŃSKI,
Religia z empirycznego punktu widzenia 305
- Jerzy MACHNACZ,
Übersetzung von Alexandre Koyré, Descartes und die Scholastik 315

Jerzy MACHNACZ, <i>Edith-Stein-Jahrbuch</i>	319
Stanisław ZIEMIAŃSKI SJ, <i>Summe einer philosophischen Gotteslehre</i>	323
Stanisław ZIEMIAŃSKI SJ, <i>VIII tom Powszechnej Encyklopedii Filozofii</i>	327

CONTENTS

PAPERS

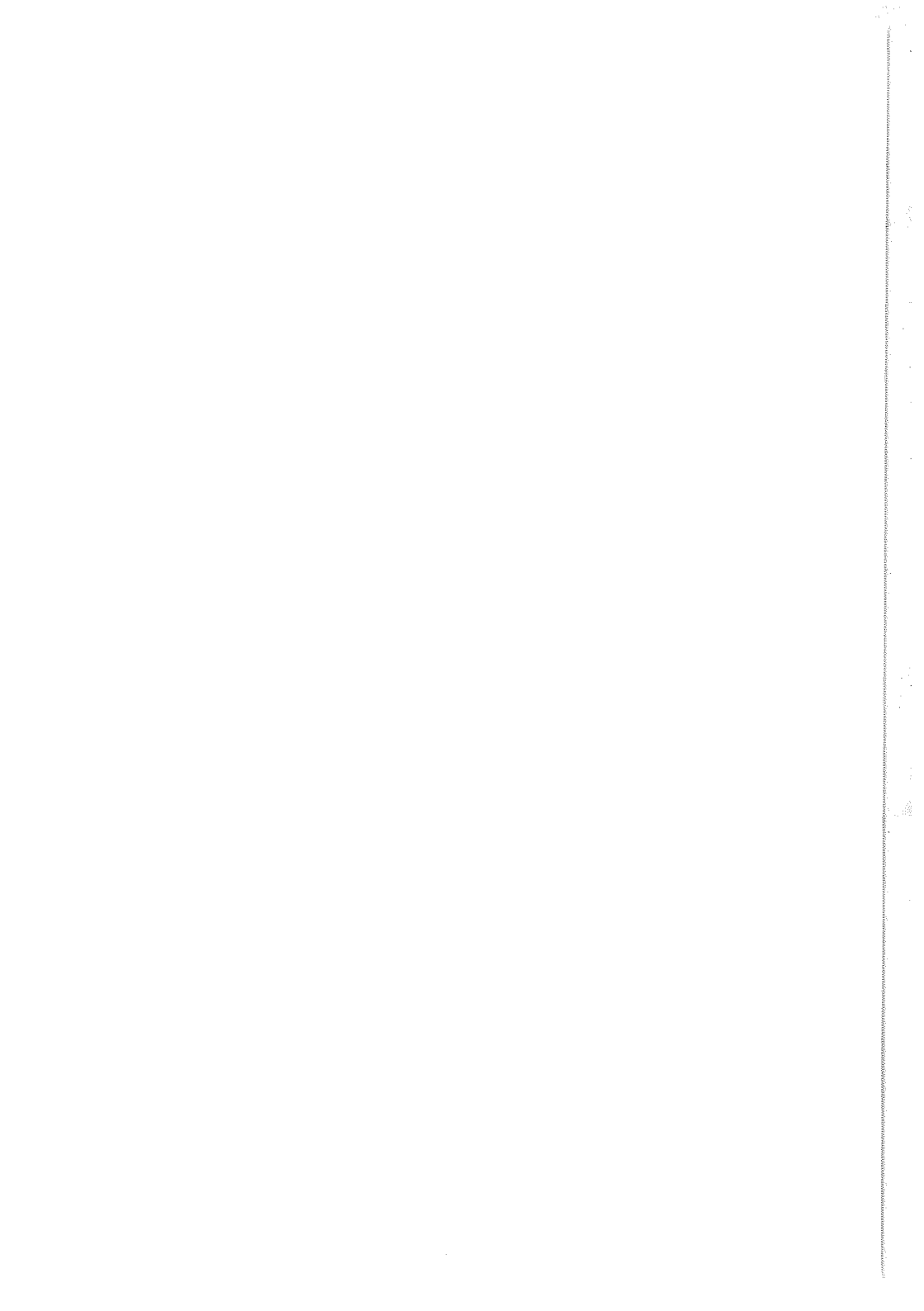
- Jan Karol DORDA SJ,
The Concept of Infinity. What it means and how it is formed? 11
- Marcin KOCHANEK,
Ethical Limits of the Obstinate Therapy 23
- Barbara KRASOŃ,
The Ethical Evaluation of Prenatal Diagnostics 121
- Cezary KACPRZAK, *The Characteristic Traits
of Leonardo's da Vinci Philosophy* 189
- Stanisław ŁUCARZ SJ, *The Human Body Problems
in the Clemens' of Alexandria Anthropology* 243
- Wiesław SZUTA, *Human Being according to Fr. Thaddaeus Ślipko SJ
and few other Contemporary Polish Thomists* 256
- Jarosław PASZYŃSKI SJ,
*The Hidden Divinity according to 1st Chapter
of Pseudo-Dionysius' „De Divinis Nominibus”* 277
- Miklós MARÓTH,
The Influence of Islam Culture in the Middle Europe 287

BOOK REVIEWS

- Piotr DUCHLIŃSKI,
Empirical Approach to Religion 305
- Jerzy MACHNACZ,
*Edith Steins and Hedwig Conrad-Martius
„Descartes and Scholastic”* 319

Jerzy MACHNACZ, <i>Edith Stein Yearbook</i>	319
Stanisław ZIEMIAŃSKI SJ, <i>Walter Bruggers The Summa of Philosophical Theology</i>	323
Stanisław ZIEMIAŃSKI SJ, <i>Universal Encyclopedia of Philosophy</i> , vol. 8.	327

ARTYKUŁY



Jan Karol DORDA SJ

SKĄD SIĘ BIERZE I CO OZNACZA POJĘCIE NIESKOŃCZONOŚCI?

1. Nie zmysły, lecz proces umysłowy

Nie dostarczają „wrażeń” nieskończoności zmysły, ani gdy chodzi o nieskończenie wielkie, ani gdy chodzi o nieskończenie małe. Jeśli np. podnieta sprawia wrażenie progowe czy maksymalne, to albo opieramy na nim sąd: wrażenie jest ledwo dostrzegalne, albo: jest niezmiennie przy dalszym zwiększaniu podniety. Podobnie przy ocenianiu odległości: albo ledwo odróżniam dwie plamki bardzo małe, albo ledwo widzę coś bardzo odległego. Tak samo przy słuchu: albo odróżniam odrębne trwanie wstrząśnienia, albo nie odróżniam; wtedy zaczynają być początkowym najniższym tonem, ton wreszcie coraz wyższy przestaje słyszeć. Zmysł wysiłku obraca się również w granicach progu i przekraczania możliwości.

Takie oderwane stąd pojęcia, jak: brak wrażenia, którego oczekujemy, trwanie wrażenia, zmienność wrażenia, jego granica górna dają podstawę do wytworzenia abstrakcyjnego pojęcia o czymś mniejszym lub większym niż to, co dane jest we wrażeniu. Odnosić można te abstrakcje do czasu, wymiarów przestrzennych, natężeń. Zmysły obracają się w sferze wielkości skończonych

2. Czynność umysłu wiodąca do pojęcia nieskończonego

Porównywanie, a zwłaszcza szczególna czynność porównywania, zwana mierzeniem, prowadzić będzie do przekroczenia granic tego, co dane jest we wrażeniach zmysłów jako ograniczone. Mierzenie albo zakłada, albo może wytwarzać pojęcie liczby. Podstawą liczby w samej rzeczywistości jest powtarzalność rzeczy podobnych. Można je łączyć w liczbę, gdy są jakościowo te same, a w rzeczywistości różnią się całymi sobą: mówimy wtedy, że są ilościowo różne, a jakościowo równe. Jakościowa tożsamość jest to tożsamość w pojęciu, która nie przeczy różności w rzeczach. Mówimy wtedy, że są równe, nie zaś, że są te same. Równość, większość, mniejszość, *extremum*, ruch i zmiana prowadzą do fikcji nieskończenie małych i wielkich w ten sposób: Jednostki równe dodajemy do siebie, czynność dodawania odcinków można dowolnie przedłużać. Dowolność przedłużania jest więc nieskończonością, ale tylko *in potentia*. Zmianę, ruch można dowolnie przedłużać. I on jest więc nieskończonością *in potentia*. Jeśli więc jest w rzeczach coś nieskończonego, to tylko możność (o ile rzeczy są rzeczy rozciągłe lub zmienne), nie zaś akt: nieskończoność jest więc synonimem możności operacji dodawania, odejmowania, dzielenia, powiększania, pomniejszania, a w rzeczy synonimem możności zmiany *in plus* lub *in minus*.

Gdy pomyślimy tę możność jakoby zrealizowaną w akcie, to ta myśl będzie tu czystym *ens rationis*, którego podstawą w rzeczy jest tylko możność zmiany lub operacji. Czystym *ens rationis* jest więc pojęcie: świat nieskończony, przestrzeń nieskończona, świat wieczny, nie mający początku. Polega ono na pomieszaniu ról możności i aktu. Gdy się zaś dwa pojęcia aktu i potencji wyróżnia, nie jest sensowne w ogóle zadanie pytania, czy świat jest nieskończony i wieczny, jeśli wiemy, że jest zmienny: Pytanie bowiem oznaczałoby, czy możność nieskończona jest tym samym, co akt nieskończony.

3. Matematyka a rzeczywistość

Ponieważ mówimy też o „nieskończeniu małych”, musimy zacząć od pojęcia zera. Zero traktujemy jako zbiór pusty. Przyjmujemy, że pojęcie zbioru, choć jest wyróżnione w pojęciu elementu, da się utworzyć przez definicję elementów, które w rzeczywistości nie istnieją. Nie muszą to być elementy sprzeczne (np. prostokąt różnoboczny opisany na kole), lecz po prostu nie istniejące (np. emigracja polska na Merkurym, lub polscy królowie elekcyjni w XIX wieku). Liczbę kardynalną wyrażającą moc takich zbiorów nazywamy zerem.

Zero w arytmetyce (np. w pewnikach Huntingtona) określamy jako postulat istnienia takiego elementu z , iżby $z + z = z$. Że taki element jest tylko jeden, wynika z prawa operacji $+$, a mianowicie z prawa łączności i przemienności dodawania. Zero można też określić przez przyporządkowanie punktów liczbom na osi liczbowej za pomocą ich odległości od początku układu. Będzie to więc zbiór odległości punktów od początku układu. Wówczas np. ciąg: $1, \frac{1}{2}, \frac{1}{3}, \frac{1}{4} \dots$ ma granicę g , która spełnia dla danego z góry ε , dowolnie małego nierówność ważną od $n > 1/\varepsilon$, dla wszystkich wyrazów ciągu: $|g - \frac{1}{n}| < \varepsilon$. g oznacza wówczas „zero”. To ostanie określenie operuje samymi liczbami skończonymi z dodatkiem „każdy” lub „wszystkie” $n > 1/\varepsilon$. W tym pojęciu „każdy” – jak łatwo dostrzec – mieści się sens „każdy możliwy”, a możliwość jest związana i opisana warunkiem: $n > 1/\varepsilon$. „Nieskończenie małe (odległości)” oznaczają więc „możliwość zmniejszenia danej skończonej odległości”. Aktualność nieskończenia małych jest więc podstawieniem niewłaściwego wyrazu „akt” za możliwość czegoś, co jako skończone ulega pomniejszeniu.

Z pojęciem więc nieskończoności jest związane tylko pojęcie możliwości lub zmiany elementów zawsze skończonych. Nie wykraczamy więc poza nieskończoność w sensie potencjalnym czegoś, co aktualnie jest skończone i zmienne. „Nieskończoność aktualna” rzeczy zmiennych jest terminem sprzecznym, jeśli go pojmujemy jako przeciwstawny „nieskończoności możliwej”.

Weźmy przekształcenie płaszczyzny na koło o promieniu 1, zatoczone dokoła początku układu. Jest więc dla każdego punktu odległego o R od początku układu na płaszczyźnie punkt odległy o r od początku układu i taki, że $r.R = 1$. Dopóki $r > 0$, R jest określone. $R = 1/r$. Gdy atoli $r = 0$, R przestaje być określone, bo nie można dzielić przez zero. W powyższym więc odwzorowaniu płaszczyzny na kole i na odwrót brak odwzorowania dla początku układu, tj. dla środka koła. Ten brak wyrażamy inaczej: Przypisujemy R wartość ∞ i umawiamy się, że i taki punkt „leży na płaszczyźnie”. To chyba wystarczy, by uznać $R = \infty$ za *ens rationis.ratiocinantis*, podobnie jak i „płaszczyzna nieograniczona” nie jest przymiotem jakiegokolwiek przedmiotu działającego na zmysły, lecz tylko *ens rationis* oparty na pojęciu płaszczyzny ograniczonej.

Matematyka dostarcza jeszcze innych dowodów, że *ens rationis* „nieskończoność” jest związana tylko z pojęciem „możebności”, a więc *indefinitum* pod względem istnienia i zmiany, a także z pojęciem „każdy” lub „wszystko”. Zastanówmy się np. nad najprostszym zbiorem, nad zbiorem liczb naturalnych 1, 2, 3, 4, ... „Każda” liczba naturalna jest skończona, do każdej można utworzyć liczbę od niej większą. Ten fakt wyrażamy twierdzeniem, że zbiór wszystkich liczb naturalnych jest nieskończony. „Nieskończony” oznacza tylko negację, że ilość wszystkich liczb naturalnych nie jest liczbą naturalną. Jeśli więc mimo to tworzymy pojęcie „nowych liczb” (tj. pozaskończonych), a liczby naturalne są oczywistą własnością rzeczywistości, to nieskończone liczby musimy zaliczyć do tworów czysto umysłowych (*ens rationis*).

Można to twierdzenie o czysto umysłowym charakterze „liczb nieskończonych” uzmysłowić następującym rozważaniem, które streszczam w tezie: „Gdyby świat był aktualnie nieskończony, żadna własność ilościowa nie dałaby się określić za pomocą liczby skończonej”. Wyobraźmy sobie świat nieskończony, taki, żeby tylko każdy co tysięczny człowiek miał ubranie, a reszta niech będzie naga. W tym świecie bez stworzenia czegokolwiek nowego można sprawić, że każdy będzie miał ubranie (a nawet dowolną ilość ubrań. Wystarczy

w tym celu zarządzić, by ludzie oznaczeni numerami 1000, 2000, 3000, 4000 itd. oddali swe ubranie ludziom oznaczonym cyfrą lub liczbą powstającą z numeru posiadaczy ubrań przez skreślenie trzech końcowych zer. Otrzymując więc ubrania ludzie oznaczeni przez 1, 2, 3, 4 itd., a więc nie będzie ludzi nagich. Operacja przeniesienia ubrań posiadaczy na nagich jest wprawdzie trudna, ale wykonalna w skończoności, bo każdy numer ma odpowiednik w innym numerze skończonym. Wniosek z powyższego przyporządkowania jest ten, że w świecie nieskończonym przestają być prawdziwe determinacje „mieć ubranie”, „nie mieć ubrania”, „mieć taką czy inną ilość ubrań”, co da się rozciągnąć również na inne determinacje ilościowe. Wszystko w takim świecie (wraz z rozwiązaniem kwestii społecznej) da się zrobić wyłącznie w drodze rozporządzenia administracyjnego, które jest *ens rationis*. Stąd, że wszystko dzieje się tam przez wszechwładne *ens rationis*, wynika, że świat nieskończony jest *ens rationis*.

Jeśli więc pytamy o stosunek matematyki do rzeczywistości, trzeba odpowiedzieć, że matematyka odzwierciedla aktualną rzeczywistość tam, gdzie spotykamy możliwości, zmiany, ruchy. Tak można by sucho wypowiedzieć patetyczne zdanie Kroneckera: Pan Bóg stworzył liczby naturalne, wszystko inne wymyślił człowiek. Zdanie Kroneckera uzupełniamy podaniem celu i podstawy tych wymysłów ludzkich; trzeba było mianowicie takie sprawy, jak możebność, zmianę i ruch, powiększanie się i pomniejszanie, nagiąć pod schemat liczby, a to się zrobiło przez szczęśliwy wymysł granic nieskończenie małych i nieskończenie wielkich. Ten wymysł znajduje więc całkowite pokrycie w możebnościach i w zmienności rzeczy skończonych, gdy nieskończonościom przypisać aktualność.

Pojęcie nieskończonych (małych i wielkich) należy do sposobu naszego poznawania; jest zaś pytanie, pod jakimi warunkami sposób poznania może być przeniesiony na rzeczy, czyli może być uznany za sposób ich istnienia. Widzieliśmy, że można tylko o tyle przenieść na rzeczy pojęcie nieskończoności, o ile dotyczy możności, o ile nie jest coś „*infinitum in potentia infinitum*”. Widzieliśmy również, że (pewne) własności przestają być określone, jeśli założymy, że jest *in actu* nieskończenie wiele rzeczy.

4. Zbiór przedmiotów mających własności wymienne i wyrażalne liczbą skończoną, nie może być nieskończony.

Dowód tezy: Przypuśćmy, że twierdzenie jest fałszywe. Może zatem istnieć zbiór nieskończony przeliczalny ludzi. Niech tą własnością wymienną i wyrażalną przez liczbę skończoną będzie liczba kapeluszy, posiadanych przez każdego człowieka. Niech np. każdy posiada jeden kapelusz. Jest więc i ilość kapeluszy nieskończona i stanowi zbiór przeliczalny.

Wszystkie zbiory przeliczalne są równej mocy, to znaczy że ich elementy dadzą się przyporządkować w sposób wzajemnie jednoznaczny zbiorowi liczb naturalnych 1, 2, 3 Ponumerujmy więc ludzi i ich kapelusze, każdego tym samym numerem co i jego kapelusz. Zdanie opiewające, że każdy człowiek ma kapelusz, oznacza: Gdy zbiór ludzi i zbiór kapeluszy przyporządkujemy zbiorowi liczb naturalnych, to do człowieka mającego numer 1 należy kapelusz mający numer 1; do człowieka mającego numer 2 należy kapelusz z numerem 2, itd.

Atoli oba zbiory są przeliczalne (równej mocy). Istnieje więc także przyporządkowanie, odpowiadające następnemu przepisowi: Każdy człowiek oznaczony numerem podzielny przez dziesięć odda swój kapelusz człowiekowi noszącemu numer wynikający ze skreślenia zera na końcu swego numeru. Jest rzeczą widoczną, że wszyscy ludzie będą mieli po dwa kapelusze, z wyjątkiem tych, którzy kapelusz oddali, ale i oni mają po jednym kapeluszu.

Z nieskończoności więc i równej mocy zbiorów przeliczalnych wynika, że własność wymienna i wyrażalna liczbą skończoną nie może przysługiwać elementom indywidualnym, jeśli zbiór elementów jest nieskończony. Zastrzeżenie się przeciw temu wnioskowi, powołujące się na fizyczną niewykonalność wymiany kapeluszy w czasie skończonym, jest bezprzedmiotowe, naprzód z tego względu, że możemy wymianie przyznać czas nieskończony, a po wtóre i głównie z tego powodu, że ów przepis dokonania wymiany nie oznacza nic innego jak tylko tę własność obu zbiorów, że są równej mocy.

Nie trzeba dodawać, że na tej samej podstawie (równej mocy) równie dobrze można wzbogacić każdego człowieka w dowolną ilość kapeluszy, jako też pozbawić każdą liczbę ludzi ich kapeluszy, z wyjątkiem niektórych, np. każdy odda swój kapelusz temu, którego numer otrzyma, dopisując do swego numeru sześć zer: wówczas tylko co milionowy człowiek będzie posiadał kapelusz. Gdy więc zbiór ludzi i kapeluszy jest nieskończony, traci sens pytanie, ile kapeluszy ma człowiek. To samo odnosi się do każdej własności wymiennej i wyrażalnej liczbą: własność ta jest wyrażalna wtedy każdą dowolną liczbą. Innymi słowy: założenie nieskończonego zbioru przedmiotów fizycznych pociąga nieokreśloność liczbową własności indywidualnych, które by podlegały wymianie. Stąd wniosek: Nie dotyczy to własności nie podległych wymianie. Stąd dalszy wniosek: W świecie nieskończonym nie ma zmian, a więc zmienność spotykana w świecie jest uwarunkowana skończonością świata.

Zajmiemy się obecnie uściśleniem tego dowodu. Jest nim bowiem luka pozorna, spowodowana tą okolicznością, że dowód jest nie wprost, wychodzi bowiem z przypuszczenia, które samo w sobie już jest absurdem, a mianowicie z przyznania pewnym elementem zbioru własności liczbowo określonej. Zasada bowiem dowodu opiewa: $(p \Rightarrow \sim p) \Rightarrow \sim p$.

Postawimy więc sobie zarzut w następującej postaci: Pomieszano w naszym dowodzie możliwość posiadania różnych stopni własności z aktem posiadania naraz różnych stopni własności. Tymczasem kto twierdzi, że tylko co dziesiąty człowiek ma kapelusz, przyjmuje dla ludzi prawo przyporządkowania liczbom naturalnym $n = 1, 2, 3, 4, \dots$, zaś dla kapeluszy – prawo przyporządkowania tymże liczbom m , wyrażone wzorem $m = E(n/10)$. Przyjęcie jednego prawa przyporządkowania aktualnego nie oznacza, że nie ma możliwości innego prawa. Jeśli zatem przyjęto istnienie pewnego przyporządkowania *in actu*, to istnienie innego prawa przyporządkowania nie oznacza nic więcej jak tylko możliwość. Aby naraz aktualnie zaistniała ta sama własność w różnych stopniach, trzeba by przyjąć, że przyporządkowanie według jednego prawa jest tym samym, co przyporządkowanie

według każdego innego prawa; a to jednak nie mieści się w pojęciu równej mocy obu zbiorów i co więcej – jest fałszem. Jeśli więc aktualnie co dziesiąty człowiek ma kapelusz, to stąd nie wynika, że każdy ma kapelusz, lecz tylko, że każdy może mieć kapelusz, gdy zaistnieje inne prawo przyporządkowania, tj. gdy zaistnieje jakaś czynność przesuwania kapeluszy w całym zbiorze.

W odpowiedzi zastanówmy się, czy rozróżnienie między możliwością i aktualnością posiadania pewnego stopnia własności ratuje sytuację.

Odmienne prawa przyporządkowania nie są niczym innym jak tylko pomyślanymi czynnościami fizycznego przesuwania np. kapeluszy lub ich nadawania i odbierania. Gdy więc wychodzimy ze zdania p , które oznacza, że co dziesiąty człowiek ma kapelusz, to ono oznacza pomyślany akt posiadania, lecz jeszcze nie rzeczywisty, to bowiem jest jeszcze zakwestionowane, gdy posługujemy się formą dowodu nie wprost: $(p \Rightarrow \sim p) \Rightarrow \sim p$.

Otóż gdyśmy pomyśleli czynność fizyczną, przez którą co dziesiąty człowiek ma kapelusz, to z tak pomyślanej aktualności wynika na mocy przeliczalności obu zbiorów (ludzi i kapeluszy) pomyślenie każdej innej czynności fizycznej nadającej lub odbierającej aktualnie kapelusze w dowolnej ilości: $p \Rightarrow \sim p$. Ta implikacja jest ważna na razie w porządku ideowym, bo czynność nadawania lub odbierania była tak w p jak i w $\sim p$ tylko pomyślana jako czynność fizyczna.

Gdy więc porządek ideowy staje się realny, tj. gdy w nim się odzorowuje przez czynność fizyczną, czyli gdyby aktualnie co dziesiąty człowiek miał kapelusz, to implikacja zachowuje swą wartość także w porządku realnym, to znaczy że każdy miałby aktualnie dowolną ilość kapeluszy. Pochodzi to stąd, że czynność przyporządkowania tak w p jak i w każdym innym przypadku objętym zdaniem $\sim p$, fizycznie jest tego samego gatunku, polega bowiem na przesuwanie kapeluszy.

5. Zbiór Mazurkiewicza-Sierpińskiego

Można by zarzucić, że chcąc przejść z takiego przyporządkowania, w którym co dziesiąty człowiek ma kapelusz, do jakiegokolwiek $\sim p$, posługując się fizycznym przesuwaniem, potrzeba do zrealizowania $\sim p$ nieskończenie długiego czasu.

Odpowiadam: 1°, że ten wzgląd czasowy jest obojętny dla naszego twierdzenia; 2°, że da się skonstruować przypadek wykonania przesunięcia fizycznego bez uciekania się do nieskończonego czasu, a mającego ten skutek, że wszystkie elementy nieskończonego zbioru, nie mające pewnej własności, uzyskują ją przez przesunięcie, dokonane w dowolnym skończonym czasie. Takim przykładem jest pewien zbiór Mazurkiewicza-Sierpińskiego odpowiednio zmodyfikowany oraz zinterpretowany fizycznie.

Przystąpmy do określenia zbioru Mazurkiewicza-Sierpińskiego. Na płaszczyźnie obieramy układ współrzędnych kartezjańskich i zaliczamy do zbioru początek współrzędnych oraz wszystkie te punkty \underline{z} , które z już wyznaczonych powstaną przez dwie operacje: $T(z) = z + 1$, lub $R(z) = z \cdot e^i$. Pierwsza jest operacją przesunięcia punktu z o jednostkę na prawo; druga jest obrotem pozycji \underline{z} o kąt jednostkowy względem osi prostopadłej do płaszczyzny układu w punkcie początkowym układu współrzędnych. Nazwijmy ten zbiór C . Są w nim punkty określone w ten sposób, że ostatnią operacją określającą jest $R(z)$ oraz takie, przy którym określeniu ostatnią operacją jest $T(z)$. Do punktów zbioru R zaliczamy też początek układu.

Da się udowodnić twierdzenie, że podział zbioru $C = R + Z$ ma tę własność, że każdy punkt zbioru C należy albo do R , albo do T i że R i T nie mają ani jednego punktu wspólnego.

Przerysujmy punkty R na jednej płaszczyźnie, zaś punkty T na osobnej drugiej płaszczyźnie. Pokryjmy płaszczyznę R płaszczyzną zawierającą całkowity zbiór C . Jest rzeczą oczywistą, że w płaszczyźnie C zostaną pokryte tylko punkty R , a nie pokryte punkty T . Na odwrót, gdy płaszczyzną C pokryjemy płaszczyznę T , zostaną w C nie pokryte punkty R .

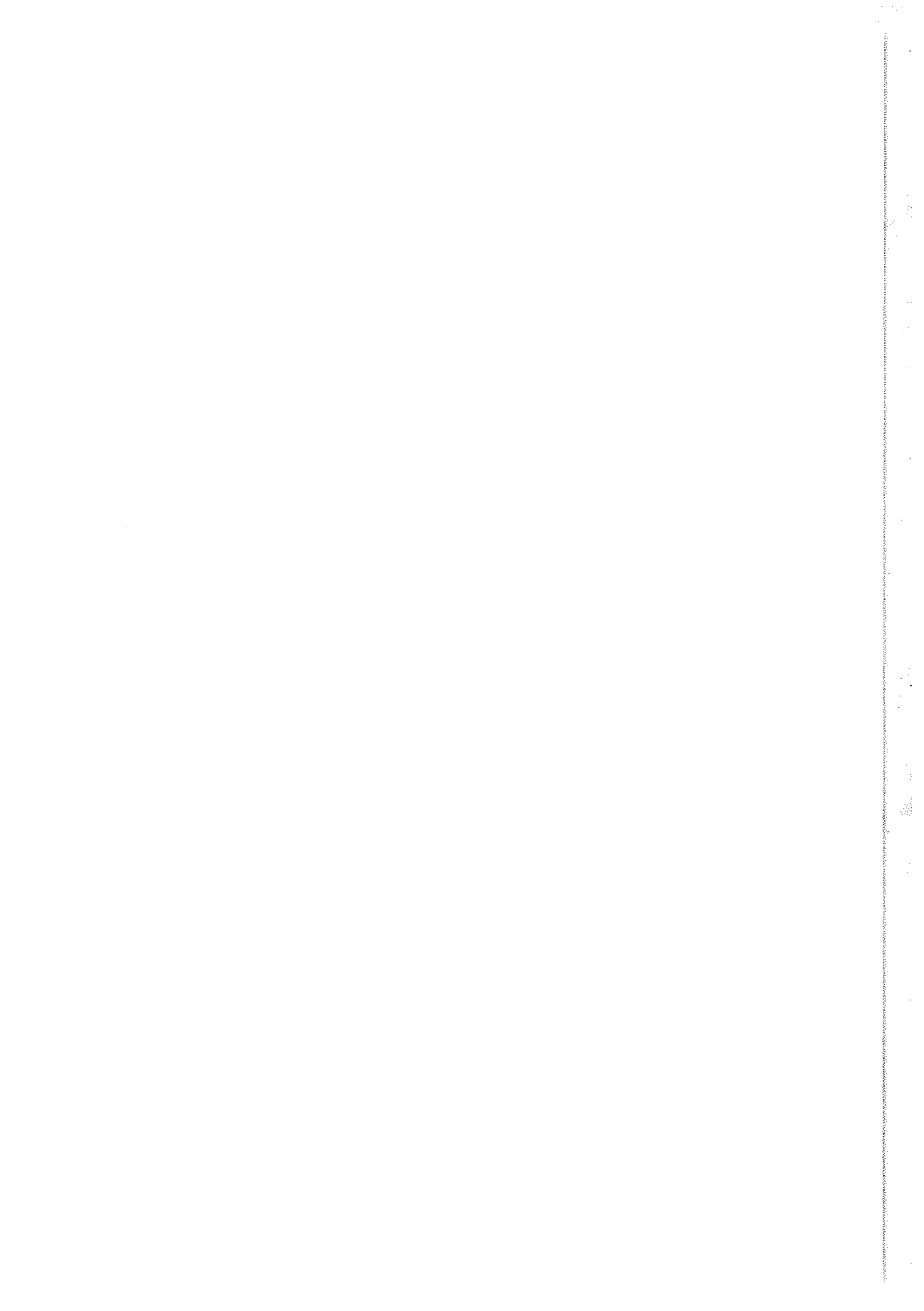
Obecnie obracamy płaszczyznę C o kąt jednostkowy. Przez tę operację punkty R wystarczą do pokrycia wszystkich punktów C . Gdy zaś płaszczyznę C przesuniemy o jednostkę w prawo, wszystkie punkty T wystarczą do pokrycia wszystkich punktów C . Ubocznie warto zauważyć, że te stosunki można przez analogię porównać ze stosunkami, na mocy których w Trójcy św. fałszywym jest zarzut czerpany z zasady: *Quae sunt eadem uni tertio, sunt idem inter se*. Jeśli mianowicie poddamy zbiór C relacji R , to C i R są zbiorami identycznymi; jeśli zaś C poddamy relacji T , to C i T są identycznymi zbiorami. Fałszywym byłby jednak wniosek, że R i T są zbiorami identycznymi: są to bowiem zbiory nie mające ani jednego punktu wspólnego, choć każdy pokrywa się z $C = R + T$, gdy zastosujemy do C relacje R względnie T .

Dla celu, jakim jest dowód naszej tezy, utworzymy zbiór mas punktowych, równych między sobą, rozmieszczonych na płaszczyźnie tak, jak punkty zbioru Mazurkiewicza-Sierpińskiego, i dołączmy doń na drugiej płaszczyźnie zbiór mas takich samych, rozmieszczonych w ten sposób jak punkty w zbiorze T . Łączny zbiór tak otrzymany D składa się ze zbiorów R , T , T' .

Niech płaszczyzna ze zbiorem T' będzie równoległa do płaszczyzny zbioru C . Nadajmy punktom zbioru T' prędkości między sobą równe i skierowane prostopadle do płaszczyzny C , przy czym założymy, że punkty materialne są doskonale sprężyste. Jeśli układy współrzędnych na obu płaszczyznach są sprowadzone do nakrycia, to przed zderzeniem punktów mamy w układzie D punkty nieruchome zbioru R i T , oraz zaopatrzone w prędkość punkty T' . Po zderzeniu będą nieruchome punkty R i T' , zaś punkty T przejmą prędkość od punktów T' . Wystarczy jednak przed zderzeniem przesunąć płaszczyznę C o jednostkę w prawo, aby wszystkie punkty $R + T$ otrzymały prędkość od punktów T' w chwili zderzenia. Okazaliśmy więc, że istnieje przesunięcie dokonane w czasie skończonym, które sprawia, że punkty R nie mające własności zwanej prędkością tę własność otrzymują i to bez uszczuplania prędkości w zbiorze T .

Można odwrotnie okazać, że gdy podobnie zaopatrzymy w prędkość punkty zbioru C, zaś punkty zbioru T' będą w spoczynku, to bez przesunięcia zbioru C punkty R zatrzymają prędkość i otrzymają ją punkty T': zaś po przesunięciu C punkty R utracą prędkość na równi z jej stratą przez punkty T, a skutek pozostanie ten sam w punktach T': otrzymanie prędkości przez T'.

Zgodziliśmy się wyżej na złagodzenie sensu implikacji ($p \Rightarrow \sim p$) $\Rightarrow \sim p$, a mianowicie : zamiast zdania „jeżeli co dziesiąty ma kapelusz, to ma go każdy”, prawdziwym jest zdanie: „jeżeli co dziesiąty ma kapelusz, to da się zrobić, że każdy ma kapelusz.” Otóż w tym samym znaczeniu ważna jest również implikacja odwrotna: $\sim p \Rightarrow p$, przy czym p i $\sim p$ zatrzymują w obu implikacjach swoje znaczenie nie zmienione. Atoli iloczyn obu powyższych implikacyj jest definicją równoważności: $p \equiv \sim p$. Ta równoważność oznacza treść naszej tezy: Mieć pewną własność w jakimś stopniu i mieć ją w innym stopniu są to określenia równoważne. Gdy więc są to określenia równoważne, to elementom zbioru nieskończonego nie przysługuje własność wymienna, dająca się określić liczbą.



Marcin KOCHANEK

ETYCZNE GRANICE UPORCZYWEJ TERAPII

Wstęp

Żyjemy oto w czasach, w których postęp medycyny jest naprawdę imponujący i nic nie wskazuje na to, by tendencja ta się odwróciła. Z jednej strony powinniśmy się cieszyć, bowiem daje nam to nadzieję na możliwość pokonania w przyszłości chorób, które dziś uważane są za nieuleczalne. Z drugiej jednak strony, wykorzystanie zdobyczy owego postępu może czasem budzić kontrowersje.

Dzieje się tak na pewno w przypadku działań, które wykraczają poza pewne ramy lekarskich powinności. Przykładem jest tutaj podejmowanie działań medycznych w sytuacji, w której nie ma realnych szans na przywrócenie życia. Niniejszy artykuł będzie zwróceniem uwagi na pytania, jak daleko sięga obowiązek lekarza (otoczenia) podejmowania działań celem podtrzymania życia umierającego? Czy obowiązkiem, zwłaszcza lekarza, jest ratowanie pacjenta „za wszelką cenę”, „aż do końca” i „na wszelkie sposoby”? Jako potwierdzenie konieczności podjęcia takiej tematyki niech świadczy fakt, że każdego dnia w Polsce ponad 300 osób zapada na raka, z czego ponad 220 umiera.

W pierwszym punkcie przedstawione zostanie kliniczne ujęcie choroby oraz pojęcie stanów terminalnych, z którymi często związany jest problem wyniszczenia nowotworowego (kacheksja), braku

apetytu (anoreksja), jak też odleżynowych uszkodzeń skóry. Zwrócenie uwagi na te aspekty umożliwi zbudowanie pełniejszego obrazu chorego człowieka, znajdującego się w terminalnej fazie choroby, po to, by w tym kontekście spojrzeć na problem uporczywej terapii, o której również będzie mowa w tym punkcie.

Zostaną w nim także przywołane przykłady zabiegów, które wykonywane na krańcowo wyniszczonym przez chorobę nowotworową organizmie, mogą się okazać formą terapeutycznej uporczywości. Omawiane w punkcie pierwszym następstwa zarówno choroby, jak i zabiegów podejmowanych przez lekarzy, związane są z bólem. Z tego względu problematyka bólu, oceny jego natężenia, oraz metod jego zwalczania znalazła miejsce także w tymże punkcie. Jest to ważny problem, z którym medycyna nie potrafiła sobie radzić przez wiele lat, a którego rozwiązanie może znacząco wpływać na komfort życia osób chorych.

Punkt drugi rozpocznie się od charakterystyki wyszczególnionych przez Elizabeth Kübler-Ross pięciu stanów procesu umierania. Poznanie ich pozwoli lepiej przyjrzeć się psychologicznemu obrazowi człowieka terminalnie chorego. Często zaniebdywane problemy, jakimi są komunikacja z ludźmi terminalnie chorymi, oraz sposób przekazywania im niepomysłnych informacji również zostaną omówione w tym punkcie.

Ważne jest również ujęcie socjologiczne i prawne poruszanej w artykule problematyki. Jeśli chodzi o to pierwsze, to – oprócz zwrócenia uwagi na koszty leczenia – przywołane zostaną dane statystyczne, dotyczące liczby zachorowań na nowotwory w kraju i na świecie. W drugim natomiast dokonana zostanie krótka analiza wybranych artykułów Kodeksu Karnego, oraz Kodeksu Etyki Lekarskiej.

Ostatni już, trzeci punkt będzie dotyczył osobowego podejście do pacjenta, z uwzględnieniem jego godności. W tym celu przypomniana zostanie definicja osoby. Pozwoli to na zajęcie odpowiedniego stanowiska w kluczowej kwestii, mianowicie rezygnacji z uporczywej terapii. Dla ułatwienia tej decyzji przywołane zostanie także rozróżnienie środków medycznych na zwyczajne i nadzwyczajne, oraz

nauczanie Kościoła, dotyczące tego zagadnienia. Przedstawienie zaś okoliczności pojawienia się idei medycyny paliatywnej i wprowadzenia jej w życie, zaktualizuje większość aspektów poruszanych w tej pracy, ukazując ich ważność.

1. Choroba, stan terminalny – fakt biologiczny i medyczny

Treścią tego punktu jest kliniczny opis choroby, a zwłaszcza określenie stanów terminalnych, przedstawienie zjawiska wyniszczenia nowotworowego (kacheksja, anoreksja), oraz innych konsekwencji choroby nowotworowej. Ponadto, w punkcie tym zawarta zostanie charakterystyka uporczywej terapii wraz z podaniem kilku jej przykładów. Poruszony zostanie również problem bólu, wyliczone jego rodzaje, przeprowadzona ocena jego natężenia, jak również zaproponowane metody jego zwalczania.

a. Kliniczny opis choroby

Choroba i zdrowie tworzą dwie kontrastujące ze sobą rzeczywistości. Dlatego też każdą z tych rzeczywistości można by definiować poprzez proste zaprzeczenie drugiej. Jednak w pewnych wymiarach byłoby to niedopuszczalnym uproszczeniem, ponieważ – jak twierdzi Józef Wróbel – „zarówno zdrowie (przez fakt, że nie jest zwykłą nieobecnością choroby), jak i choroba (przez fakt, że nie jest zwykłym brakiem zdrowia) posiadają swoja własną, nieporównywalną specyfikę, która domaga się osobnego omówienia”¹. Ponadto „między stanem zdrowia i choroby nie ma ostro zarysowanej granicy”².

¹ J. Wróbel, *Człowiek i medycyna. Teologiczno-moralne podstawy ingerencji medycznych*, Kraków 1999, s. 159.

² Tamże, s. 159.

Podstawowe a zarazem wyjściowe jest **kliniczne określenie choroby**³. Choroba w tym ujęciu to „stan, który aktualnie albo potencjalnie przeszkadza w prawidłowym funkcjonowaniu człowieka”⁴. Jawi się więc ona tutaj jako **brak właściwego porządku strukturalnego i dynamicznego w organizmie człowieka**. Podobne określenie znajdujemy w *Encyklopedii Bioetyki*, gdzie Lucjan Szczepaniak pisze: „Choroba jest procesem dynamicznym, w którym dochodzi do aktywizacji czynników zaburzających zdolność ustroju do utrzymania stałego środowiska wewnętrznego organizmu (homeostazy) i blokujących działanie mechanizmów wyrównawczych”⁵.

Z klinicznego punktu widzenia można wyliczyć niezliczoną ilość chorób, mogących mieć różny przebieg i różną postać, a ich wyróżnienie jest „paralelne do wielości dyscyplin medycyny klinicznej”⁶. Dlatego też „choroba może zaczynać się nagle (np. choroby zakaźne) lub powoli w sposób utajony (np. gruźlica, rak, cukrzyca), a także nagle lub powoli kończyć się. Przebieg choroby może być gwałtowny (choroba ostra) z bardzo wyraźnie występującymi objawami (np. gorączka, dreszcze, różne dolegliwości) lub długotrwały z mniejszym nasileniem objawów (choroba przewlekła). Choroba ostra może przechodzić w przewlekłą i odwrotnie. Choroba przebiega też czasem bezobjawowo (choroba utajona). Zejście choroby może polegać na powrocie ustroju do pełnego stanu zdrowia, na powrocie połowicznym (przejście choroby ostrej w przewlekłą) lub może kończyć się

³ Józef Wróbel uważa, iż ciężko jest podać jednoznaczną definicję zarówno zdrowia, jak i choroby, ponieważ definicja taka (def. choroby) musiałaby mieć na uwadze złożoność fenomenu choroby i jednocześnie zawierać różne jej aspekty, oraz modele, reprezentowane przez nauki szczegółowo zajmujące się tym problemem. Zob. więcej Wróbel J., *Człowiek i medycyna...*, dz. cyt., s. 159.

⁴ S. Poznańska, *Choroba*, w: (red.): M. Barczyński, J. Bogusz, *Medyczny słownik encyklopedyczny*, Kraków 1993, s. 58.

⁵ Lucjan Szczepaniak, *Choroba*, w: (red.) Andrzej Muszala, *Encyklopedia Bioetyki. Personalizm chrześcijański. Głos Kościoła*, Radom 2005, s. 83.

⁶ Wróbel J., *Człowiek i medycyna...*, dz. cyt., s. 160.

śmiercią. Choroba może ograniczać się do jednego narządu (jego części) lub tkanek (choroba miejscowa), a także może obejmować cały organizm (choroba ogólna)⁷. Często też choroby systematyzuje się na podstawie dotkniętych przez nią struktur, stąd mamy np. choroby wewnętrzne, choroby psychiczne, choroby nerwowe, choroby gardła, oczu, nosa, etc.⁸

Zdarza się również, że choroba dominuje nad chorym przez długi okres czasu. Nie dając większych szans na przeżycie, totalnie panuje nad człowiekiem. Do takich chorób zaliczyć można niektóre stany nie dających się wyleczyć złośliwych nowotworów. Choremu pozostaje tylko oczekiwanie na zbliżającą się śmierć. Mówi się wówczas o terminalnej fazie choroby.

b. Stany terminalne

W jednym ze swych artykułów Krystyna de Walden-Gałuszko⁹ podaje definicję stanu terminalnego, która brzmi następująco: „Przez pojęcie ‘stan terminalny’ rozumiemy taką fazę przewlekłej choroby, w której **ustala już możliwość przywrócenia zdrowia** lub przedłużenia życia przez oddziaływanie bezpośrednio na przyczynę choroby. W odniesieniu do choroby nowotworowej oznacza to, że bezzasadne, bo nieskuteczne, okazały się wszelkie formy leczenia onkologicznego”¹⁰. Istnieją przypadki, w których chore osoby po stwierdzeniu, że

⁷ S. Poznańska, *Choroba*, w: *Medyczny słownik encyklopedyczny*, (red.) M. Barczyński, J. Bogusz, Kraków 1993, s. 58-59. Zob. także Aszyk P., *Granice leczenia. Etyczny problem odstąpienia od interwencji medycznych*, Warszawa 2006, s. 127.

⁸ Por. S. Poznańska, *Choroba...*, dz. cyt., s. 59.

⁹ Krystyna de Walden-Gałuszko jest Kierownikiem Zakładu Medycyny Paliatywnej Akademii Medycznej w Gdańsku, jak również Krajowym Konsultantem w Dziedzinie Medycyny Paliatywnej.

¹⁰ Krystyna de Walden-Gałuszko, *Problemy jakości życia chorych w stanie terminalnym*, w: (red.) Jan Dobrogowski, Jerzy Wordliczek, *Medycyna bólu*, Warszawa 2004, s. 561.

nie nadają się do leczenia, przez pewien czas są jeszcze w stanie ogólnym dobrym, mogą wychodzić z domu, mają zdolność do codziennej aktywności. Taki stan bywa przez niektórych nazywany „okresem preterminalnym”, który nie wymaga ingerencji medycznych¹¹.

„Właściwy stan terminalny – jak twierdzi Krystyna de Walden-Gałużko – rozpoczyna się wówczas, gdy w następstwie progresji procesu chorobowego zaczynają się pojawiać dolegliwości fizyczne, pogarsza się sprawność ruchowa uniemożliwiająca swobodne poruszanie się i aktywność”¹². Musimy się wówczas zmierzyć ze specyficzną sytuacją życiową, w której znalazł się chory, a którą charakteryzuje pojawianie się coraz to nowych, przykrych dolegliwości, zwłaszcza bólu. Ponadto choremu towarzyszą często inne, nieprzyjemne reakcje emocjonalne, takie jak: przygnębienie, lęk, niekiedy złość. Upośledzona sprawność ruchowa skutkuje większą izolacją społeczną, utratą pełnionych dotychczas ról społecznych, zarówno zawodowych, jak i czasem rodzinnych.

Stan terminalny należy odróżnić od fazy terminalnej choroby. To ostatnie wyrażenie oznacza „okres postępującej degradacji organizmu, na którą leczenie przyczynowe nie ma żadnego wpływu”¹³. Okres ten prowadzi do stanu terminalnego, w czasie którego nieodwołalnie zanikają czynności życiowe. „Przejawy życia (odzyskiwanie zdrowia) – pisze Piotr Aszyk – i przejawy jego utraty (umierania) nie zawsze są łatwo rozróżnialne i rozpoznawalne. Dlatego pomocne okazuje się kolejne rozróżnienie między krytycznym a terminalnym stanem pacjenta. W przypadku pierwszego śmierć jest możliwa, ale nie zawsze wysoce prawdopodobna (np. niektóre stany powypadkowe). Natomiast pacjenci w stanie terminalnym znajdują się w stadium umierania”¹⁴.

¹¹ Tamże.

¹² Tamże.

¹³ P. Aszyk, *Stan terminalny*, w: (red.) A. Muszala, *Encyklopedia Bioetyki. Personalizm chrześcijański. Głos Kościoła*, Radom 2005, s. 419.

¹⁴ P. Aszyk, *Stan terminalny*, dz. cyt., s. 419.

Naukowo intrygującym zagadnieniem, z którym zmagają się medycyna współczesna, a jednocześnie jednym z najbardziej kontrowersyjnych jest interdyscyplinarny problem przetrwałego stanu wegetatywnego. W 1972 roku wprowadzono **klasyczną definicję¹⁵ przetrwałego stanu wegetatywnego**. Odnosi się ona do „pacjenta, u którego zachowane są odruchy z rdzenia przedłużonego, tym samym jest reaktywny, lecz bez funkcjonowania świadomości. Termin ‘wegetatywny’ został przez autorów starannie wybrany i oznacza organizm zdolny do wzrostu i rozwoju, lecz pozbawiony zdolności zmysłowego kontaktu ze światem oraz myślenia(?)”¹⁶. Brak zauważalnej świadomości pacjenta jest najbardziej znamienym objawem przetrwałego stanu wegetatywnego. Może on być także jedynym objawem takiego stanu, ponieważ pacjent taki może samodzielnie oddychać, ruszać się, mieć nie zaburzoną hemodynamikę oraz pracę narządów wewnętrznych, w obecności faz snu na przemian z okresami otwartych gałek ocznych.

Jednak „jakikolwiek objaw świadomej percepcji, jak np. mruganie powieką lub poruszanie palcem na polecenie, wyklucza rozpoznanie przetrwałego stanu wegetatywnego. Najczęściej występujące zmiany patologiczne obserwowane w przetrwałym stanie wegetatywnym dotyczą rozlanego uszkodzenia aksonów, kory mózgowej oraz podwzgórza i są przyczyną obniżenia przepływu i metabolizmu występującego w konsekwencji ostrego lub chronicznego procesu chorobowego uszkadzającego jedną lub obie półkule mózgowe”¹⁷. Rozpoznanie takiego stanu w praktyce lekarskiej jest zadaniem trudnym i często budzi kontrowersje.

¹⁵ Definicja ta została wprowadzona przez B. Jennett i F. Plum.

¹⁶ J. Andres, A. Macheta, *Przetrwały stan wegetatywny – aspekty medyczne, moralne, prawne i ekonomiczne*, „Folia Medica Cracoviensia”, Vol. XXXIX, 3 – 4, 1998, s. 74. (Polsko-Niemieckie Sympozjum „Etyka w medycynie”, Kraków, 15 – 17 październik 1998)

¹⁷ J. Andres, A. Macheta, *Przetrwały stan wegetatywny – aspekty medyczne, moralne, prawne i ekonomiczne*, art. cyt., s. 74.

Najbardziej charakterystyczne dla tej jednostki chorobowej są:

- Długotrwały brak odpowiedzi organizmu na bodźce zewnętrzne,
- Brak dowodów na funkcjonowanie wyższych czynności mózgu (umysłu),
- Obniżenie metabolizmu kory mózgowej¹⁸.

Warto dodać, iż diagnoza postawiona na podstawie wyżej wymienionych objawów nie jest w stanie przewidzieć rokowania chorego, u którego przetrwały stan wegetatywny rozpoznano, np. w wyniku urazu ośrodkowego układu nerwowego.

Jak podają Janusz Andres i Alicja Macheta, „diagnostyka różnicowa przetrwałego stanu wegetatywnego obejmuje:

- śpiączkę,
- zespół zamknięcia (tzw. locked in syndrome),
- stan minimalnej odpowiedzi (tzw. minimally responsive state),
- śmierć mózgu¹⁹.

Śpiączkę cechuje stan nieprzytomności, w którym pacjent ma zamknięte oczy i brak jest naprzemiennych faz snu i czuwania. Stan taki może trwać krótko (dni, tygodnie) lub dłużej (np. miesiąc) i wtedy jedną z potencjalnych konsekwencji jest przejście w przetrwały stan wegetatywny. Odwracalność przetrwałego stanu wegetatywnego jest problemem dość kontrowersyjnym. „Jeżeli nie możemy liczyć na poprawę kliniczną (co zwykle staje się mało prawdopodobne po roku), to stan wegetatywny staje się utrwalony (permanentny)²⁰.

Kolejnym wymienionym wyżej etapem jest **zespół zamknięcia (tzw. locked in syndrome)**. Pacjenci, którzy znaleźli się w takim stanie, zwykle są zdolni komunikować się z otoczeniem, np. poprzez ruchy gałek ocznych, czy powiek. „Zespół ten jest wyrazem uszkodzenia rdzenia przedłużonego, które objawia się zanikiem dowolnej kontroli nad ruchem z zachowaniem świadomości”²¹.

¹⁸ Tamże, s. 74.

¹⁹ J. Andres, A. Macheta, *Przetrwały stan wegetatywny – aspekty medyczne, moralne, prawne i ekonomiczne*, dz. cyt., s. 74.

²⁰ Tamże, s. 75.

²¹ Tamże.

U pacjentów w stanie **minimalnej odpowiedzi (tzw. minimally responsive state)** poziom świadomości nie jest znany. „Pacjenci, którzy znajdują się w stanie wegetatywnym, często przechodzą w stan odpowiedzi minimalnej, w którym stwierdza się ślady świadomości”²². Jednak przypadki te tworzą dość skomplikowany problem medyczny.

Niestety nie istnieje pewna metoda, dzięki której lekarz może rozpoznać przetrwały stan wegetatywny. Prawdopodobnie najlepszą metodą rozpoznania tej jednostki klinicznej jest „długotrwała obserwacja przez zespół doświadczonych specjalistów”²³. Jednak i tu pojawia się problem, bowiem aż 40 % diagnoz jest stawiana mylnie. Pomocne przy stawianiu diagnozy mogą okazać się rezonans magnetyczny, tomografia komputerowa, encefalogram.

Jednak trzeba mieć na uwadze fakt, że w przedśmiertnej fazie choroby można spodziewać się szeregu nagłych zmian i załamania zdrowia.

c. Kacheksja i anoreksja

Problem wyniszczenia nowotworowego (kacheksja²⁴), jak również brak apetytu, jadłowstręt (anoreksja) są poważnymi problemami, z którymi muszą się zmierzyć lekarze podczas leczenia pacjentów w terminalnych fazach chorób, głównie nowotworowych. Do niedawna nie zwracano większej uwagi na utratę łaknienia u chorych z chorobą nowotworową. Tymczasem jest to „objaw występujący znacznie częściej niż kojarzony głównie z nowotworami ból!”²⁵.

Zrozumienie mechanizmów kacheksji jest bardzo ważne, bowiem pozwala stwierdzić, w jakim przypadku terapia ma szansę powodzenia (powstrzymanie spadku masy ciała, lub jej wzrost), a w jakim na-

²² Tamże..

²³ Tamże.

²⁴ Kacheksja wywodzi się z grec. *kakos* – zły, *heksis* – kondycja.

²⁵ C. Juda, *Postępowanie w zespole wyniszczenia nowotworowego*, „Twój Magazyn Medyczny” (12) 2004 – Medycyna Paliatywna, s. 28.

leży się poddać i pozwolić choremu godnie i spokojnie umrzeć (okres terminalny)²⁶.

Mówiąc o **kacheksji**, jako o wyniszczeniu nowotworowym, mamy na myśli „brak apetytu i spadek masy ciała towarzyszący nieprawidłowościom metabolicznym, gdzie dochodzi do **utrąty tkanki tłuszczowej i białka**”²⁷. W przeciwieństwie do zdrowych osób, które głodując tracą głównie tkankę tłuszczową (organizm oszczędza białko), osoby z zespołem wyniszczenia nowotworowego tracą zarówno tłuszcz, jak i białko. Co więcej, „udowodniono, że w chorobie nowotworowej zwiększony dowóz kalorii nie jest w stanie wyrównać masy ciała u pacjenta ciągle tracącego na wadze”²⁸. Cezary Juda zauważa, że „**intensywne żywienie nie przedłuża życia oraz nie jest w stanie zatrzymać postępującego zespołu wyniszczenia**. Próby żywienia chorego *na siłę* mogą istotnie pogorszyć jakość życia”²⁹.

Kacheksję można obserwować najczęściej u pacjentów z chorobami nowotworowymi, czy też AIDS. Objawami towarzyszącymi kacheksji są:

- Spadek masy ciała o ponad 10 %,
- Zmiany skórne (skóra sucha i cienka),
- Delikatne przebarwienia wokół oczu i warg,

²⁶ L. Gorzelińska, J. Łuczak, *Zespół wyniszczenia komórek (kacheksja). Brak laknienia (anoreksja)*, „Nowa Medycyna”, (97), rok VII, 1, s. 40.

²⁷ C. Juda, *Postępowanie w zespole wyniszczenia nowotworowego*, art. cyt., s. 29.

²⁸ L. Gorzelińska, J. Łuczak, dz. cyt., s. 40. Potwierdza to również specjalista onkolog – radioterapeuta, spec. Medycyny paliatywnej Cezary Juda: „Zauważono, że suplementacja pokarmowa i próby farmakologicznego modyfikowania apetytu nie są w stanie przywrócić utraconej beztłuszczowej masy ciała, oraz że przeżycie pacjentów nowotworowych jest bezpośrednio zależne od całkowitej utraty masy ciała (czynnik prognostyczny i predycyjny co do skuteczności leczenia i czasu przeżycia), jak również zależne jest od tempa utraty masy ciała.” Zob. C. Juda, *Postępowanie w zespole wyniszczenia nowotworowego*, art. cyt. s. 28.

²⁹ C. Juda, *Postępowanie w zespole wyniszczenia nowotworowego*, art. cyt., s. 31.

- Zmiany w funkcjonowaniu układu krążenia,
- Zmniejszenie częstości oddechów,
- Obniżenie temperatury ciała,
- Wrażliwość na zimno,
- Usposobienie depresyjne,
- Osłabienie popędu płciowego³⁰.

Wyniszczenie można obserwować najczęściej u pacjentów chorych na raka trzustki, żołądka, płuc i chłoniaków niezaiarnicznych. Statystyki podają, że u 33-72 % chorych na raka występuje spadek masy ciała, niechęć do jedzenia. „Okolo 45 % osób hospitalizowanych z powodu raka traci więcej niż 10 % wagi sprzed zachorowania, a 25 % osób nawet więcej niż 20 % wagi”³¹.

Odpowiedzialne za wystąpienie kacheksji i **anoreksji** są substancje produkowane przez komórki nowotworowe, „stymulujące organizm gospodarza do produkcji cytokin i limfokin, oraz wywołujące nieprawidłową odpowiedź układu hormonalnego na stres metaboliczny wywołany nowotworem”³². Dodatkowo, substancje te powodują zaburzenia metabolizmu białek, tłuszczów i węglowodanów.

Gdy mówimy o **anoreksji**³³, mamy na myśli **obniżenie apetytu**, które powoduje zmniejszenie ilości spożywanych pokarmów, przy czym **dochodzi do utraty tkanki tłuszczowej bez utraty białka**.

³⁰ Tamże, s. 29.

³¹ L. Gorzelińska, J. Łuczak, *Zespół wyniszczenia komórek (kacheksja). Brak laknienia (anoreksja)*, „Nowa Medycyna”, (97), rok VII, 1, s. 40.

³² L. Gorzelińska, J. Łuczak, *Zespół wyniszczenia komórek (kacheksja). Brak laknienia (anoreksja)*, art. cyt., s. 41.

³³ „W normalnych warunkach apetyt jest stymulowany przez produkowany w podwzgórzu neuropeptyd Y (NPY) łączący się z receptorem Y-5. Istnieją także peptydy hamujące apetyt na drodze połączenia się z tym samym receptorem. Należą do nich leptyna, podobny do glukagonu czynnik 1 oraz urokortina. Przypuszcza się, że u osób chorych na nowotwór dochodzi do zaburzenia równowagi między tymi substancjami”. Zob. więcej: L. Gorzelińska, J. Łuczak, dz. cyt., s. 40-42, także C. Juda, dz. cyt., s. 27-31.

Występuje ona u 78 % chorych w ostatnim roku choroby nowotworowej. Do przyczyn (w dużej mierze usuwalnych) można zaliczyć:

- Nudności,
- Wymioty,
- Zmiany w jamie ustnej,
- Zaburzenia smaku i połykania,
- Zaparcie stolca,
- Biegunka,
- Ból.
- Depresja,
- Niektóre leki,
- Chemioterapia,
- Radioterapia³⁴.

Również miejscowe działanie guza, powodujące mechaniczne trudności przelęgania oraz przyswajania pokarmu jak i wydalania stolca, stanowią dodatkową przyczynę zaburzeń odżywiania.

d. Odleżyny i inne uszkodzenia skóry

Istotny i zarazem częsty problem w opiece paliatywnej stanowią przewlekłe rany (owrzodzenia). Do najczęściej spotykanych zalicza się odleżyny i owrzodzenia nowotworowe. Są to uszkodzenia skóry, dlatego dla chorego u kresu życia stanowią źródło cierpienia zarówno fizycznego, jak i psychicznego. Odleżyny występują u ok. 15-24% chorych w terminalnej fazie choroby. Leczenie ran odleżynowych polega głównie na „redukcji czynników ryzyka, korekcji niedożywienia, suplementacji witamin i mikroelementów oraz na leczeniu miejscowym odpowiednim do rodzaju rany opatrunkiem, zapewniającym wilgotne środowisko gojenia się rany”³⁵.

³⁴ L. Gorzeleńska, J. Łuczak, *Zespół wyniszczenia komórek (kacheksja). Brak łaknienia (anoreksja)*, art. cyt., s. 41.

³⁵ T. Grądalski, A. Białoń-Janusz, *Odleżyny i inne uszkodzenia skóry – postępowanie w opiece paliatywnej*, „Twój Magazyn Medyczny – Medycyna Paliatywna”, (12), 2004, s. 21.

Odleżyny definiuje się jako „**ograniczone uszkodzenie skóry i głębiej leżących tkanek** spowodowane uciskiem lub działaniem sił ścinających, które powodują zamykanie lub niszczenie naczyń włosowatych, a w konsekwencji niedokrwienie tkanek, ich niedotlenienie i martwice”³⁶. Gdy tkanki ulegają uciskowi między podłożem a wyniosłościami kostnymi (np. w leżeniu na wznak okolica kości krzyżowej, a w pozycji siedzącej guzy kulszowe), mówimy wtedy o ucisku jako o mechanizmie powstawania odleżyn. Gdy siła ucisku jest wyższa niż ciśnienie panujące we włosniczkach, wówczas dochodzi do zmian patologicznych. Jeśli ucisk ten działa długotrwale lub jest znacznie nasilony, dochodzi do nieodwracalnych zmian patologicznych³⁷.

W inny sposób działają **sily ścinające**, które powstają w okoliczności, gdy „głębiej położone struktury i szkielet przesuwają się względem pozostających nieruchomo w stosunku do podłoża tkanek”³⁸. W tej sytuacji naczynia włosowate zamykają się i skręcają, lub nawet następuje ich przerwanie, i niedokrwienie tkankowe. Taki mechanizm występuje, gdy chory jest w pozycji półsiedzącej. Jego skóra opiera się o podłoże, a kościec pod wpływem ciężaru zsuwa się w dół łóżka. Zjawisku temu sprzyja luźna tkanka podskórna u osób wychudzonych. Przekładanie chorego na łóżko, czy przesuwanie go wyżej, nie wpływa bezpośrednio na powstanie odleżyn, jednakże przez tarcie, na które narażona jest skóra chorego, traci ona swą ochroną warstwę, podlegając mikrourazom, co niewątpliwie zmniejsza tolerancję na ucisk.

Mimo iż odleżyna może powstać w każdej narażonej na powyższe działania okolicy ciała, to jako najczęstsze wymieniane są miejsca w okolicach:

- kości krzyżowej,
- krętarzy większych,

³⁶ Tamże, s. 22.

³⁷ Tamże, s. 22.

³⁸ Tamże, s. 22.

- guzów kulszowych,
- pięt,
- łokci,
- kostek,

Zidentyfikowano szereg czynników, które mogą powodować powstawanie odleżyn. Są to między innymi:

- obniżona ruchliwość, ograniczona aktywność,
- zaburzenia czucia,
- nietrzymanie moczu i stolca,
- narażenie na działanie tarcia i sił ścinających,
- niedożywienie,
- zaawansowany wiek,
- ogólny zły stan zdrowia,
- czynniki psychologiczne (depresja, przewlekły stres emocjonalny)³⁹.

Jak widać, ryzyko wystąpienia odleżyn u osób znajdujących się w terminalnej fazie choroby jest ogromne. Istnieje kilkanaście klasyfikacji zmian odleżynowych, do których, jako najbardziej znane, zalicza się pięciostopniową skalę Torrance'a, jak również czterostopniową zalecaną przez Amerykański Krajowy Zespół Doradczy ds. Odleżyn (NPUAP) i Agencję ds. Polityki i Badań w Opiece Zdrowotnej (AHCPR), zyskujące coraz większe poparcie⁴⁰.

Równie ważnym i groźnym uszkodzeniem skóry są **owrzodzenia nowotworowe**. Powstają na podłożu tkanki zmienionej przez nowotwór. Owrzodzenia nowotworowe powstają „w wyniku rozwoju pierwotnego nowotworu skóry, jej nacieku przez miejscowo zaawansowany guz (np. krtani, ślinianki, odbytu) lub też w następstwie zajęcia skóry przez odległy przerzut nowotworowy. Patologiczna tkanka

³⁹ Cyt. za: T. Grądalski, A. Białoń-Janusz, *Odleżyny i inne uszkodzenia skóry – postępowanie w opiece paliatywnej*, art. cyt., s. 22.

⁴⁰ Zestawienie klasyfikacji zmian odleżynowych przedstawione jest w Tabeli 1.

tworzy wówczas grzybiasty bądź kalafiorowaty twór egzofityczny (pokryty tkankami martwiczymi lub sączącymi kraterami), albo też przybiera ona postać płaskiego owrzodzenia⁴¹. Opisane zmiany dotyczą około 8% chorych cierpiących z powodu zaawansowanego stadium nowotworowego. Najczęściej są to chorzy z nowotworem piersi, a także guzami w obrębie głowy i szyi, nerek, płuca, jajników i jelita.

Występowanie takich zmian skórnych powoduje problemy zarówno fizyczne, jak i psychiczne. Owrzodzenia nowotworowe mają nieprzyjemny wygląd, niekiedy duże rozmiary, sączą, a także mają nieprzyjemny zapach. Zwłaszcza „ból, obfity wysięk i nieprzyjemny zapach towarzyszący rozpadowi i infekcji tkanek jest objawem uciążliwym dla chorych i ich opiekunów”⁴². Prawdą zatem jest, że taki obraz choroby może powodować, i często powoduje obniżenie poczucia własnej wartości, a także izolację społeczną cierpiących pacjentów.

Stopień Odleżyny	Pięciostopniowa skala Torrance'a	Czterostopniowa skala wg (AH CPR)
I°	Blednące zaczerwienienie	Na nieuszkodzonej skórze obecny obszar trwałego zaczerwienienia, zapowiadający głębsze uszkodzenie.
II°	Nie blednące zaczerwienienie, pęcherze, zmiana ograniczona do naskórka	Częściowe uszkodzenie skóry obejmuje naskórek lub skórę właściwą. Uszkodzenie jest powierzchowne i klinicznie ma postać otarcia, pęcherza lub płytkiego krateru.
III°	Uszkodzenie obejmuje naskórek i skórę właściwą	Uszkodzenie pełnej grubości skóry pociągające za sobą uszkodzenie lub martwicę tkanki podskórnej, może sięgać do powięzi, lecz jej nie przenika. Klinicznie ma postać głębokiego krateru, może podminowywać sąsiadujące tkanki.

⁴¹ T. Grądalski, A. Białoń-Janusz, *Odleżyny i inne uszkodzenia skóry – postępowanie w opiece paliatywnej*, art. cyt., s. 23.

⁴² Tamże.

I V°	Zmiana obejmuje podskórną tkankę tłuszczową do mięśni	Uszkodzenie pełnej grubości skóry z rozległym zniszczeniem tkanek, martwicą tkanek, a nawet uszkodzeniem mięśni, kości, ścięgien i torebek stawowych
V°	Zmiana obejmuje mięśnie i sięga do kości i stawów	_____

Tabela 1. Zestawienie klasyfikacji zmian odleżynowych.

d. Uporczywa terapia

Pojęcie „terapia uporczywa” nie ma zbyt długiej historii. Można domniemywać, iż pojawiło się ono w latach siedemdziesiątych ubiegłego wieku. Niestety do dziś brakuje klasycznie sformułowanych definicji, do których można by się odwołać. Samo wyjaśnienie poszczególnych członów tego pojęcia jest do pewnego tylko stopnia zadowalające. Otóż pierwszy składnik tego pojęcia koresponduje z medycznym obszarem znaczeń. Słowo „terapia” wywodzi się z greckiego terminu *θεραπεία* i oznacza leczenie, kurację zdrowotną, przywracanie zdrowia. Natomiast przymiotnik „uporczywy” pochodzi od rzeczownika „upór” i wyraża zaciętość, wytrwałość, zajadłość, nieustępliwość, coś, co nieustannie się utrzymuje w sposób ciągły, lub nieprzerwany. Uporczywe jest coś, co niełatwo jest wstrzymać, co jest trudne do usunięcia, czy też zlikwidowania lub co może być uciążliwe⁴³. Owo określenie dotyczy zatem intensywności, jak również czasu trwania zjawiska.

Jak zauważa Piotr Aszyk, „pojęcie terapii uporczywej paradoksalnie dotyczy interwencji medycznych, które nie powinny być terapią lub w pewnych przypadkach nie są już leczeniem, lecz stosowaniem technik medycznych bez należytego uzasadnienia”⁴⁴. Zakres zjawisk

⁴³ P. Aszyk, *Granice leczenia. Etyczny problem odstąpienia od interwencji medycznych*, Warszawa 2006, s. 150.

⁴⁴ Tamże, s. 151.

określanych jako terapia uporczywa jest dość wąski i sprawia, że w literaturze medycznej, prawnej, czy etycznej nie jest on nadmiernie eksploatowany.

Zagadnienie to podejmuje francuski chirurg i onkolog Jacques Bréchant w swym (wydanym po raz pierwszy w 1976 roku) dziele *Thanatos. Chory i lekarz w obliczu śmierci*. Wypracowanie przez środowisko lekarskie nowego pojęcia, którego autorstwo autor dzieła przypisuje Jeanowi-Robertowi Debray, jest „bezpośrednim rezultatem niezwykłych postępów poczynionych w ostatnim ćwierćwieczu w dziedzinie techniki reanimacyjnej”⁴⁵. Definiuje on terapię uporczywą, jako „postępowanie, dążność do zwalczania choroby, kiedy już nie ma żadnej nadziei – szczególnie w przypadkach chorych, którzy utracili przytomność – do kontynuowania pewnych zabiegów, kiedy wiadomo, że wszystko jest stracone”⁴⁶.

Jerzy Umiastowski uporczywą terapię określa następująco: „terapia nieefektywna – forma aktywności medycznej stosowana w sytuacji, kiedy proces chorobowy osiągnął punkt, w którym proponowana interwencja lecznicza przestaje służyć dobru pacjenta”⁴⁷. W dzisiejszych czasach nieuleczalna choroba trwa z reguły o wiele dłużej niż w przeszłości. Przebieg sztucznie przedłużanego życia nieuleczalnie chorego człowieka, wiąże się z ciężkimi, nawracającymi powikłaniami. Sytuacja taka zmusza lekarza do podjęcia decyzji, dotyczącej ograniczenia, bądź też kontynuowania nadmiernej terapii, będącej procesem sztucznego wydłużania nieuchronnego umierania. „Terapia, która była dotychczas skuteczna – pisze Jerzy Umiastowski – z czasem staje się szkodliwa i powiększa cierpienia pacjenta, zakłócając proces jego umierania. W takich przypadkach wykonywanie dalszych rutynowych czynności medycznych traci sens, staje się

⁴⁵ J. Bréchant, *Thanatos. Chory i lekarz w obliczu śmierci*, Warszawa 1993, s. 126.

⁴⁶ Tamże, s. 125.

⁴⁷ J. Umiastowski, *Uporczywa terapia*, w: A. Muszala (red.): *Encyklopedia Bioetyki. Personalizm chrześcijański. Głos Kościoła*, Radom 2005, s. 491.

formą uporczywej terapii⁴⁸. Warto nieco bliżej przyjrzeć się kilku zabiegom, które dla umierającego człowieka często są niepotrzebne, a tylko przysparzają dodatkowego cierpienia.

W zasadzie każdy zabieg wykonywany na krańcowo wyniszczonym przez chorobę organizmie wiąże się z niewyobrażalnym wręcz cierpieniem, niemniej jednak wspomniany już Jerzy Umiastowski wylicza kilka zabiegów, które mogą stać się formą takiej uporczywej terapii. Jego zdaniem należą do nich: „chemioterapia (gdy okazuje się nieskuteczna, pogarsza stan chorego i nasila jego cierpienie z powodu przykrych objawów ubocznych), nazbyt ryzykowne zabiegi operacyjne, (...) zabiegi endoskopowe, naczyniowe (np. przeszłowanie lub udrażnianie naczyń wieńcowych serca w niektórych ciężkich stanach terminalnych), dializoterapia, (...), reanimacja, stosowanie respiratora, tlenoterapii i kardiowersji elektrycznej i kardiostymulacji w stanie śmierci klinicznej u krańcowo wyniszczzonego chorego w stanie terminalnym z powodu uogólnionej choroby nowotworowej lub innej choroby o jednoznacznie złym rokowaniu, kiedy istnieje pewność, że działanie takie nie może mu pomóc⁴⁹.

Chemioterapia stanowi jedną z metod zwalczania nowotworów. Jak pisze Halina Glińska, „chemioterapia ma charakter leczenia systemowego, które zakłada zniszczenie wszystkich komórek nowotworowych organizmu. W chemioterapii wykorzystuje się odmienną wrażliwość na związki chemiczne pomiędzy tkanką nowotworową a tkankami zdrowymi. Trudność tego leczenia wynika z braku wybiórczego działania leku (leków) na komórki nowotworowe, co **zawsze prowadzi do uszkodzenia zdrowych tkanek**⁵⁰. Objawy przy tym występujące to między innymi nudności, wymioty, przejściowe złe samopoczucie, spadek liczby czerwonych i białych krwinek, a często wy-

⁴⁸ J. Umiastowski, *Uporczywa terapia*, w: (red.) A. Muszala, *Encyklopedia Bioetyki. Personalizm chrześcijański. Głos Kościoła*, Radom 2005, s. 492.

⁴⁹ Tamże, s. 492-493.

⁵⁰ H. Glińska, *Choroby nowotworowe*, w: (red.) K. Janicki, *Domowy poradnik medyczny*, Warszawa 1989, s. 606.

lysienie po niektórych lekach. Trzeba także pamiętać, iż „każda skuteczna chemioterapia może się wiązać z powikłaniami, które są wyznacznikami przeciwwskazań do tego sposobu leczenia”⁵¹. Obok chemioterapii, wymienia się również jako metodę leczenia radioterapię.

W przeciwieństwie do chemioterapii **radioterapia ma charakter leczenia miejscowego**. Oprócz chirurgii jest ona drugim zasadniczym sposobem leczenia nowotworów złośliwych. „W tej metodzie leczenia zostaje wykorzystana energia promieniowania jonizującego, która pochłonięta przez tkankę nowotworową doprowadza w efekcie końcowym do jej zniszczenia. Promieniowanie jonizujące nie działa wybiórczo na tkankę nowotworową, dlatego **zawsze należy się liczyć z możliwością tzw. uszkodzeń popromiennych**”⁵². W promieniolecznictwie wykorzystywana jest różnica wrażliwości na promieniowanie jonizujące pomiędzy nowotworem a zdrowymi tkankami. Do tego typu leczenia kwalifikują się nowotwory o wysokim i średnim stopniu wrażliwości. Źródłem promieniowania jonizującego są radio-pierwiastki, takie jak np. cez, rad, iryd czy kobalt, a także aparaty rentgenowskie.

Leczenie dializami w praktyce klinicznej jest stosowane od kilkudziesięciu już lat. Okazuje się skuteczne we wszelkich postaciach niewydolności nerek. Co więcej, stosuje się je w leczeniu ostrych zatruc, ciężkich zaburzeń gospodarki wodno-elektrolitowej i kwasowo-zasadowej, w leczeniu ostrej niewydolności wątroby⁵³. Zasada leczenia polega na „wielogodzinnym oddziaływaniu na osocze chorego płynu leczniczego o składzie elektrolitowym zbliżonym do składu osocza zdrowego człowieka. (...) W czasie dializy wielogodzinny kontakt płynów ustrojowych z dużą ilością płynu leczniczego prowadzi do stopniowego upodabniania się składu osocza i płynu pozakomórkowego do składu płynu leczniczego. Wymiana, która zachodzi

⁵¹ H. Glińska, *Choroby nowotworowe*, art. cyt., s. 606.

⁵² Tamże, s. 606.

⁵³ Z. Fałda, *Leczenie dializami*, w: (red.) W. Jurczyk, Z. Rondio, *Intensywna terapia*, Warszawa 1979, s. 169-170.

przez błony wybiórczo przepuszczalne, wywołuje korzystne zmiany składu i objętości płynu pozakomórkowego. Zjawisko to nazywamy dializą zewnętrzną⁵⁴. Wtórne korzystne przemiany, które zachodzą wewnątrz komórek pod wpływem uregulowania składu płynu międzykomórkowego, nazywamy dializą wewnętrzną.

„Przystępując do wykonania zabiegu wypełnia się aparat i przewody krwią chorego. Strata krwi w czasie wypełniania aparatu wynosi ok. 500 ml. W niektórych przypadkach zachodzi konieczność uzupełnienia tego ubytku krwią konserwowaną. **Aby zabieg był skuteczny, trwa 5 – 10 godz.** i w tym czasie krew jest tłoczona pompami rolkowymi z układu tętniczego, przez aparat do układu żylnego z prędkością 250 ml./min. Dializator należy traktować jako przetokę tętniczo-żylną i w niektórych przypadkach ten stosunkowo niewielki przeciek lewo-prawy nasila lub wywołuje objawy niewydolności krążenia⁵⁵. Ponadto należy zauważyć, że krążenie pozaustrojowe wiąże się z przyjmowaniem odpowiednich leków przeciwkrzepliwych, które grożą wystąpieniem krwawień, zwłaszcza u pacjentów operowanych, a także z chorobą wrzodową. Po zakończeniu zabiegu krew pozostająca w przewodach aparatu jest wlewana do układu żylnego chorego. „W przypadku zastoju płucnego przetoczenie to może wywołać wzrost ciśnienia i obrzęk płuc⁵⁶.”

Nieco inaczej wygląda **wykonanie dializy otrzewnej**. „Skórę brzucha myje się środkami odkażającymi, tkanki znieczula (lidokaina) warstwowo, skórę lekko nacina koniuszkiem skalpela, ranę rozszerza czubkiem kleszczyków Peana. Cewnik wprowadza się przez ranę wiercącymi ruchami w głąb tkanki podskórnej aż do wystąpienia wyraźnego oporu. Na szczycie wdechu przy napiętych mięśniach brzucha, **krótkim mocnym pchnięciem, przebija się warstwę mięśni**

⁵⁴ Tamże, s. 170-171. Dalej Autor dodaje, iż: „Pojęć tych nie należy mylić z dializą zewnątrz- i wewnątrzustrojową. Nazwy te odnoszą się do techniki zabiegu i pierwszy z nich oznacza zabieg wykonany za pomocą dializatora (sztucznej nerki), drugi oznacza dializę otrzewnej”.

⁵⁵ Z. Fałda, *Leczenie dializami*, art. cyt., s. 173.

⁵⁶ Tamże, s. 173.

i otrzewną ścienną. Po ustąpieniu oporu nacisk na mandryn cewnika natychmiast zwalnia się, cofa się stalowe ostrze i delikatnie wprowadza cewnik w kierunku miednicy mniejszej, nigdy nie dalej jak chory poczuje parcie na stolec. Po usunięciu mandrynu w świetle cewnika ukazuje się zazwyczaj jasnożółty płyn. Zestawy łączy się z cewnikiem i wypełnia jamę brzuszną pierwszą porcją płynu do dializy. (...) U osób dorosłych wprowadza się jednorazowo 2000 ml. płynów do jamy otrzewnej. Czas wprowadzania trwa 5 min., czas pozostawienia płynu w jamie brzusznej 10 – 20 min., usuwanie ok. 10 min. Cykl zabiegu przebiega sprawnie, a zależy to głównie od szybkości wyciekania płynu z jamy otrzewnej, posługując się prostą manualną techniką w ciągu godziny wprowadza się i usuwa z jamy otrzewnej 4000 ml płynów⁵⁷. Pomimo, iż zabieg ten jest zwykle dobrze przez chorych tolerowany, to trzeba mieć na uwadze fakt, że aby był skuteczny, to **liczba litrów płynu wprowadzonego i usuniętego z jamy otrzewnej winna być równa liczbie kilogramów ciężaru ciała chorego.** Ponadto, zabieg ten jest długotrwały i czas jego trwania powinien wynosić od 12 do 24 godz., co w przypadku terminalnie chorego pacjenta wydaje się być dosyć uciążliwe. Przytoczone zabiegi, mogące być dla pacjenta uciążliwe niewątpliwie związane są z bólem, dlatego też zasadnym wydaje się być zwrócenie na niego większej uwagi, czego dotyczyć będzie kolejny paragraf tego punktu.

e. Metody zwalczania bólu w stanach terminalnych

Bóle występują niemalże u połowy chorych, którzy są w trakcie leczenia przeciwnowotworowego, oraz u 70 – 90 % pacjentów w zaawansowanym okresie choroby nowotworowej⁵⁸. Jak podają dr n. med. Maciej Hilgier oraz dr n. med. Jerzy Jarosz, „Ból jest to do-

⁵⁷ Z. Fałda, *Leczenie dializami*, art. cyt., s. 181.

⁵⁸ A. Kotlińska-Lemieszek, J. Łuczak, *Zasady zwalczania bólów nowotworowych według Światowej Organizacji Zdrowia i Europejskiego Towarzystwa Opieki Paliatywnej*, „Nowa Medycyna” 2, 2003, z. 121, s. 86.

świadczenie czuciowe i emocjonalne subiektywnie odbierane jako nieprzyjemne, związane z rzeczywistym lub potencjalnym uszkodzeniem tkanek⁵⁹. Niektórzy uważają, iż ból jest złożonym odczuciem, integrowanym na poziomie kory mózgowej. Jakkolwiek, „obecnie silny nacisk kładzie się na to co odczuwa, widzi i opisuje chory, dlatego w praktyce bólem jest to, co chory tak nazywa”⁶⁰.

Trzeba zaznaczyć, że w Polsce żyje około 200 000 osób, które wymagają leczenia z powodu wszelkiego rodzaju bólów powodowanych przez nowotwory. Jest to więc problem społeczny z racji zarówno aspektu ilościowego, ale także jakościowego. Niepodważalnym prawem każdego cierpiącego pacjenta jest oczekiwanie na pomoc w usmierzaniu bólu, a lekarską powinnością zapewnienie takiego leczenia⁶¹.

Problem bólu towarzyszy ludzkości od dawnych czasów, ale dopiero w 1986 roku opublikowano zasady „zasady powszechnie dostępnej, prostej i skutecznej farmakoterapii (tzw. drabina analgetyczna)”⁶². Od czasu ukazania się tego dokumentu można obserwować ciągle wzrost zainteresowania tak diagnostyką oraz patofizjologią, jak i leczeniem bólu.

Zgodnie ze światową, wieloletnią tradycją, określenie „ból nowotworowy” odnosi się do „bólów spowodowanych jakimkolwiek procesem nowotworowym, lub powstałych jako konsekwencja leczenia, lub dwoma tymi czynnikami”⁶³. Z tego powodu określenie „ból nowotworowy” nie będzie rozpoznaniem, a tylko opisem sytuacji, w której pacjent cierpiący na nowotwór złośliwy, lub w okresie remisji, odczuwa bóle powiązane z chorobą nowotworową lub jej leczeniem.

⁵⁹ M. Hilgier, J. Jarosz, *Leczenie bólów nowotworowych – standardy i wytyczne*, „Terapia” 10, 2004, s. 50.

⁶⁰ Tamże, s. 50.

⁶¹ Tamże, s. 50.

⁶² T. Lewandowski, *Ból w chorobie nowotworowej*, „Nowa Medycyna” 2, 2003, z. 122, s. 128.

⁶³ M. Hilgier, J. Jarosz, *Leczenie bólów nowotworowych – standardy i wytyczne*, art. cyt., s. 50.

f. Rodzaje bólu (patomechanizmy)

Ból receptorowy (neocyceptywny) – powstaje w wyniku mechanicznego lub chemicznego podrażnienia receptorów czuciowych:

– somatyczny: związany z pobudzeniem receptorów skóry, opłucnej, okostnej; zwykle dobrze zlokalizowany, jednoznacznie opisywany przez chorego.

– trzewny: związany z pobudzeniem receptorów narządów klatki piersiowej i jamy brzusznej; rozlany, określane jako ucisk, rozpieranie, przeszywanie, często z towarzyszącymi objawami wegetatywnymi.

Ból tego typu zazwyczaj dobrze reaguje na opioidy.

Ból przewodowy (neuropatyczny):

– nerwoból: związany jest z uszkodzeniem (naciekiem) lub uciskiem pnia nerwu, korzeni lub rdzenia kręgowego; stały z napadami pieczenia, mrowienia, klucia, drętwienia,

– ból z odnerwienia (deafferentacyjny): związany ze zniszczeniem obwodowych lub ośrodkowych dróg nerwowych

– ból wegetatywny: związany z uszkodzeniem układu współczulnego, często ze wzmożoną aktywnością tego układu tzw. wzmocnienie współczulne z objawami wegetatywnymi, a nawet zmianami troficznymi w obrębie określonego dermatomu. Zazwyczaj słabo reaguje na opioidy⁶⁴.

U większości chorych z zaawansowaną chorobą nowotworową wyróżnia się ból o charakterze ciągłym, w przebiegu którego okresowo zachodzi do zaostrzeń. Specjaliści nazywają te bóle „bólami przebijającymi” (ang. breakthrough pain). „Jest to silny – VAS > 5 – napadowy ból, pojawiający się kilka, do kilkunastu razy w ciągu doby, pomimo prawidłowego leczenia przeciwbólowego, zazwyczaj krótkotrwały (do kilkudziesięciu minut)”⁶⁵. Zjawisko takiego bólu jest bardzo częste i dotyczy 40 – 60 % chorych.

⁶⁴ Cyt. za: T. Lewandowski, *Ból w chorobie nowotworowej*, „Nowa Medycyna” 2, 2003, z. 122, s. 128-129.

⁶⁵ Tamże, s. 129-130.

Wyjątkowo trudnym do opanowania bólem jest **ból wszechogarniający (ang. total pain)**. Na ból ten składają się nie tylko czynniki somatyczne, ale również psychologiczne i socjologiczne, jak „lęk przed śmiercią, depresja, poczucie bezsilności, utrata pozycji w rodzinie oraz społeczeństwie”⁶⁶. Dlatego też tak ważne jest, aby dobrze diagnozować ból, przyjrzeć się uważnie pacjentowi i próbować znaleźć najlepsze dla niego metody walki z tą bolesną dolegliwością. Aby ocenić skalę natężenia bólu, lekarz dysponuje odpowiednimi metodami. Jest to skala wzrokowo-analogowa oraz skala słowna.

g. Ocena natężenia bólu

Chory, który ma ocenić natężenie swego bólu, powinien używać do tego celu używać prostej i jasnej metody. Jedną z takich metod jest **skala wzrokowo-analogowa (VAS, visual analogue scale)**. VAS jest graficzną skalą opisową. Pacjent „określa stopień natężenia bólu na linijce o długości 10 cm (0 – brak bólu, 10 – najsilniejszy do wyobrażenia ból)”⁶⁷. Podczas przebiegu choroby lekarz zapisuje długość wskazanego przez chorego odcinka, opisując go jako VAS 3 (zaznaczony przez pacjenta punkt będzie się znajdował 3 cm od początku odcinka). „Wartości w zakresie VAS 0 – 3 wskazują na prawidłowo prowadzone leczenie. VAS powyżej 7 oznacza bardzo silne bóle, nie do wytrzymania, konieczność natychmiastowej interwencji”⁶⁸. Zalecą tą skalę jest możliwość umiejscowienia opisu bólu w każdym jej punkcie. Praktyka dowodzi, że użycie VAS jest wystarczającym narzędziem pomiaru⁶⁹.

⁶⁶ T. Lewandowski, *Ból w chorobie nowotworowej*, art. cyt., s. 129.

⁶⁷ M. Hilgier, J. Jarosz, *Leczenie bólów nowotworowych – standardy i wytyczne*, art. cyt., s. 52.

⁶⁸ Tamże, s. 52.

⁶⁹ Jednak dla rzetelności pomiaru zaleca się, by wykorzystać więcej, niż jedno narzędzie, z uwagi na wpływ emocjonalnego stanu chorego, jak również z uwagi na wiele innych czynników, mogących wpłynąć na wynik pomiaru.

Kolejnym pomocnym narzędziem oceny natężenia bólu jest **skala słowna (VRS, verbal rating scale)**. Skala ta „ocenia ból w sposób opisowy i ma charakter czterostopniowy (brak bólu, ból słaby, umiarkowany, silny) lub pięciostopniowy (skala Likkerta – brak bólu, ból słaby, umiarkowany, silny, nie do zniesienia)”.⁷⁰ Chociaż ów skala jest nierzadko stosowana i zalecana przez wielu specjalistów, to jednak mogą pojawić się trudności z interpretowaniem określeń bólu, oraz fakt, że pacjenci rzadko wybierają skrajne wartości skali.

Oprócz wymienionych wyżej skal oceny natężenia bólu, lekarze mają do dyspozycji wiele kwestionariuszy, umożliwiających opisać charakter bólu. Niektóre z nich są bardzo szczegółowe i możliwe do zastosowania wyłącznie w szpitalnych warunkach, inne zaś mogą być stosowane przez chorych w domach. Znając skalę natężenia bólu lekarzowi łatwiej jest wybrać odpowiednie metody walki z bólem, czemu będzie poświęcony kolejny punkt pracy.

h. Metody zwalczania bólu

Specjaliści do spraw walki z bólem zgodnie twierdzą, iż „około 90 % chorych z bólami nowotworowymi może być skutecznie leczona farmakologicznie”⁷¹. Istnieją światowe standardy leczenia bólów nowotworowych, które opierają się na regularnym podawaniu silniejszych leków, „kiedy słabsze przestają być skuteczne, oraz kojarzenie różnych leków według schematu Światowej Organizacji Zdrowia – WHO 1986”⁷².

⁷⁰ M. Hilgier, J. Jarosz, dz. cyt., s. 52.

⁷¹ M. Hilgier, J. Jarosz, dz. cyt., s. 52. Choć niektórzy – jak na przykład Jerzy Brusillo, powołując się na R. Feningsena i jego pracę *Eutanzja. Śmierć z wyboru?* – uważają, że „dziś w terapii przeciwbólowej można uśmierzyć każdy ból...” zob. więcej: J. Brusillo, *Lekarz wobec kresu życia ludzkiego*, Kraków 2004, s. 54. Nie sądzę, by dało się całkowicie zlikwidować każdą postać bólu i u każdego człowieka.

⁷² M. Hilgier, J. Jarosz, dz. cyt., s. 52

Zasady leczenia bólu nowotworowego zawarte w dokumencie WHO⁷³ są następujące:

- podawanie leków drogą doustną,
- w regularnych odstępach czasu,
- według trzystopniowej drabiny analgetycznej, w skojarzeniu z lekami wspomagającymi,
- w dawkach dobranych indywidualnie,
- konieczność szczegółowej oceny bólu i monitorowania jego leczenia.

Trójstopniowa drabina analgetyczna, opracowana pod auspicjami WHO, jest od 1986 roku ogólnie uznanym standardem leczenia farmakologicznego. „Umożliwia ona opanowanie zdecydowanej większości bólów nowotworowych przy racjonalnym użyciu kilku podstawowych, powszechnie dostępnych leków”⁷⁴.

Strategia postępowania:

I stopień – proste analgetyki ± leki uzupełniające (adiuwantowe)



Jeśli ból nie ustępuje,

II stopień – słabe opioidy + proste analgetyki ± leki uzupełniające



Jeśli ból nie ustępuje,

III stopień – silne opioidy + proste analgetyki ± leki uzupełniające.

⁷³ World Health Organization. *Cancer pain relief 2nd edition, with a guide to opioid availability*. Geneva 1996. Cyt. za: A. Kotlińska-Lemieszek, J. Łuczak, *Zasady zwalczania bólów nowotworowych według Światowej Organizacji Zdrowia i Europejskiego Towarzystwa Opieki Paliatywnej*, w: „Nowa Medycyna” 2, 2003, z. 121, s. 88.

⁷⁴ T. Lewandowski, dz. cyt., s. 130.

Proste analgetyki – niesteroidowe leki przeciwzapalne (NLPZ) i paracetamol zalecane są w bólach łagodnych a (NLPZ) dodatkowo, obok opioidów, jako leki wspomagające w bólach kostnych. W tej grupie wymienia się także szereg innych leków. Między innymi ibuprofen, Pyralgina⁷⁵.

Słabe opioidy – podstawowym lekiem z II stopnia drabiny analgetycznej jest Kodeina. Stosowana jest z wyboru u chorych, u których obok bólu występuje silny kaszel. Spośród słabych opioidów skutecznym i dobrze tolerowanym u większości chorych jest tramadol (Tramal). W leczeniu bólu przewlekłego najbardziej dogodną postacią leku stanowią krople, umożliwiające precyzyjny wstępny dobór dawki, a następnie miarkowanie w zależności od efektu.

Silne opioidy – Morfina. Około 70% chorych z bólem nowotworowym wymaga włączenia morfiny lub innego silnego opioidu. Morfina jest silnym, podstawowym opioidem na III stopniu drabiny analgetycznej WHO. Stosowana jest do leczenia umiarkowanego i silnego bólu nowotworowego, którego nie udaje się wyleczyć przy użyciu słabych opioidów. Poza działaniem analgetycznym, morfina posiada również działanie przeciwkaszlowe, przeciwbiegunkowe, oraz łagodzące duszność. Choć również posiada działania niepożądane, jak np. zaparcia, senność, splątanie. W grupie tej wymienia się także inne lekki⁷⁶.

Oprócz farmakologicznej pomocy w walce z bólem, stosuje się także możliwości poprawy jakości życia chorych poprzez **różnego rodzaju metody psychologiczne**.

Trzeba rozróżnić próg czucia bólu (najśłabsze nasilenie bodźca, który odbierany jest przez chorego jako ból) oraz próg tolerancji bólu (najmocniejsze nasilenie bólu, które jest możliwe do zniesienia przez

⁷⁵ Zob. T. Lewandowski, dz. cyt., s. 130, A. Kotlińska-Lemieszek, J. Łuczak, dz. cyt., s. 89, szczegółowo opisuje także M. Hilgier, J. Jarosz, dz. cyt., s. 49-60.

⁷⁶ Cyt. za: T. Lewandowski, dz. cyt., s. 130-131.

chorego). O ile próg czucia bólu jest względnie stabilny, to próg tolerancji bólu w znacznej mierze zależy od czynników emocjonalnych i wartościujących. Możliwości i sposobów zmniejszenia bólu jest sporo i są one różne⁷⁷.

Psychologiczne metody leczenia bólu prowadzone są do podwyższenia progu tolerancji, a czasem do podwyższenia progu czucia bólu. To pierwsze można uzyskać dzięki „czystym” metodom psychologicznym bądź odpowiednio dobranymi lekami. Spośród psychologicznych, doraźnie działających metod można wyróżnić **tzw. wentylacje uczuć**, czyli „stworzenie możliwości wyrzucenia z siebie lęku, gniewu, napięcia, smutku przez wygadanie się, **ćwiczenia relaksacyjne**, rozluźniające napięcie mięśni, **wizualizacja, angażująca wyobraźnię chorego w kierunku zmniejszenia bólu** i ogólnej poprawy samopoczucia, jak również **autosugestia**, zwłaszcza **w formie pozytywnego myślenia** na temat dolegliwości i satysfakcji”⁷⁸.

Ponadto, do innych metod tego typu zaliczane są między innymi:

– **Perswazja**, czyli prostowanie błędnych wyobrażeń, tłumaczenie w jaki sposób powstaje ból, oraz przede wszystkim zmiana postawy wobec niego,

– **Dystrakcja**, czyli odwracanie uwagi od dolegliwości, wykorzystuje się tutaj ważność dobrych wspomnień, proponuje się wykonanie doraźnych ulubionych czynności,

– **Skracanie perspektywy**, czyli odwracanie uwagi z niepewnych bądź złych przewidywań i przenoszenie jej na doraźne możliwości, np. złagodzenie bólu poprzez podjęcie konkretnych działań⁷⁹.

Wymienione wyżej metody wchodzą w szeroki zakres dalszych działań psychoedukacyjnych, które mają na celu dostarczyć chore-

⁷⁷ K. de Walden-Gałuszko, *Problemy jakości życia chorych w stanie terminalnym*, w: J. Dobrogowski, J. Wordliczek (red.): *Medycyna Bólu*, Warszawa 2004, s. 573.

⁷⁸ K. de Walden-Gałuszko, *Problemy jakości życia chorych w stanie terminalnym*, art. cyt., s. 573.

⁷⁹ Tamże, s. 573-574.

mu niezbędnych informacji dotyczących możliwości radzenia sobie z bólem, dzięki wykorzystaniu własnej aktywności.

Kolejną grupą działań można scharakteryzować jako **psychofarmakoterapię**. W jej skład wchodzi leki „zmniejszające natężenie negatywnych emocji i podwyższające tą drogą próg tolerancji bólu.”⁸⁰

W grupie tej można wymienić:

- Leki przeciwłękowe,
- Leki ogólnie uspokajające,
- Leki przeciwdepresyjne,
- Leki psychostymulujące.

Leki psychostymulujące zaleca się, jako „korektory” przeciwbólowego leczenia opioidami, w przypadku, gdy wywołują one senność, znużenie, a tym samym znacznie obniżają jakość życia chorych.

Warta uwagi jest jeszcze jedna metoda, stosowana dla poprawy jakości życia chorych osób. Metoda związana z próbą podwyższenia progu czucia bólu. „Można to osiągnąć za pomocą **hipnozy**. Metoda ta jest zwykle realizowana w kilku etapach. Pierwszy etap to tzw. **substytucja zmysłowa**, np. wrażenie bólu zostaje pod wpływem sugestii hipnotycznej zmienione w odczuwanie chłodu. Z kolei następuje **przenoszenie bólu z miejsca odczuwania bólu** (np. w barku) **na inne miejsce** (np. w udzie). Dalszy etap polega na ‘rozszerzaniu’ bólu: wrażenie zmysłowe bólu zostaje oddzielone od reakcji przykrości. Ból jest wówczas ‘odczuwany’, ale nie ‘przeżywany’”⁸¹. Końcowym etapem tej terapii jest – jak twierdzi autorka – „osiągnięcie stanu pełnej anestezji”. Wydaje się, że metoda ta jest dość obiecująca, a jej wyniki zachęcające, jednakże wymaga czasochłonnego i starannego przygotowania fachowego terapeutów.

Jak widać, medycyna czerpie tutaj z osiągnięć psychologii. Wydaje się to być dobrym rozwiązaniem, ponieważ nie sprowadza się człowieka i jego choroby do zjawisk czysto medycznych i biologicznych. Takie bowiem podejście byłoby podejściem redukcjonistycznym, i tym

⁸⁰ Tamże.

⁸¹ Tamże, s. 574.

samym nie uwzględniałoby wielu aspektów choroby, cierpienia, umierania. Aspektów, mimo że często pomijanych, jednak bardzo istotnych.

Bez wątpienia ważnym czynnikiem właściwego leczenia jest poznanie psychologicznego aspektu stanów terminalnych, cierpienia, umierania, dlatego właśnie w kolejnym rozdziale uwaga zostanie skierowana na ten aspekt.

2. Choroba, stan terminalny – fakt psychologiczny i społeczny

W tym punkcie przywołanych zostanie pięć etapów procesu umierania, wyszczególnionych przez Elizabeth Kübler-Ross, których poznanie ułatwi przybliżenie psychologicznego obrazu człowieka terminalnie chorego. Pozwoli to na wprowadzenie do tego rozdziału roli komunikacji z chorym człowiekiem, a także sposobu przekazywania pacjentowi niepomysłnych informacji o stanie jego zdrowia. Uwzględniając natomiast fakt, iż choroba jednego z członków rodziny dotyczy nie tylko jego samego, ale również jego najbliższych, uwaga zostanie zwrócona równocześnie na ten aspekt. Przywołanie zaś danych statystycznych będzie miało na celu unaocznienie ogromu skali zachorowalności na choroby nowotworowe. Dyskutowany wciąż problem odstąpienia od leczenia i łączenia tego pojęcia z eutanazją znajdzie prawne rozstrzygnięcie w ostatnim paragrafie tegoż rozdziału.

a. Ujęcie psychologiczne

Uwzględniając stany terminalne, somatyczne opisy bólu, jak również jego rozmaite uwarunkowania, można dziś stworzyć w miarę pełny **obraz cierpienia człowieka u końca jego życia**, reakcji emocjonalnych, a także szeregu zjawisk o charakterze zarówno fizycznym, jak i psychicznym, duchowym. Opisy takie pozwalają lepiej zrozumieć złożoność procesu umierania człowieka ciężko chorego⁸².

⁸² J. Brusiłło *Lekarz wobec kresu życia ludzkiego w nauczaniu Kościoła i dokumentach świeckich*, Kraków 2004, s. 62.

Jesienią 1965 roku w Chicago dr Elizabeth Kübler-Ross wspólnie ze studentami Seminarium Teologicznego odbyła szereg rozmów z umierającymi chorymi. Z czasem rozmowy te przerodziły się w dwuletnie Międzywydziałowe Seminarium na temat śmierci i umierania, które weszło później w program nauczania medycznej szkoły i teologicznego seminarium. Nie obyło się bez przeszkód, głównie ze strony lekarzy, którzy „strzegli” swoich pacjentów, ale w końcu przynoszono, bądź przyprowadzano chorych do sali z pomieszczeniem odgrodzonym lustrzaną szybą, za którą znajdowali się głównie studenci, ale również inne osoby zainteresowane tematem rozmów. Owe rozmowy z chorymi nagrywano, by następnie, już bez obecności pacjenta, można je było wnikliwie przeanalizować i przedyskutować wyniki kwestie zarówno medyczne, jak i etyczne, filozoficzne, socjologiczne, czy religijne, mające związek ze śmiercią lub umieraniem człowieka⁸³.

Elizabeth Kübler-Ross wymienia **pięć stadiów procesu umierania**:

– **Stadium zaprzeczania i izolacji**, związane ze stosowaniem negacji jako głównego mechanizmu obronnego przed lękiem i informacją o złej diagnozie.

Zaprzeczanie jest jedną z form obrony psychologicznej, mechanizmem obronnym, który dzięki czasowemu niedopuszczaniu do świadomości informacji zbyt mocno zagrażających, pozwala przetrwać w tej trudnej i niezwykle wyczerpującej psychicznie sytuacji, w jakiej znalazł się chory człowiek. Bardzo częstą reakcją na informacje o własnym stanie terminalnym jest **niedowierzenie, szukanie potwierdzenia diagnozy u innych lekarzy**. Wiadomość taka dla pacjenta jest niewątpliwie szokiem, który jednak z czasem mija, bądź w rzadkich przypadkach jest nieustanną ucieczką od prawdy. „Tego rodzaju postawa lęklivego zaprzeczenia jest bardziej typowa dla pa-

⁸³ Zob. E. Kübler-Ross, *Rozmowy o śmierci i umieraniu*, Warszawa 1979, s. 28-34.

cjenta, który został poinformowany przedwcześnie albo zbyt nagle”⁸⁴. Potrzeba **zaprzeczenia** występuje u każdego chorego, zwłaszcza w początkowym okresie ciężkiej choroby. Stan taki utrzymuje się do momentu, w którym okres zaprzeczania jest już niemożliwy.

– **Stadium gniewu i buntu**, związane ze stawianiem sobie pytania: dlaczego właściwie ja, a nie on?

Etap ten stanowi większy problem, niż opisywany wyżej etap zaprzeczania i izolacji, chociaż dotyczy znacznie mniejszego procentu spośród wszystkich przypadków terminalnych. Jest to okres **szczegól­nie trudny i wyczerpujący zarówno samego chorego, jego bli­skich, jak i personel medyczny**. Gniew pacjenta kierowany jest na osoby z najbliższego otoczenia, czyli głównie na personel medyczny, będący w częstym kontakcie z chorym. Lekarze i pielęgniarki postrzegani są jako niekompetentni i nieżyczliwi, a także stają się przyczynami dolegliwości.

Niestety niewielu ludzi tak ze szpitalnego personelu, jak i z rodziny chorego, nie rozumie takich reakcji, co powoduje jeszcze większy gniew pacjenta. W takiej sytuacji większość ludzi unika kontaktu z wiecznie niezadowolonym, a czasem i agresywnym pacjentem, odsuwając się od niego. Jednak bez względu na to, czy gniew umierającej osoby ma uzasadnienie, czy też go nie ma, wyrozumiałość jest niezmiernie ważnym czynnikiem, który ten gniew ogranicza.⁸⁵ Pielęgniarka występuje tutaj „jako dawca wsparcia”.⁸⁶ Ekspresyjna funkcja pielęgniarki „ukierunkowana jest na rodzinę (tłumaczenie, że jest to bunt przeciw chorobie)”⁸⁷.

– **Stadium targowania się z Bogiem**, rzeczywistością, o „odroczenie wyroku”

⁸⁴ Tamże, s. 43.

⁸⁵ Zob. E. Kübler-Ross, *Rozmowy o śmierci i umieraniu*, dz. cyt., s. 53-56.

⁸⁶ K. Kocińska, *Terminalna faza choroby nowotworowej*, „Pielęgniarka i położna”, (10), 1996, s. 10.

⁸⁷ Zob. tamże, s. 10-11.

Całość przeżyć tego okresu, lub większa jego część **jest doświadczeniem bardzo intymnym**, utrzymywanym przez chorego w tajemnicy, zwłaszcza wtedy, gdy targowanie się dotyczy Boga. Etap ten, jest chyba najmniej poznanym, spośród pięciu wymienianych przez Szwajcarską lekarzkę. Wynikać to może z osobistego przeżywania tego okresu przez umierających, którzy niechętnie ujawniają czas przygotowywania do śmierci. Etap ten jest doświadczany w obszarze najgłębszych pragnień, w relacjach z Bogiem, czasem za cenę zobowiązań „poświęcenia się Bogu”, „dla potrzeb nauki”, byleby tylko przedłużyć swe życie.⁸⁸

– Okres depresji i smutku

Chorzy w tym stanie często mówią: już nie mogę, już nie chcę, już nie mam siły. Jest to etap do rozstania się z otoczeniem.⁸⁹ **Rozpoczyna się w czasie**, kiedy pryskają nadzieje i wszystko traci sens, **kiedy nie da się już wątpić w nieodwracalny przebieg umierania**, gdy ciało jest coraz słabsze i gniew mija. Elizabeth Kübler-Ross wskazuje na depresję reaktywną i przygotowawczą. Tę pierwszą łagodzi się podając substytucyjną wartość wyrównującą nieuzasadnioną winę, wstyd, brak, lub lęk. Drugą zaś można pokonać poprzez ułatwienie pacjentowi pogodzenia się ze stratą, umożliwienie wyrażenia żalu, lub też w niektórych przypadkach pozostawiając go w spokoju.

O ile w sytuacji depresji reaktywnej chory ma sporo do powiedzenia i wymaga dialogu, o tyle w czasie trwania depresji przygotowawczej pacjent najczęściej milczy. Rozmowy, przeprowadzone w trakcie trwania wspomnianego seminarium dowodzą, iż etap depresji, szczególnie w postaci przygotowawczej, jest okresem „kiedy pacjent może poprosić tylko o modlitwę; kiedy zaczyna myśleć raczej o tym, co go czeka, niż o tym, co ma za sobą”⁹⁰. Innymi słowy, „właśnie

⁸⁸ Autorka podaje przykład pewnej pacjentki, śpiewaczki operowej, dotkniętej chorobą (rak twarzy i szczęki), która musiała zerwać z karierą sceniczną, ale „prosiła o to, by mogła wystąpić choć jeszcze jeden raz”. Por. E. Kübler-Ross, *Rozmowy o śmierci i umieraniu*, dz. cyt., s. 80.

⁸⁹ K. Kocińska, *Terminalna faza choroby nowotworowej*, art. cyt., s. 11.

⁹⁰ E. Kübler-Ross, *Rozmowy o śmierci i umieraniu*, dz. cyt., s. 85.

ta rozbieżność między życzeniem chorego, a nadziejami otoczenia bywa przyczyną największego żalu i rozterki naszych pacjentów⁹¹. Pielęgniarka będzie tutaj tą osobą, która daje wsparcie. „Wsparcie poprzez nielekceważenie głębi smutku”⁹².

– **Etap pogodzenia się i akceptacji** nadchodzącej śmierci.

Jest to już ostatni etap, w którym terminalnie chory analizuje to, co przeżył. Okres ten występuje wtedy, gdy proces umierania jest dosyć długi, a pacjent miał wystarczająco dużo czasu na przeżycie poprzednich etapów. Zaznawszy pomocy, wciąż jednak jest wyczerpany, słaby, potrzebuje snu, stąd też zapada w krótkie drzemki. Nie jest to wcale ucieczka od rzeczywistości, od bólu, czy też od ludzi (co jest charakterystyczne dla etapu depresji), tylko „wzrastająca chęć przedłużenia godzin snu bardzo podobna do potrzeby nowonarodzonego dziecka, tyle że w odwrotnym porządku”⁹³. Etap ten, jest trudnym i niewątpliwie ważnym u kresu życia. Mimo, iż rodzina i bliscy potrzebują częstszego kontaktu z terminalnie chorym, to jednak on **pragnie spokoju, ciszy, krótkich wizyt, najlepiej w milczeniu.**

⁹¹ Tamże, s. 85. Warto w tym miejscu wspomnieć jeszcze za autorką: „Gdyby przedstawiciele zawodów wspomagających [w szczególności lekarzy – przyp. M.K.], zdawali sobie sprawę z rozbieżności albo konfliktu między pacjentem a jego otoczeniem, mogliby podzielić się tą świadomością z rodziną pacjenta i bardzo dopomóc zarówno jednej, jak i drugiej stronie. Powinni oni wiedzieć, że ten rodzaj depresji jest konieczny i zbawienny, jeśli pacjent ma umrzeć w spokoju i pogodzony z losem. Tylko ci chorzy, którzy byli w stanie pokonać swoją rozpacz i obawy, są zdolni osiągnąć ten etap (...)” E. Kübler-Ross, *Rozmowy o śmierci i umieraniu*, dz. cyt., s. 85-86.

⁹² K. Kocińska, *Terminalna faza choroby nowotworowej*, art. cyt. s. 11. W artykule tym dalej czytamy: „Nie można powiedzieć: „Ach, będzie dobrze”: (efektem będzie utrata zaufania chorego). Należy być z chorym, trzeba powiedzieć: „Dzisiejszy dzień jest lepszy, bo np. zjadł pan śniadanie”. W nocy koniecznie trzeba być z chorym – słuchać uważnie, co powie np. może wyrazić chęć spotkania się i pogodzenia z kimś z rodziny. Choremu w większym stopniu potrzebne jest zrozumienie i akceptacja.” Tamże, s. 11.

⁹³ E. Kübler-Ross, *Rozmowy o śmierci i umieraniu*, dz. cyt., s. 105.

Sama świadomość czyjejs obecności już wystarcza. Jednakże „etapu pogodzenia się z losem nie należy mylnie uważać za szczęśliwy. Jest on niemal pozbawiony uczuć. Ból jakby minął, walka się skończyła i nadszedł czas «ostatecznego wypoczynku przed długą podróżą».”⁹⁴

Jak zauważa Krystyna Kocińska, „Przechodzenie przez kolejne etapy okresu terminalnego nie musi przebiegać gładko. I rzadko tak się dzieje. Ich kolejność nie może być traktowana dogmatycznie i sztywno”⁹⁵. Praktyka dowodzi, że z każdego kolejnego etapu – pisze dalej Krystyna Kocińska – chory może wrócić do wcześniejszych przeżyć⁹⁶.

W podobnym tonie wypowiada się Wojciech Bołoz. Twierdzi on mianowicie, że wypracowana przez Elizabeth Kübler-Ross koncepcja umierania nie znajduje potwierdzenia w nowszych badaniach⁹⁷. Powołując się na opinie gerontologów⁹⁸ wymienia 5 charakterystycznych postaw wobec śmierci, które można przedstawić jako:

– **Akceptacja umierania i śmierci** przy równoczesnym wykorzystywaniu możliwości oferowanych przez życie (kontynuacja swojej działalności, np. pisanie książki, kontakty inaczej rodziną; podejmowanie decyzji);

– **Narastająca rezygnacja i rozgoryczenie**, które prowadzi do percepcji życia bardziej jako ciężaru i coraz mocniejsze uświadamianie sobie zbliżającego się końca życia;

– **Słabnięcie lęku dotyczącego śmierci**, dzięki znalezieniu nowego sensu życia i przekonaniu inaczej nowych, istotnych obowiązków (pojednanie inaczej ludźmi, Bogiem);

– **Wznawianie wysiłku**, by zagrożenia własnego życia nie traktować pierwszoplanowo;

⁹⁴ Tamże, s. 105.

⁹⁵ K. Kocińska, *Terminalna faza choroby nowotworowej*, art. cyt. s. 11.

⁹⁶ Tamże, s. 11.

⁹⁷ W. Bołoz, *Cierpienie duchowe w chorobie terminalnej*, „Polska Medycyna Paliatywna” (3), 1, 2004, s. 61.

⁹⁸ Między innymi na A. Kruse.

– Przechodzenie od okresu ciężkiej depresji do przyjęcia śmierci⁹⁹.

Nieco inaczej proces umierania przebiega, gdy chory nie jest w dostatecznym stopniu poinformowany o jednoznacznie złym rokowaniu. Stadia umierania przebiegają wtedy dwuetapowo:

Etap nieświadomości – charakteryzuje się brakiem problemów;

Etap niepewności – charakteryzuje się zmiennością nastroju, chory „chce się upewnić, że nie grozi mu żadne niebezpieczeństwo pytając: Czy mam raka? Tak czy nie? właściwie pyta: Czy na pewno nie mam raka?”¹⁰⁰

Jak widać, pojawia się tutaj problem, jakim jest przekazywanie choremu informacji o stanie jego zdrowia, zwłaszcza, gdy prognozy te nie są dobre.

b. Rola komunikacji z ludźmi terminalnie chorymi

Jedną z najważniejszych przyczyn złego samopoczucia występującego u chorych ludzi jest zła komunikacja pomiędzy pacjentem a szpitalnym personelem. W 1960 roku Scottish Association for Mental Health opublikowało dane, dotyczące psychologicznych problemów pojawiających się u pacjentów, leczonych w szpitalach. Z ów danych wynika, iż jednym z głównych powodów złego samopoczucia chorych jest przede wszystkim brak wiedzy, czy też informacji na temat: samej choroby, leczenia (zastosowanego, jak i planowanego),

⁹⁹ W. Bołoz, *Cierpienie duchowe w chorobie terminalnej*, art. cyt., s. 61. Zob. także H. Pera, *Chory człowiek jako pytanie ku nam skierowane*, „Znak” rok XXVI nr 241-242 (7-8), lipiec-sierpień, Kraków 1974, s. 909-922.

¹⁰⁰ E. Kübler-Ross, cyt. za: K. Kocińska, *Terminalna faza choroby nowotworowej*, art. cyt. s. 11. Zob. także: M. Drygała, *Pielęgniarka wobec umierającego*, „Pielęgniarka i położna” (2), 1998, s. 4-7.

czasu potrzebnego do wyleczenia i powrotu do pracy.¹⁰¹ Stąd też tak duży nacisk kładzie się w opiece paliatywnej na kształcenie i rozwijanie umiejętności przekazywania choremu i jego rodzinie niepomysłnych informacji. Wojciech Bołoz twierdzi, że „**przekazywanie informacji powinno się dokonywać w miłości**”, bowiem sposób powiadamiania chorego ma wielkie znaczenie¹⁰².

Przekazywanie niepomysłnych informacji dotyczących złego stanu zdrowia pacjenta jest procesem długotrwałym, mającym swą dynamikę. Nastęcza wiele trudności zarówno lekarzowi, jak i pacjentowi, zmieniając temu ostatniemu w sposób dramatyczny wizerunek przyszłości, wywołując przy tym bardzo silne emocje, oraz uruchamiając również bardzo mocne mechanizmy obronne. Z tego też powodu lekarze dość niechętnie decydują się na przekazanie choremu złych informacji o stanie jego zdrowia i prognozach dotyczących dalszego jego losu. Gotowi są „unikać danego pacjenta i poszukiwać rozlicznych uzasadnień przyczyn takiego unikania”¹⁰³. Do najczęściej wymienianych powodów takiego postępowania zalicza się:

- Przekonanie, że chory nie chce znać prawdy,
- Lęk przed zadaniem bólu, wyrządzeniem krzywdy, spowodowaniem szoku,
- Przeświadczenie, iż pacjent znający prawdę o swojej chorobie, traci chęć do życia, do podjęcia walki o swoje zdrowie, traci nadzieję,
- Obawa przed reakcją pacjenta i przed swoją bezradnością w tej sytuacji
- Obawa związana z przewidywaniem, że pacjent targnie się na swoje życie,

¹⁰¹ T. Świrydowicz, *Psychologiczne aspekty przekazywania niepomysłnych informacji o rozpoznaniu choroby i prognozie*, „Nowa Medycyna”, z. 97, rok VII, (1), 2000, s. 74. Autorka powołuje się na: E. Lichter, *Communication In Cancer Care*, Churchill Livingstone, Edinburgh, London, Melbourne, New York, 1987.

¹⁰² W. Bołoz, *Cierpienie duchowe w chorobie terminalnej*, art. cyt., s. 62.

¹⁰³ T. Świrydowicz, *Psychologiczne aspekty przekazywania niepomysłnych informacji o rozpoznaniu choroby i prognozie*, art. cyt., s. 75.

- Lęk przed odrzuceniem przez chorego,
- Lęk przed uświadomieniem sobie własnej śmiertelności,
- Przekonanie, że nie potrafi tego dobrze zrobić, bo nikt go tego nie nauczył,
- Przeświadczenie, że rozmowę taką powinien odbyć specjalista z zakresu komunikacji, na przykład psycholog¹⁰⁴.

Jak można zaobserwować, cechą wspólną podawanych przez lekarzy uzasadnień jest odwoływanie się do dobra pacjenta, na zachowanie przez niego dobrego samopoczucia i nie odbieranie mu nadziei dotyczącej powrotu zdrowia. Teresa Świrydowicz, powołując się na zagraniczne badania¹⁰⁵, zauważa też, że „Częściej (...) jak się wydaje, za niechęcią wzięcia na siebie trudnej odpowiedzialności przez lekarza kryje się faktycznie własna wygoda i pragnienie zachowania własnego dobrego samopoczucia”¹⁰⁶.

Jednak oprócz postawy unikania istnieje przeciwna do niej, wyrażająca się w przeświadczeniu, iż przekazanie niepomyślnych informacji nie powinno wiązać się z żadnymi problemami, „gdyż zawsze, bez względu na okoliczności, należy choremu mówić prawdę”¹⁰⁷. Chorzy zwykle nie skarżą się na to, że została im przedstawiona prawda o chorobie, ale bywa, iż mają zastrzeżenia do sposobu, w jakim im to zakomunikowano. Pacjent może się skarżyć, że niepomyślna informacja została mu przekazana na korytarzu, lub też tego, że lekarz nie miał czasu, że zrobił to przy innych pacjentach czy w obecności personelu pomocniczego, że chory nie został w dostateczny sposób przygotowany do poznania prawdy¹⁰⁸.

¹⁰⁴ Tamże, s. 75.

¹⁰⁵ E. Lichter, *Communication In Cancer Care*, Churchill Livingstone, Edinburgh, London, Melbourne, New York, 1987, s. 91.

¹⁰⁶ T. Świrydowicz, *Psychologiczne aspekty...*, art. cyt., s. 75.

¹⁰⁷ T. Świrydowicz, *Psychologiczne aspekty przekazywania niepomyślnych informacji o rozpoznaniu choroby i prognozie*, art. cyt., s. 75.

¹⁰⁸ Tamże, s. 75.

Skrajności obu tych postaw (zarówno unikania mówienia prawdy, jak i mówienia jej za wszelką cenę) mogą mieć nieobliczalne konsekwencje dla pacjenta. Stąd też formułowane są praktyczne zasady, mające pomóc lekarzowi w przekazywaniu niepomyślnych informacji. Można je wyrazić następująco:

– Nigdy nie należy oszukiwać chorego poprzez dawanie mu złudnej nadziei.

– Należy wzbraniać się przed bezmyślną, czy brutalną otwartością.

– Trzeba mieć na uwadze fakt, że **prawda ma walor lekarstwa**, dlatego trzeba ją podawać, dostosowując się do indywidualnych potrzeb i wrażliwości chorego¹⁰⁹.

Należy pamiętać, że chory łatwiej przyjmie słowa: „Badania wykazują, że jest to jedna z postaci nowotworu (guza), niż: „Niestety, ma pan raka”; albo „Pana czas jest prawdopodobnie ograniczony”, niż: „Ma pan przed sobą pół roku życia”¹¹⁰.

Jeszcze kilkanaście lat temu lekarze byli przekonani, że pacjent nie powinien wszystkiego wiedzieć, zwłaszcza jeśli było to umierające dziecko, czy umierający nastolatek. Sytuacja, w której chory na nowotwór nie znając prawdy, odmawiał leczenia, była jedyną sytuacją uzasadniającą powiedzenie prawdy. Trzeba było wtedy trochę postraszyć pacjenta niepomyślną diagnozą, by wymusić w ten sposób – za pomocą leku – zgodę na dalsze leczenie. Skoro lekarz uważał, że nie jest w stanie przewidzieć reakcji chorego (czego nawet sam pacjent nie mógł przewidzieć), odrzucano argumenty pacjenta, który „w sposób wyraźny domagał się poznania diagnozy i leczenia”¹¹¹.

Na szczęście dzisiaj sytuacja jest nieco inna. Coraz częściej staje się widoczna tendencja do mówienia choremu prawdy¹¹². Wśród ludzi

¹⁰⁹ Por. K. de Walden-Gałuszko, *U kresu*, Wydawnictwo Medyczne Mak – med., Gdańsk 1996, s. 90.

¹¹⁰ T. Świrydowicz, *Psychologiczne aspekty...*, art. cyt., s. 75.

¹¹¹ Tamże, s. 75.

¹¹² Chociaż „lekarze pytani, czy chcieliby znać prawdę o swojej śmiertelnej chorobie, odpowiedzieli w 80 %, że tak, natomiast ci sami lekarze za pytani, czy byliby skłonni mówić prawdę swoim pacjentom w 80 % mówili,

zawodowo przebywających z umierającymi osobami panuje przekonanie, iż nie należy okłamywać chorego i przez to dawać mu uludne nadzieje. Nie oznacza to jednak, że trzeba natychmiast, nie bacząc na okoliczności mówić wszystko choremu¹¹³.

Uzasadniając swą decyzję o przekazaniu choremu prawdziwych informacji, lekarze najczęściej odwołują się do kilku powodów:

- Uznanie prawa pacjenta do poznania prawdy („pacjent chce znać prawdę”),
- Przekonanie, że szacunek dla osoby pacjenta wymaga, by powiedzieć mu prawdę,
- Przeświadczenie, że każdy człowiek ma prawo do przeżywania umierania na swój własny sposób oraz do sprawowania kontroli nad swoim życiem,
- Przekonanie, że poznanie prawdy może wyzwolić u pacjenta chęć intensywnej walki z chorobą,
- Przeświadczenie, że poznanie prawdy da choremu możliwość załatwienia ważnych spraw¹¹⁴.

Dzisiaj lekarze nie dyskutują już tak często o tym, czy choremu przekazać złą informację o jego stanie zdrowia. Skupiają się oni bowiem na zagadnieniu, w jaki sposób przekazać niepomysłne informacje, by zminimalizować ewentualny szok i aby do końca nie zniszczyć nadziei pacjenta¹¹⁵. Przyjrzyjmy się zatem, jak wygląda sposób przekazywania niepomysłnych informacji.

że nie” zob. T. Świrydowicz, *Psychologiczne aspekty przekazywania niepomysłnych informacji o rozpoznaniu choroby i prognozie*, art. cyt., s. 76.

¹¹³ Tamże, s. 76.

¹¹⁴ T. Świrydowicz, *Psychologiczne aspekty przekazywania niepomysłnych informacji o rozpoznaniu choroby i prognozie*, art. cyt., s. 76.

¹¹⁵ Zob. R. Buckman, *How to break bad news – a guide for health care professionals*, London 1993, s. 54,

c. Sposób przekazywania niepomyślnych informacji

Przed podjęciem decyzji o przekazaniu choremu niepomyślnych informacji lekarz powinien ustalić dwie istotne rzeczy: Czy pacjent zrozumie przekazane mu informacje, oraz czy rodzina wyraża zgodę do przeprowadzenia takiej rozmowy. Ponieważ rodzina zwykle lepiej zna chorego, stąd może ona dostarczyć argumentów przemawiających za tym, by pacjentowi nie przekazywać złych informacji, szczególnie, gdy chory przebywa w domu i to właśnie rodzina będzie musiała uporać się z reakcjami chorego, wywołanymi poznaniem diagnozy¹¹⁶.

Decydujące dla przeprowadzenia rozmowy są:

– **Wybór miejsca do przekazania informacji.** Ważnym elementem będzie tutaj, by wybrane miejsce dawało choremu poczucie bezpieczeństwa, możliwość wyrażenia przeżywanych emocji, oraz by lekarz mógł przebywać z pacjentem tak długo, jak pacjent będzie tego potrzebował.

– **Ustalenie, jakie są przypuszczenia chorego na temat jego choroby,** jak dużo wie na ten temat. Może się zdarzyć, że pacjent zna rozpoznanie, nazwę swojej choroby, ale niewiele wie o jej skutkach, bądź nie do końca jest ich świadomy.

– **Ustalenie, jak dużo chory chce wiedzieć,** gdyż niektórzy pacjenci już na wstępie rozmowy informują lekarza, że nie chcą znać całej diagnozy, prosząc jednocześnie, by o wszystkim poinformować współmałżonka.

Kontynuowanie rozmowy – przekazywanie niepomyślnych informacji. Przy kontynuacji rozmowy dobrze jest znać poniższe zasady:

– Przekazując informacje lepiej jest używać oględnych sformułowań, np. użyć terminu „nietypowe komórki”, zamiast „rak”.

– Słów takich jak „nowotwór”, lub też „rak” lepiej nie wypowiadać, zanim wcześniej nie wypowie ich sam pacjent.

¹¹⁶ T. Świrydowicz, *Psychologiczne aspekty przekazywania niepomyślnych informacji o rozpoznaniu choroby i prognozie*, art. cyt., s. 76.

– Starać się używać języka zrozumiałego dla chorego, a unikać medycznego żargonu.

– Wszelkie wątpliwości i niejasności zgłaszane przez pacjenta, należy wyjaśnić.

– Pozwolić, by chory mógł wyrazić emocje, stworzyć odpowiednią do tego atmosferę.

– Okazać pacjentowi troskę i życzliwość.

– Trzeba też ustalić, jakiego rodzaju pomoc jest przez chorego oczekiwana.

– Poprzez zadanie prostych pytań, jak chociażby „Czy to wszystko wydaje się zrozumiałe?” ustalić, ile i co pacjent rozumiał z tego, co zostało mu przekazane¹¹⁷.

Zaobserwowano, że ilość informacji przekazanych pacjentowi, zależy od liczby pytań przez niego zadawanych, oraz od jego reakcji na odpowiedzi udzielane przez lekarza. Zauważono również, że pacjenci znajdujący się w początkowej fazie choroby wykazują szczególne zainteresowanie, które maleje w miarę rozwoju choroby a koncentruje się na jej objawach¹¹⁸.

Zakończenie rozmowy. Dobrze jest spróbować zakończyć rozmowę jakimś akcentem nadziei, czy to zapewnieniem, że pacjent nigdy nie zostanie pozostawiony sam sobie, czy też, że pojawiający się ból będzie należycie zwalczany. Pacjenci, którzy z powodu lęku chcą jak najmniej wiedzieć o swojej chorobie i przez to nie dopytują się o swoją diagnozę, nie zdają sobie sprawy z następstw takiego postępowania. Podobnie zresztą jak chorzy, „których nikt nie miał odwagi poinformować i którzy są żegnani zapewnieniem lekarza, że wszystko będzie dobrze i dalej są utrzymywani w takim przekonaniu przez najbliższych”¹¹⁹.

¹¹⁷ K. de Walden-Gałuszko, *U kresu*, Wydawnictwo Medyczne Mak – med., Gdańsk 1996, s. 90.

¹¹⁸ K. de Walden-Gałuszko, *U kresu*, dz. cyt., s. 90.

¹¹⁹ T. Świrydowicz, *Psychologiczne aspekty przekazywania niepomysłnych informacji o rozpoznaniu choroby i prognozie*, art. cyt., s. 77.

Badania potwierdzają¹²⁰, że jeśli pacjent faktycznie będzie chciał poznać prawdę, to i tak dotrze do interesujących go informacji. Na tej podstawie opisane zostały trzy strategie stosowane przez pacjenta, który chce się dowiedzieć prawdy o swojej chorobie.

Można zatem wyróżnić:

Podśluchiwanie i słuchanie wszystkiego, co mówi się w pobliżu pacjenta, szczególnie w czasie wizyty lekarskiej, i na tej podstawie wysnuwanie samodzielnych wniosków.

– Na podstawie pytania zadanego komuś z personelu (najczęściej pielęgniarce) dokonywanie analizy treści odpowiedzi, jak również sygnałów niewerbalnych przekazywania informacji

– Tzw. „chwytanie w pułapkę” – różnym osobom pacjent zadaje pytania dotyczące tych samych, bądź różnych szczegółów. Jeśli personel nie komunikuje się w najlepszy sposób między sobą, wtedy chory otrzymuje wiele różnych informacji, czasem dosyć z sobą niezgodnych, w związku z czym nabiera większego przeświadczenia, że jest okłamywany¹²¹.

Powyższe badania, jak również obserwacja chorego wykazują, że nawet jeśli zarówno personel, jak i rodzina wybiorą znowę milczenia, to pacjent, któremu naprawdę zależy na poznaniu prawdy i tak ją w końcu pozna¹²². Niewątpliwie sposób przekazywania tak choremu, jak i jego rodzinie niepomyślnych, ale też wszelkich innych informacji jest istotnym problemem, na który zwraca uwagę Okręgowy Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej Okręgowej Izby Lekarskiej W Krakowie, lek. med. Jolanta Orłowska-Heitzman, pisząc w sprawozdaniu: „Apeluję do wszystkich Koleżanek i Kolegów o zwraca-

¹²⁰ Por. J. M. Hinton, *The psychical and mental distress of the dying*, „Quarterly Journal of Medicine”, New Series XXXII, (125), January 1963, s. 1-20; M. Knight, D. Field, *A silent conspiracy: coping with dying cancer patients as an acute surgical ward*, „Journal of Advanced Nursing”, (6), 1981, s. 225-228.

¹²¹ M. Knight, D. Field, art. cyt., s. 225-228.

¹²² T. Świrydowicz, *Psychologiczne aspekty przekazywania niepomyślnych informacji o rozpoznaniu choroby i prognozie*, art. cyt., s. 78.

nie większej uwagi na kontakt z chorym i jego rodziną, na większą dbałość nie tylko w przekazywaniu informacji w sposób zrozumiały dla pacjenta, ale też o kulturalny sposób ich przekazywania¹²³.

b. Ujęcie socjologiczne

Prezes Polskiej Unii Onkologii, doktor Janusz Meder, w wystosowanym do prezydenta, premiera oraz posłów RP Apelu z dnia 9-tego lipca 2004 roku, alarmuje, że: „Już w roku 2006-2008 według raportu WHO nowotwory staną się głównym zabójcą ludzi na całym świecie”¹²⁴. W Apelu tym, wspomniany doktor przytacza dane, z których jasno wynika, iż obecnie w naszym kraju, szansa wyleczenia pacjentów z nowotworem złośliwym nie przekracza 30%, a w krajach, gdzie ochrona zdrowia jest lepiej zorganizowana, a więc w USA, oraz Europie Zachodniej, osiąga się 50 – 60 % wyleczeń¹²⁵.

Żeby lepiej poznać skalę zjawiska zachorowalności na nowotwory złośliwe w Polsce, trzeba wiedzieć, że **rocznie na tę chorobę zapada w naszym kraju 120 tysięcy osób i około 80 tysięcy z tego powodu umiera**. Jest to smutny, ale niestety prawdziwy fakt, z którego wielu z nas nie zdaje sobie sprawy. W Polsce każdego dnia ponad 300 osób zapada na raka, a 220 z powodu tej choroby umiera. Jeśli nie przemawia do kogoś powyższe zdanie, to niech wyobrazi sobie, że **co 5 mieszkaniec Polski umiera z powodu nowotworu złośliwego a co 4 zachoruje na tę chorobę**¹²⁶. Dzieje się tak najczęściej z powodu

¹²³ Sprawozdanie Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej, Materiały sprawozdawcze XXI Okręgowego Zjazdu Lekarzy, Kraków 21-22 października 2005, w: „Biuletyn Lekarski” (6a/87), wrzesień/październik 2005, s. 10.

¹²⁴ Apel Prezesa i Zarządu Głównego Polskiej Unii Onkologii Stowarzyszenia ponad wszelkimi podziałami skierowany do: Prezydenta, premiera i rządu posłów i senatorów Rzeczypospolitej Polskiej, Warszawa, 9 lipca 2004 r., s. 1. <http://www.hospicja.pl/biblioteka/article/139.html>

¹²⁵ Tamże, s. 2.

¹²⁶ Tamże.

zbyt późno wykrytej, błędnie zdiagnozowanej lub niewłaściwie leczonej choroby – czytamy w Apelu. Zresztą, widać to wyraźnie w zestawieniu odsetka pacjentów podejmujących leczenie we wczesnej fazie choroby nowotworowej, czyli wtedy, gdy istnieje realne szansa pokonania choroby. Spójrzmy na poniższe zestawienie.

Odsetek pacjentów podejmujących leczenie we wczesnej fazie choroby nowotworowej	
80 % – w USA i Europie	20 % – w Polsce

Tabela 2. Odsetek pacjentów leczonych we wczesnej fazie choroby nowotworowej.

Jak widać, odsetek ów jest przerażająco niski w naszym kraju. Przekłada się to w konsekwencji na procent wyleczenia, który jest również niski, wynoszący zaledwie 30% (zob. Tab. 4).

Wiarygodne prognozy epidemiologiczne informują, że w 2010 roku, w Polsce, nowych zachorowań na nowotwory będzie 160 tysięcy, z czego 100 tysięcy umrze¹²⁷.

„Epidemiologia przetrwałego stanu wegetatywnego jest trudna do ustalenia wobec braku precyzyjnych danych. **Szacuje się, że w USA około 10 000 – 25 000 dorosłych i 1000 dzieci znajduje się w przetrwałym stanie wegetatywnym**”¹²⁸. Podobnie jak z oszacowaniem występowania przetrwałego stanu wegetatywnego rzecz ma się z kosztami jego leczenia, które są trudne do precyzyjnego ustalenia. Przypuszcza się, że w USA na leczenie tych pacjentów wydaje się „**kilka miliardów dolarów rocznie**”¹²⁹.

Niewątpliwie koszty leczenia osób niepełnosprawnych są o wiele za duże i częstokroć rodzice chorego czy też prawni jego opiekunowie muszą ponosić koszty tego leczenia. Pomoc państwa jest w tym

¹²⁷ Apel Prezesa i Zarządu Głównego Polskiej Unii Onkologii, art. cyt., s. 1.

¹²⁸ J. Andres, A. Macheta, *Przetrwały stan wegetatywny – aspekty medyczne, moralne, prawne i ekonomiczne*, art. cyt., s. 76.

¹²⁹ Tamże.

zakresie niewspółmierna do faktycznego stanu rzeczy, a to już jest duży problem, ponieważ wiele rodzin po prostu nie stać na leczenie. W lipcu 2005 roku ukazał się raport brytyjskiej organizacji pozarządowej New Philanthropy Capital (NPC), który informuje, że **koszty utrzymania niepełnosprawnego dziecka są trzykrotnie wyższe, niż w przypadku dziecka w pełni sprawnego**¹³⁰.

Ów raport NPC donosi, iż ponad 700 tysięcy brytyjskich dzieci jest niepełnosprawnych, co stanowi ok. 5%. Rodzice tych dzieci muszą ponosić znacznie wyższe koszty, aby dostosować mieszkanie do potrzeb chorego, aby zakupić sprzęt rehabilitacyjny, pokryć koszty transportu, rehabilitacji, konsultacji medycznych, etc. „Szacuje się, że roczne wydatki związane z opieką nad dzieckiem ze znacznym stopniem niepełnosprawności wynoszą około 8 300 funtów. Zdaniem badaczy, na utrzymanie takiego dziecka od momentu jego przyjścia na świat do chwili ukończenia przez nie siedemnastego roku życia potrzeba średnio 143 000 funtów. Problemy finansowe takich rodzin dodatkowo pogłębia fakt, że **konieczność stałej opieki nad chorym dzieckiem często zmusza rodziców, w szczególności matki, do rezygnacji z działalności zarobkowej**”¹³¹.

Rezultatem tego są pogłębiające się problemy finansowe rodzin, a co za tym idzie, niepokój, stres, prowadzące u rodziców do depresji i innych psychicznych problemów. Zaburzenia takie zaobserwowano u 76% badanych rodzin. Jest to więc poważny problem, nad którego rozwiązaniem powinny pracować instytucje państwowe.

Dyrektor ds. badań w New Philanthropy Capital, Martin Brookes twierdzi, że jednym ze sposobów zmniejszenia finansowych obciążeń rodzin opiekujących się chorą osobą jest wprowadzenie zmian do systemu podatkowego i świadczeń socjalnych. Jednak nie zgadza się on z opinią, że zwiększenie środków na te cele rozwiąże tę kwestię. „Pieniądze to tylko część problemu – zaznacza Martin Brookes – wiele z tych rodzin cierpi z powodu nadmiernego obciążenia stresem,

¹³⁰ A. Jórczyk, <http://www.dlaczego.org.pl/oglosz8.htm>

¹³¹ Tamże.

a także izolacji społecznej. W tym zakresie cenny wkład mogłyby wnieść organizacje charytatywne¹³². Niewątpliwie zapewnienie tym rodzinom emocjonalnego wsparcia, a przede wszystkim odpoczynku, byłoby wskazane. Jednak wiele organizacji charytatywnych również ma problemy finansowe, a to zmniejsza liczbę osób, do których mogą przyjść z pomocą.

Pomocy takiej należałoby jednak udzielać, ponieważ statystyki głoszą, że **„u ponad połowy matek dzieci będących w terminalnych stadiach nieuleczalnych chorób zaobserwowano symptomy poważnych zaburzeń psychicznych**. Problem ten w mniejszym, ale nadal znacznym stopniu, dotyczy rodzeństwa chorych dzieci – zaburzenia emocjonalne zdiagnozowano u około jednej czwartej badanych osób¹³³. Jak widać, istnieje potrzeba niesienia pomocy tak chorym, jak i ich rodzinom.

W Polsce istnieje około 300 ośrodków opieki hospicyjnej oraz paliatywnej. Według danych, **co roku 200 000 dorosłych osób, oraz 2000 dzieci w naszym kraju wymaga opieki hospicyjów¹³⁴**. Placówki tego typu, mimo że wspierane są poprzez różnego rodzaju stowarzyszenia, fundacje oraz lokalne samorządy, borykają się z finansowymi problemami, tym bardziej, że z niewiadomych przyczyn, do osób odpowiedzialnych za system opieki zdrowotnej nie trafiają argumenty o potrzebie zwiększenia wydatków na cele hospicyjne. Koszt utrzymania jednego chorego na nowotwór pacjenta hospicjum to wydatek przekraczający 300 złotych dziennie, a tymczasem Narodowy Fundusz Zdrowia dumnie deklaruje, że kwotą wystarczającą będzie 60 złotych. Jeśliby faktycznie pomysł taki wszedł w życie, to wiele placówek hospicyjnych przestanie istnieć¹³⁵.

Trzeba zdać sobie sprawę z tego, że problem ten nie dotyczy tylko kilku osób, ale ma charakter globalny. Wystarczy przyjrzeć się poniż-

¹³² A. Jórczyk, <http://www.dlaczego.org.pl/oglosz8.htm>

¹³³ A. Jórczyk, <http://www.dlaczego.org.pl/oglosz8.htm>

¹³⁴ <http://wiadomosci.polska.pl/specdlapolski/article.htm?id=135204>

¹³⁵ Tamże.

szym statystykom, aby unaocznic sobie fakt, ile ludzi umiera z powodu nowotworów. Trzeba również przypomnieć, że zawsze sytuacja ta dotyczy całej rodziny. Trafnie porównała ją Katarzyna Ćwirko do organizmu ludzkiego – „jeżeli niedomaga jeden z narządów, choruje i cierpi cały człowiek”¹³⁶. Choroba jednego z członków rodziny zaburza funkcjonowanie całego systemu rodzinnego. „Członkowie rodziny konfrontują się ze stanem zagrożenia i przeżywają chorobę na swój indywidualny sposób, ale zawsze w kontekście systemu rodzinnego – specyficznych sposobów radzenia sobie w sytuacjach trudnych, pełnionych ról, funkcji wynikających z danej roli”¹³⁷. Zatem do liczb podanych w poniższych tabelach można by w domyśle dodać osoby, które wraz z chorym przeżywają jedną z najtrudniejszych sytuacji życiowych, z jaką czasem trzeba się zmierzyć. Mianowicie z sytuacją przewlekłej, nieuleczalnej choroby.

	Nowe zachorowania	Zgony
Świat		
2000 r.	10.000.000	6.000.000
2020 r. (prognoza)	20.000.000	10.000.000
Polska		
2000 r.	110.000	80.000
2010 r. (prognoza)	160.000	100.000

Tab.3. Statystyka zapadalności na choroby nowotworowe¹³⁸.

¹³⁶ K. Ćwirko, *Możliwość pomocy psychologicznej rodzinom osób umierających*, „Nowa Medycyna”, 2(2004), z. 124, s. 71.

¹³⁷ Tamże.

¹³⁸ <http://www.puo.pl/page.php?id=42>

Europa	USA	Polska
1.400.000 (zachorowań rocznie)	1.400.000 (zachorowań rocznie)	110.000 (zachorowań rocznie)
40 % wyleczeń	50 % wyleczeń	30 % wyleczeń

Tab. 4. Statystyka zapadalności na choroby nowotworowe w 2000 roku¹³⁹.

c. Ujęcie prawne

Najważniejszą lekarską powinnością – zgodnie z Kodeksem Etyki Lekarskiej – jest dobro pacjenta. Na ogół przyjmuje się, iż owym „dobrem pacjenta” jest zdrowie jego i życie. Lekarskie powołanie ma właśnie tym wartościom służyć. Jednak rzecz nieco się komplikuje, gdy sprawa dotyczy pacjentów w stanach terminalnych, kiedy oczywisty staje się brak możliwości wyleczenia. Jeśli choremu nie można przywrócić takiego stanu zdrowia, by zaakceptował jego „jakość”, trzeba się mocno zastanowić, czy trwanie w chorobie, często połączone z niewyobrażalnym cierpieniem tak fizycznym, jak i psychicznym, stanowi dla niego tę najwyższą wartość, to „dobro”, którego strzec ma każdy lekarz, a co za tym idzie, czy lekarz ma prawo do kontynuowania terapii i „moralny nakaz przedłużania tego życia bez względu na realne perspektywy polepszenia stanu chorego oraz niezależnie od woli przez niego wyrażanej”¹⁴⁰?

W stosunku do umierającego pacjenta lekarzowi pozostaje chyba tak naprawdę jeden tylko obowiązek spośród wymienianych przez Kodeks Etyki Lekarskiej, mianowicie „niesienie ulgi w cierpieniu.” Jednak nasuwa się tu pytanie – do jakiego stopnia lekarz powinien, lub też do jakiego stopnia lekarz może posunąć się w takim działaniu?

¹³⁹ Tamże.

¹⁴⁰ M. Szeroczyńska, *Czy pacjent ma prawo do śmierci?*, w: *Opieka paliatywna nad dziećmi* (red.) T. Dąngiel, VI Kurs CMPK dla Lekarzy i Pielęgniarek, Kazimierz Dolny 16 – 21 X 2000, s. 143.

Skoro przedłużanie pacjentowi życia nie jest związane z czynieniem mu dobra, a wręcz przeciwnie – przysparzając cierpień, wyrządza mu jeszcze większą szkodę. Jak w takim przypadku powinien zachować się lekarz i co może prawnie uczynić?¹⁴¹

Moralna powinność niesienia ulgi cierpiącemu pacjentowi znajduje potwierdzenie w postaci **prawa pacjenta do umierania w spokoju i godności**¹⁴². Jeśli chodzi o godność, to wyłącznie chory i umierający człowiek może stwierdzić, czy stan, w którym się obecnie znajduje, nie uwłacza jego poczuciu godności. Prawo do samostanowienia jest nieodzownym elementem jej zachowania. Ustawa o zawodzie lekarza z dnia 5 grudnia 1996 roku¹⁴³, jak również **Kodeks Etyki Lekarskiej** podkreślają wielokrotnie, iż odpowiednio poinformowany pacjent ma zawsze prawo odmówić leczenia, a udzielanie jakichkolwiek świadczeń zdrowotnych będzie uwarunkowane jego zgodą. „Wyjątkowe przypadki dopuszczające podjęcie działań pomimo sprzeciwu pacjenta (np. przymusowe leczenie osób chorych psychicznie, uzależnionych od alkoholu czy innych środków odurzających, leczenie chorych na gruźlicę lub choroby weneryczne) oraz w sytuacji niemożności uzyskania tej zgody (np. w stosunku do małoletnich, ubezwłasnowolnionych lub osób nieprzytomnych) zostały enumeratywnie wyszczególnione w ustawach¹⁴⁴.

Kodeks Etyki Lekarskiej stwierdza w art. 30, iż „**lekarzowi nie wolno stosować eutanazji**”. Jednakże zakaz ten trzeba rozważać łącznie z innymi przepisami rozdziału, dotyczącego pomocy chorym w stanach terminalnych. We wcześniejszym artykule Kodeks Etyki Lekarskiej stwierdza, że „lekarz winien do końca łagodzić cierpienia chorych w stanach terminalnych i utrzymywać, w miarę możliwości,

¹⁴¹ Tamże, s. 143.

¹⁴² Art. 19, ust. 1, pkt. 5 Ustawy o zakładach opieki zdrowotnej z dnia 30 sierpnia 1991 r., Dz. U. nr 91 poz. 408 z późn. zm.

¹⁴³ Dz. U. z 1997 r. nr 28, poz. 152 z późn. zm.

¹⁴⁴ M. Szeroczyńska, *Czy pacjent ma prawo do śmierci?*, art. cyt., s. 143-144.

jakość kończącego się życia¹⁴⁵. Zaś art. 31 zezwala na niepodejmowanie oraz odstąpienie od prowadzenia uporczywej terapii, czy też reanimacji, a także na niestosowanie środków nadzwyczajnych.¹⁴⁶

Należy więc założyć, iż „według Kodeksu Etyki Lekarskiej te dwa ostatnie rodzaje postępowania nie mieszczą się w pojęciu eutanazji, a w związku z tym zakaz z art. 30 obejmuje wyłącznie zachowanie określane przez prawników i etyków mianem eutanazji czynnej – czyli aktywne działanie lekarza zmierzające bezpośrednio do uśmiercenia pacjenta”¹⁴⁷. Jednak gdy przyjrzymy się regulacji zawartej w Kodeksie Karnym, sytuacja wygląda zasadniczo odmiennie. Otóż art. 150 § 1 KK statuuje tzw. przestępstwo zabójstwa eutanatycznego. „Zgodnie z tym przepisem karze podlega ten, *któ zabija człowieka na żądanie i pod wpływem współczucia dla niego*”¹⁴⁸.

Jak stanowi polski **Kodeks Karny**, zabroniony czyn może zostać popełniony tak poprzez działanie, jak i przez zaniechanie, czyli niepodejmowanie działania, które w danej sytuacji nakazane było przez prawo. Artykuł 30 Ustawy o zawodzie lekarza można uznać za taki prawny nakaz działania leżący po stronie lekarza. W artykule tym stwierdza się, że „lekarz ma obowiązek udzielać pomocy lekarskiej w każdym przypadku, gdy zwłoka w jej udzieleniu mogłaby spowo-

¹⁴⁵ Cytowany art. 29 tegoż kodeksu mówi jeszcze o zapewnieniu choremu humanitarnej opieki terminalnej, i godnych warunkach umierania.

¹⁴⁶ Dosłowna treść art. 30 Kodeksu Etyki Lekarskiej w pkt 1 jest następująca: „W stanach terminalnych lekarz nie ma obowiązku podejmowania i prowadzenia reanimacji lub uporczywej terapii i stosowania środków nadzwyczajnych”.

¹⁴⁷ M. Szeroczyńska, *Czy pacjent ma prawo do śmierci?*, art. cyt., s. 144. Warto w tym miejscu przypomnieć, iż rozróżnia się eutanazje czynną i bierną. „Terminu ‘eutanazja czynna’ używa się w odniesieniu do tych metod medycznych, których bezpośrednim celem jest skrócenie ludzkiego życia. Eutanazja bierna oznacza nieuzasadnione zaprzestanie leczenia w celu przyspieszenia śmierci.” J. Dziedzic, *Eutanazja*, w: A. Muszala (red.): *Encyklopedia bioetyki. Personalizm chrześcijański. Głos kościoła*. Radom 2005, s. 155.

¹⁴⁸ Cyt. za: M. Szeroczyńska, *Czy pacjent ma prawo do śmierci?*, art. cyt., s. 144.

dować niebezpieczeństwo utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia”¹⁴⁹. W przypadku niepodjęcia interwencji medycznej wobec terminalnie chorego, miałyby to niewątpliwie miejsce (niezależnie od skuteczności takiej akcji).

Należy zatem przyjąć, że **art. 150 § 1 KK nie pozwala na stosowanie eutanazji zarówno czynnej, jak i biernej**, dopuszczanego przeto przez art. 31 Kodeksu Etyki Lekarskiej niepodjęcia lub odstąpienia od uporczywej terapii lub reanimacji, a także niestosowania nadzwyczajnych środków. Ponadto, polski Kodeks Karny „przy przestępstwach umyślnych (a do takich zalicza się zabójstwo eutanatyczne) przewiduje możliwość ich popełnienia w dwóch formach zamiaru – w zamiarze bezpośrednim lub w zamiarze ewentualnym. Działa w zamiarze bezpośrednim sprawca, który chce popełnienia przestępstwa, tj. chce osiągnięcia danego skutku (np. lekarz, który podaje pacjentowi chlorek potasu, aby spowodować jego śmierć, ale także lekarz, który odłącza pacjenta od respiratora w tym samym celu)¹⁵⁰.

Natomiast, jak dalej podaje Małgorzata Szeroczyńska, „zabójstwa w zamiarze ewentualnym dopuszcza się sprawca, który co prawda nie chce osiągnąć skutku śmiertelnego, ale wie, że może on nastąpić w wyniku podjętego przez niego działania i na to się godzi”¹⁵¹. Jak widać, podawanie przez lekarza silnych środków przeciwbólowych, w celu uśmierzania cierpienia chorego, ale mogących spowodować śmierć pacjenta jest ustawowo zakazane.

Lekarz, który podaje choremu silne środki analgetyczne, jest świadomy skutków ubocznych, które mogą wystąpić. Więc, „jeśli podejmuje ryzyko ich zastosowania, należy przyjąć, że mimo iż nie dąży do osiągnięcia skutku śmiertelnego, to jednak taką możliwość bierze w rachubę, czyli na nią się godzi”¹⁵².

¹⁴⁹ Tamże, s. 144.

¹⁵⁰ M. Szeroczyńska, *Czy pacjent ma prawo do śmierci?*, art. cyt., s. 145.

¹⁵¹ Tamże, s. 145.

¹⁵² Tamże, s. 145.

Można zatem zauważyć, że art. 150 § 1 KK, zakazując takiego postępowania wobec chorego terminalnie, klóci się z etyczną normą, która płynie z art. 29 Kodeksu Etyki Lekarskiej, głoszącym wyraźnie, iż lekarz ma obowiązek łagodzenia cierpień umierających „aż do końca”, czyli wszelkimi możliwymi środkami, niezależnie od ich skutków ubocznych. Owa dopuszczalność w Kodeksie Etyki Lekarskiej ryzykownych metod przeciwbólowego leczenia wynika z przyjęcia teorii podwójnego skutku. Teoria ta głosi, „że jeśli nasze działanie nieuchronnie spowoduje dwa skutki dobry i zły, natomiast naszym zamiarem jest osiągnięcie wyłącznie skutku dobrego (dobrego tym wypadku uśmierzenie cierpienia), to wolno nam podjąć owe działanie i nie będziemy moralnie odpowiadać za sprawstwo skutku złego (tzn. śmierci)”¹⁵³.

Definicja ewentualnego zamiaru, która przyjęta jest w polskim Kodeksie Karnym, odrzuca usprawiedliwiającą moralnie teorię podwójnego skutku, zakładając, że „podjęcie działania ze świadomością, iż nieuchronnie spowodujemy nim negatywny skutek, jest jednakowo społecznie niebezpieczne jak podjęcie tego działania w celu osiągnięcia owego skutku”¹⁵⁴. Owo założenie rodzi się z faktu, że zwykle obiektywnie niemożliwa jest rekonstrukcja prawdziwego celu, do którego zmierzał sprawca, tym bardziej, że obydwie te cele często są nie do rozróżnienia – gdy „jedyną metodą uśmierzenia bólu staje się pozbawienie tej osoby życia”¹⁵⁵.

Z powyższych porównań prawnych regulacji zawartych w polskim Kodeksie Karnym, oraz Kodeksie Etyki Lekarskiej wynika, iż ustawowy zakaz jest znacznie szerszy, niż zawodowy zakaz moralny. Dzieje się tak dlatego, że w obydwu tych aktach została przyjęta inna hierarchia wartości. „O ile Kodeks Etyki Lekarskiej kieruje się zasadą dobra pacjenta, nie decydując apriorycznie, co jest owym dobrem, o tyle kodeks karny jednoznacznie stwierdza, że wartością najwyż-

¹⁵³ Tamże, s. 145.

¹⁵⁴ M. Szeroczyńska, *Czy pacjent ma prawo do śmierci?*, art. cyt., s. 145.

¹⁵⁵ Tamże, s. 145.

szą jest życie ludzkie i nikomu nie wolno nim dysponować – nawet samemu pacjentowi, gdyż z samej definicji, zabójstwo eutanatyczne jest zabójstwem *na żądanie* pacjenta”¹⁵⁶.

Kończąc powyższe porównania, można powiedzieć, iż prawne przepisy „nigdy nie mogą wyczerpać ani dokładnie wskazać tego, do czego wzywają nas wartości transcendentne; wartości, którym człowiek się poddaje, skoro tylko je dostrzeże i afirmuje.”¹⁵⁷ Zatem praca nad etyką lekarskiej profesji nie ogranicza się do pisania kolejnych norm kodeksowych i uchwalania ich. Jest rozpatrywaniem sytuacji w świetle wartości i szukaniem właściwej postawy, jaką nam owe normy wskazują.

3. Wobec uporczywej terapii

Ukazane w drugim punkcie bogactwo przeżyć pacjenta będącego w terminalnej fazie choroby skłania do spojrzenia na chorą osobę nie tylko poprzez pryzmat medycznych terminów, ale przede wszystkim akcentując osobowe do niego podejście, z uwzględnieniem jego godności i przysługujących mu praw, co wymaga przypomnienia definicji osoby. Dzięki temu, oraz dzięki rozróżnieniu środków medycznych na zwyczajne i nadzwyczajne łatwiej będzie zająć stanowisko w kwestii odstąpienia od uporczywej terapii, której przykłady zostały podane w punkcie pierwszym. Wymienione zaś dobra pacjenta oraz cele medycyny powrócą przy opisie prawa pacjenta do godnej śmierci, a przede wszystkim przy omawianiu istoty medycyny paliatywnej, która zaktualizuje ważność większości aspektów poruszanych w całym artykule.

¹⁵⁶ Tamże, s. 145.

¹⁵⁷ J. Kujawska-Tenner, *Niektóre problemy etyczne w opiece paliatywnej*, „Nowotwory” 46 (1996), s. 242.

a. Dobro pacjenta i cel medycyny – kryteria działań medycznych

Skoro najważniejszą lekarską powinnością – zgodnie z przywoływanym w poprzednim punkcie Kodeksem Etyki Lekarskiej – jest dobro pacjenta, należy nieco bliżej przyjrzeć się temu zagadnieniu, jednocześnie zwracając uwagę na cel medycznej profesji.

Jak twierdzi Edmund D. Pellegrino, dobro pacjenta składa się z czterech elementów:

- Dobro medyczne (medical good), które określać będą wskazania medyczne,
- Dobro przeżywane przez pacjenta według oceny jego planów życiowych i własnej sytuacji (patient's concept of his own good),
- Dobro pacjenta jako osoby (good of the patient as a person),
- Dobro duchowe pacjenta (spiritual good)¹⁵⁸.

Dobro medyczne wyznacza aktualna wiedza medyczna, sztuka lekarska, gdzie wielką rolę odgrywają naukowe, techniczne i praktyczne zdolności lekarza, dzięki którym właściwie wykorzystuje on posiadaną wiedzę i używa właściwych środków do leczenia danej choroby. Owym dobrem jest – zdaniem Tadeusza Biesagi – „przywrócenie fizjologicznych funkcji ciała i umysłu pacjenta, uwolnienie go od bólu poprzez użycie środków medycznych, operacje, psychoterapię itp.”¹⁵⁹

Dobro to jest instrumentalnym dobrem, „którego pragnie pacjent, a które realizuje lekarz poprzez swoje kompetencje medyczne i słuszne decyzje. Ponieważ jest ono dobrem zasadniczym dla medycyny,

¹⁵⁸ E. D. Pellegrino, David C. Thomasma, *For the Patient's Good: The Restoration of Beneficence in Health Care*, New York, Oxford University Press, 1988, s. 74-91; Tenże, *The Internal Morality of Clinical Medicine: A Paradigm for the Ethics of the Helping and Healing Professions*, „Journal of Medicine and Philosophy”, 26(2001) nr 6, s. 564.

¹⁵⁹ T. Biesaga, *Dobro pacjenta celem medycyny i podstawą etyki medycznej*, „Studia Philosophiae Christianae” UKSW 40 (2004), s. 157.

często jest mylone z pełnym dobrem pacjenta¹⁶⁰. Pomimo iż dobro to jest dobrem niezbędnym, to jednak – jak pisze dalej Tadeusz Biesaga – „nie jest dobrem wystarczającym we właściwie pojętej medycynie. Musi być ono zharmonizowane z innymi wymiarami dobra pacjenta. Inaczej prowadzi do dehumanizacji medycyny i depersonalizacji samej relacji lekarz-pacjent”¹⁶¹.

Dlatego też jest konieczne zwrócenie uwagi na **dobro przeżywane przez pacjenta**, kiedy będzie chodzić o osobiste wybory chorego, jego wartości, preferencje, sposób, w jaki widzi on korzyści, ale też udręki proponowanego mu leczenia. Odzwierciedla się tutaj w jakiś sposób nadzwyczajność, niepowtarzalność każdej osoby, wyjątkowość jej świata wartości. Zaliczyć tu można status danej osoby, jej wiek, zawód, ale także zaangażowanie kulturowe, społeczne i religijne. Edmund D. Pellegrino powie, że „Aby służyć osobistemu dobru pacjenta, dobro medyczne musi być umiejscowione w kontekście planu życiowego i sytuacji życia tego oto pacjenta”¹⁶².

Powyższe dobra pacjenta, tak medyczne, jak i osobiste, należy odnieść do poszukiwanego przez Arystotelesa i św. Tomasza *telos* ludzkiego życia, mianowicie do **dobra człowieka jako takiego**, czyli do **dobra osoby**. Takie dobro jest właściwe człowiekowi. Charakteryzując owo dobro, istotne jest by uszanować ludzką godność, oraz by nigdy osoby nie traktować jako środka do osiągnięcia innych celów, ale by osoba była celem samym w sobie. Bowiem, jak zauważa Tadeusz Biesaga, „wsobna wartość osoby nie może być określana na podstawie zdrowia, wykształcenia czy pozycji społecznej. To właśnie relacja lekarz-pacjent ma być zbudowana na odniesieniu do osoby jako takiej, a nie na jej różnych cechach. Na podstawie **afirmacji godności** osoby możemy formułować zasady zachowania się wo-

¹⁶⁰ Tamże.

¹⁶¹ Tamże.

¹⁶² *The Internal Morality of Clinical Medicine: A Paradigm for the Ethics of the Helping and Healing Professions*, „Journal of Medicine and Philosophy”, 26(2001) nr 6, s. 569.

bec niej: takie, jak zasada dobroczynności, nieszkodzenia, autonomii i sprawiedliwości”¹⁶³.

Obok wymienionych wyżej elementów, składających się na dobro pacjenta, Edmund D. Pellegrino wymienia jeszcze **dobra duchowe**. Dobra te można łączyć z religią, przez niego przeżywaną, choć są one szersze aniżeli religijne. Są to dobra, dzięki którym postrzegamy w życiu ludzkim ostateczny sens. Dla tych dóbr człowiek zdolny jest do największych poświęceń. Tadeusz Biesaga twierdzi, że „za tymi dobrami stoją osobiste przekonania drugiego człowieka, jego wiara i religia. W klasycznym ujęciu człowieka, z punktu widzenia jego cielesno-duchowej natury, duchowe przeznaczenie człowieka jest ostatecznym dobrem. Wpisane w nas prawo natury ludzkiej pozwala drogą rozumu odkryć nasze skierowanie do Absolutu, nasze ostateczne przeznaczenie”¹⁶⁴.

Omówione dobra w każdym zawodzie posiadają taką samą hierarchię. Według Edmunda Pellegrino, najwyżej znajdują się dobra duchowe, po nich dobra osoby jako takiej, następnie dobro tak jak je widzi dla siebie drugi człowiek, ostatnim zaś jest dobro techniczne realizacji celu danego zawodu.¹⁶⁵ Skoro przywołany został tutaj cel zawodu, **warto przyrzeć się nieco bliżej celom medycyny**, do których niewątpliwie można zaliczyć:

- Zapobieganie urazom i chorobom, a także troskę o zdrowie i jego podtrzymywanie,
- Przynoszenie ulgi w bólu i cierpieniu, które towarzyszą chorobie,
- Opiekę nad chorymi z różnymi dolegliwościami, ich leczenie oraz opiekę nad tymi, którzy nie mogą być wyleczeni,

¹⁶³ T. Biesaga, *Dobro pacjenta celem medycyny i podstawą etyki medycznej*, „Studia Philosophiae Christianae” UKSW 40 (2004), s. 158.

¹⁶⁴ T. Biesaga, *Dobro pacjenta celem medycyny i podstawą etyki medycznej*, art. cyt., s. 159.

¹⁶⁵ E. D. Pellegrino, *The Internal Morality of Clinical Medicine*, dz. cyt., s. 572.

– Zapobieganie śmierci przedwczesnej, jak również tworzenie warunków spokojnego odejścia z tego świata¹⁶⁶.

Jednym z argumentów przemawiających za promocją zdrowia i profilaktyką chorób jest argument ekonomiczny. Wynika to z faktu, że działalność taka jest tańsza od przywracania zdrowia. Jest ona również lepsza niż uzależnianie pacjenta od kosztownych, specjalistycznych technologii medycznych¹⁶⁷. Zdaniem Tadeusza Biesagi, taki cel jest nie tylko nieosiągalny, ale również wydaje się celem pozamedycznym. „Realizując taki cel, medycyna musiałaby podjąć walkę o polepszenie warunków ekonomicznych ludności krajów biednych oraz o poprawę sytuacji ludzi biednych w krajach bogatych. Musiałaby dążyć do zmiany ustrojów, zwyczajów i wychowania. Musiałaby propagować określony styl życia, na przykład odrzucający palenie tytoniu, używanie narkotyków, promiskuityzm czy współżycie grożące zakażeniem HIV. Musiałaby wywierać presje na jednostki, aby zmieniły swoje obyczaje i zachowanie”¹⁶⁸.

Zatem, nie należy przyznawać promocji zdrowia i profilaktyce chorób absolutnego priorytetu wobec innych celów medycyny. Dzieje się tak zasadniczo z dwóch powodów, wiążących się z sytuacją człowieka na ziemi. Jako pierwszy można by wymienić niemożność uniknięcia śmierci, którą współczesna medycyna potrafi jedynie opóźnić. Drugi powód, to brak możliwości wygranej z wszystkimi chorobami, bowiem po pokonaniu jednych, pojawiają się inne¹⁶⁹.

¹⁶⁶ *The Goals of Medicine: Setting New Priorities*: A Hastings Center Project Report. W: J.H. Howell, W.F. Sale (red): *Life Choices*. A Hastings Center Introduction to Bioethics. Georgetown University Press, Washington 2000, s. 58.

¹⁶⁷ T. Biesaga, *Właściwe i niewłaściwe cele medycyny*, „Medycyna Praktyczna” 5(2004), s. 21.

¹⁶⁸ Tamże.

¹⁶⁹ *The Goals of Medicine: Setting New Priorities*: A Hastings Center Project Report. W: J.H. Howell, W.F. Sale (red): *Life Choices*. A Hastings Center Introduction to Bioethics. Georgetown University Press, Washington 2000, s. 65.

Jeśli chodzi o przynoszenie ulgi w bólu i cierpieniu, które towarzyszą chorobie, to rzeczywiście mamy do czynienia z poważnym problemem. **Przez lata deprecjonowano medycynę paliatywną**, szkolenie lekarzy oraz praktyczne wykorzystanie nabytej wiedzy również pozostawia wiele do życzenia¹⁷⁰. Co więcej, **medycyna nie radzi sobie z cierpieniem**. „Świadome i emocjonalne cierpienia towarzyszące chorobie są często nierozpoznane i nie leczone”¹⁷¹. Jeśli już nawet są zauważane, to nie podchodzi się do nich z należytą uwagą. Podobnie jest z cierpieniami, które ujawniają się w wyniku chorób psychicznych. Dotykają one przecież miliony ludzi. W leczeniu takich zaburzeń, uwaga koncentrowana jest na zaburzeniach biologicznych, w wyniku czego ignoruje się psychiczne, twierdząc, że te ostatnie są mniej ważne. Nieuniknioną konsekwencją takiego działania jest hamowanie rozwoju psychiatrii¹⁷².

Poza tym, lekarze i personel medyczny często nie potrafią rozmawiać z pacjentem. Człowieka bowiem nierzadko nękają niepokoje egzystencjalne. Poprzez doświadczenie choroby zaczyna on się zastanawiać nad swoim życiem, zaczyna stawiać trudne – a dla wielu niewygodne – pytania. Medycyna nie potrafi wprost odpowiedzieć na tego typu pytania, ale chory jednak oczekuje jakiejś odpowiedzi¹⁷³. Chory potrzebuje wsparcia, współczucia, podzielenia się z nim jakimiś doświadczeniami. Potrzebuje więzi z drugim człowiekiem (co zostało omówione w punkcie drugim). Często się jednak o tym zapomina¹⁷⁴.

¹⁷⁰ Por. *The Goals of Medicine: Setting New Priorities: A Hastings Center Project Report*. W: J.H. Howell, W.F. Sale (red): *Life Choices*. A Hastings Center Introduction to Bioethics. Georgetown University Press, Washington 2000, s. 67.

¹⁷¹ Tamże.

¹⁷² T. Biesaga, *Właściwe i niewłaściwe cele medycyny*, „Medycyna Praktyczna”, 5 (2004), s. 20.

¹⁷³ Por. *The Goals of Medicine: Setting New Priorities: A Hastings Center Project Report...*, dz. cyt., s. 68

¹⁷⁴ K. de Walden-Gałaszko, *Rola komunikacji w relacjach lekarza z pacjentem z chorobą nowotworową*, „Polska Medycyna Rodzinna”, 2, 3 (2000), s. 422.

Jednak nie można zapomnieć o tym, że mając do czynienia z zapobieganiem śmierci przedwczesnej, jak również z tworzeniem warunków spokojnego odejścia z tego świata, współczesna medycyna bardzo często zaangażowana jest w walkę ze śmiercią. Zbyt często traktuje ją ona jako „swego największego wroga” i nie może zaakceptować faktu, że jest ona zjawiskiem nieuniknionym i naturalnym¹⁷⁵. W konfrontacji ze śmiercią medycyna wytacza najcięższe swe działa w postaci najnowocześniejszych zdobyczy technologicznych, farmakologicznych, stosując je jednocześnie niewspółmiernie do sytuacji umierającego człowieka.

Zatem celem medycyny nie jest walka ze śmiercią jako taką. Natomiast przeciwdziałanie przedwczesnej śmierci można zaliczyć do takich celów. Owo przeciwdziałanie nie oznacza jednak, by traktować każdą śmierć jako przedwczesną. Chodzi o to, by medycyna pomogła ludziom młodym dożyć starości, a osobom starszym przeżyć resztę życia godnie i szczęśliwie¹⁷⁶. Utopijnym więc celem i zniekształcającym medyczną działalność jest wyeliminowanie śmierci w ogóle. Istotne jest, by towarzyszyć umierającemu, by zapewnić mu spokojną, godną śmierć.

Na gruncie powyższych rozważań jawi się nam cel medycyny, za jaki należy uznać niewątpliwie szeroko rozumianą „opiekę nad chorymi z różnymi dolegliwościami i ich leczenie oraz opiekę nad tymi, którzy nie mogą być wyleczeni”¹⁷⁷. Ważne jest, by podejmując taką opiekę, mieć na uwadze indywidualne podejście do pacjenta i traktować go z należytym szacunkiem.

Takie osobowe podejście do pacjenta wynika z konieczności uszanowania ludzkiej godności. Jest także jednym z elementów dobra pacjenta, o którym była mowa w powyższym punkcie, dlatego ważne

¹⁷⁵ Por. *The Goals of Medicine: Setting New Priorities*: A Hastings Center Project Report..., dz. cyt., s. 70.

¹⁷⁶ Por. Tamże, s. 71.

¹⁷⁷ T. Biesaga, *Właściwe i niewłaściwe cele medycyny*, w: „Medycyna Praktyczna” 5(2004), s. 22.

jest, by zwrócić teraz uwagę na status moralny osoby, o czym traktować będzie następny paragraf.

b. Moralny status osoby a kwestia cierpienia i umierania

Niewątpliwie każdy człowiek jest osobą. Jest „jednostką rozumną (*rationalis naturae individua substantia*)¹⁷⁸ – jak mawiali scholastyki, w sobie zamkniętą, niepowtarzalną i za siebie samą odpowiedzialną (*in se clausa, incommunicabilis, sui iuris*). Z tego względu osoba jest podmiotem sprawczym wszelkiego działania, niezależnym i samoistnym w porządku bytów przygodnych, co w języku scholastyków przybierało formę zasady: *actiones sunt suppositorum*, czyli „przyczyną sprawczą działania podmiotu jest on sam”¹⁷⁹. Podobną definicję możemy odnaleźć w *Leksykonie filozofii klasycznej*, gdzie osoba charakteryzowana jest jako: „samodzielnie istniejąca substancja o naturze rozumnej (duchowej)”¹⁸⁰.

Przejawem rozumnej natury osoby – według Romana Darowskiego – jest: „zdolność poznania intelektualnego, zdolność wyboru wartości, uzdolnienie do miłości i bogactwo uczuć. W stosunku do innych bytów osoba jest: **podmiotem praw i obowiązków, odznacza się sobie tylko właściwą godnością**, jest zupełna, tj. w dziedzinie swych specyficznych cech nie wymaga istotowego dopełnienia, np. przez społeczność, która jednak w różny sposób służy rozwojowi człowieka”¹⁸¹. Należy przypomnieć, iż „osobą jest każdy człowiek, niezależnie od stopnia swojego rozwoju i aktualnej kondycji psycho-

¹⁷⁸ Jest to powszechnie znana definicja osoby podana przez Boecjusza (V/VII w.)

¹⁷⁹ T. Ślipko, *Zarys etyki ogólnej*, Kraków 2004, s. 64.

¹⁸⁰ J. Herbut (red.), *Leksykon filozofii klasycznej*, Lublin 1997, s. 417.

¹⁸¹ R. Darowski, *Filozofia człowieka. Zarys problematyki. Antologia tekstów*, Kraków 2002, s. 97. Zob. także: M. A. Krapiec, *Człowiek jest osobą*, w: M. Wójcik (red.): *Człowiek. Osoba. Płeć.*, Łomianki 1998, s. 31-56.

fizycznej¹⁸², czego kluczową konsekwencją jest „przyjęcie nieredukowalnej wartości każdej istoty ludzkiej jako osoby”¹⁸³.

Owo pojęcie osoby jest nie tylko pojęciem opisującym, lecz zawiera także silną implikację normatywną. „Użycie tego pojęcia (...) jest czymś więcej, niż proste stwierdzenie. Jest to wniesienie roszczenia”¹⁸⁴. Marian Machinek, przywołując definicję godności, uzupełnia to stwierdzenie, pisząc między innymi: „Wobec osoby ludzkiej każda inna osoba odczuwa intuicyjnie powinność afirmacji, konkretyzującą się w nakazie szacunku dla niezbywalnej ludzkiej godności. Pojęcie godności należy do najważniejszych w każdej współczesnej dyskusji na temat istoty i praw człowieka. We współczesnym rozumieniu – podaje ów teolog – godność człowieka jest to niezbywalna duchowo-moralna wartość każdej istoty ludzkiej, należna jej ze względu na nią samą”¹⁸⁵.

We właściwej dyskusji nad osobą ludzką i jej godnością nie można pominąć głosu Kościoła. Otóż *Katechizm Kościoła Katolickiego* na temat osoby i jej godności wypowiada się następująco: „Tylko człowiek jest wezwany do uczestniczenia w życiu Bożym przez poznanie i miłość. Został stworzony w tym celu i to stanowi podstawową rację jego godności (...) Człowiek, ponieważ został stworzony na obraz Boży, posiada godność osoby: nie jest czymś, ale kimś. Jest zdolny poznawać siebie, panować nad sobą, w sposób dobrowolny dawać siebie oraz tworzyć wspólnotę z innymi osobami, przez łaskę jest powołany do przymierza ze swoim Stwórcą, do dania Mu odpowiedzi wiary i miłości, jakiej nikt inny nie może dać”¹⁸⁶.

¹⁸² M. Machinek, *Życie w dyspozycji człowieka. Wybrane problemy etyczne u początku ludzkiego życia*, Olsztyn 2004, s. 14.

¹⁸³ Tamże.

¹⁸⁴ R. Spaemann, *Osoby. O różnicy między czymś a kimś*, (tłum. J. Merecki), Warszawa 2001, s. 25.

¹⁸⁵ M. Machinek, *Życie w dyspozycji człowieka. Wybrane problemy etyczne u początku ludzkiego życia*, dz. cyt., s. 18.

¹⁸⁶ *Katechizm Kościoła Katolickiego*, Poznań 1994, s. 91.

Zatem w świetle chrześcijańskiej antropologii rola, jaką przyjmuje pacjent, nie odbiera mu wartości „jako osoby obdarzonej szczególną godnością, a wręcz ją podkreśla”¹⁸⁷. Warto wspomnieć, iż podstawową zasadę osądu moralnego w bioetyce, stanowi właśnie prawda o godności osobowej pacjenta. Wobec tego – czytamy w *Encyklopedii bioetyki* – „pacjent, jako osoba rozumna, samodzielna i samoopowiedzialna, jest faktem pierwotnym i miarą rzeczy. Będąc miarą rzeczy, sam nie może być nigdy sprowadzony do ich poziomu. Przysługuje mu szczególne miejsce w świecie, prymat pośród wszystkich istot ziemskich, co wynika z faktu posiadania duszyrozumnej i wolnej, świadomego stanowienia o sobie oraz powołania go do wieczności. Dzięki tym atrybutom oraz ich konsekwencji jaką jest wolna wola, pacjent staje się podmiotem zdolnym do działania we własnym imieniu i na własną odpowiedzialność, dążąc do realizacji własnego osobowego ideału doskonałości”¹⁸⁸. Pojmowany w ten sposób pacjent, jest zdolny do partnerskiej relacji z drugim człowiekiem.

Co więcej, przywołując nauczanie Jana Pawła II można stwierdzić, że godność, która wynika z bycia osobą, a także związane z nią prawa należą się każdej ludzkiej istocie, w sposób niezależny od jej aktualnego stadium rozwojowego, czy też stanu zdrowia, choroby, oraz innych możliwych czynników (np. pozycji społecznej). Owa godność ludzkiej osoby przysługuje w stopniu nieograniczonym również osobom upośledzonym czy niepełnosprawnym, dlatego główną zasadą postępowania wobec niepełnosprawnych osób winna być zasada solidarności¹⁸⁹.

Magisterium Kościoła często podkreśla również znaczenie ciała ludzkiego, o którym Marian Machinek pisze: „Nie może być ono

¹⁸⁷ M. Wręzel, Pacjent, w: A. Muszala (red.): *Encyklopedia Bioetyki. Personalizm Chrześcijański. Głos Kościoła*, dz. cyt., s. 341.

¹⁸⁸ Tamże.

¹⁸⁹ Jan Paweł II, Przemówienie podczas spotkania z uczestnikami VII Międzynarodowej Konferencji zorganizowanej przez Papieską Radę ds. Duszpasterstwa Służby Zdrowia Ludzie niepełnosprawni w społeczeństwie (21 XI 1992 r.) „L’Osservatore Romano”, wyd. polskie, 2(1993), s. 39-41.

traktowane jedynie jako materia – i w ten sposób uprzedmiotowione – gdyż jest elementem integralnym osoby. W jednostkowym człowieku aspekt cielesny i duchowy są substancjalnie zjednoczone. Cieleśno-duchowa natura człowieka jest źródłem norm moralnych, przy czym moralny sens naturalnych skłonności ukazuje się dopiero przez odniesienie ich do prawdziwego urzeczywistnienia osoby jako integralnej jedności duszy i ciała, czyli dopiero w wyniku refleksji filozoficzno-teologicznej¹⁹⁰. To właśnie na tej przesłance opiera się według cytowanego teologa „prawdziwy sens prawa naturalnego, wskazującego na cele, uprawnienia i obowiązki, u podstaw których stoi cielesno-duchowa natura osoby”¹⁹¹.

Z tego powodu wszelkie próby określania terminalnie chorych jako bezosobowych pacjentów, należy potraktować jako dehumanizację człowieczeństwa „nie tyle chorych, którzy takiej postawy nie przyjmą, ale właśnie ludzi zdrowych, którzy przez takie postawy degradują swoje osobowe człowieczeństwo”¹⁹². Wobec tych, którzy najbardziej nas potrzebują, czyli wobec chorych i cierpiących, należałoby raz jeszcze powtórzyć, że wszyscy ludzie są osobami.

c. Problem rezygnacji z uporczywej terapii

Skoro wszyscy ludzie są osobami, skoro zwłaszcza chorzy oczekują od nas, że będziemy mieli na uwadze także ich godność i przysługujące im prawa, to ten właśnie fakt należałoby uszanować i uwzględnić przy rozważaniu możliwości odstąpienia od uporczywej terapii.

Słusznie powtarza Tadeusz Ślipko pytanie, które pada z ust zarówno lekarzy, jak i chorych: „Jak daleko sięga obowiązek lekarza (otoczenia) podejmowania działań celem podtrzymania życia umiera-

¹⁹⁰ M. Machinek, *Życie w dyspozycji człowieka. Wybrane problemy etyczne u początku ludzkiego życia*, dz. cyt., s. 29.

¹⁹¹ Tamże.

¹⁹² Tamże.

jącego?”¹⁹³. Obecnie rozpowszechniona jest opinia, zwłaszcza w środowisku lekarskim, że obowiązkiem otoczenia, obowiązkiem zwłaszcza lekarza, jest ratowanie pacjenta „za wszelką cenę”, „aż do końca” i „na wszelkie sposoby”.

Można przyjąć, że choroba pozostaje zawsze w jakiejś relacji do śmierci. Jednak relacja ta nie jest jednoznaczna. W niektórych przypadkach jest to relacja do śmierci, którą Tadeusz Ślipko nazywa „śmiercią patologiczną”, o której mówimy, że zachodzi „wówczas, gdy śmierci można uniknąć pod warunkiem zastosowania odpowiedniego leczenia. A więc związek między chorobą a śmiercią nie jest tu konieczny, a choroba zawiera w sobie potencjalność życia, jest to **choroba ku życiu**.

Zdarzają się wszakże sytuacje, kiedy choroba nie tylko ma postać chroniczną, trwałą, pozbawioną wszelkich szans wyleczenia, ale ponadto prowadzi nieuchronnie ku dającej się przewidzieć śmierci, oznacza po prostu ostatni etap życia. Końcem życia jest wówczas tzw. *śmierć naturalna*, chorobę zaś tę śmierć powodującą nazwijmy **chorobą ku śmierci**, ponieważ prowadzi do nieodwracalnego zgonu¹⁹⁴. Co prawda znaczny rozwój medycyny skomplikował to rozróżnienie, a zasięg patologicznej śmierci poniekąd się rozszerzył (przybywa nam chorób, które da się wyleczyć). Natomiast dzięki stosowaniu technik reanimacyjnych trwanie naturalnej śmierci uległo wydłużeniu. W związku z powyższym rola przeciwdziałania chorobie kształtuje się rozmaicie.

Działania lekarza mają charakter „zdrowiotwórczy”, jeśli stoi on w obliczu „choroby ku życiu”. Jednak w momencie, gdy musi się zmierzyć z przypadkiem „choroby ku śmierci”, działania przez niego podejmowane mają sens wówczas, gdy zmierzają do uśmierzenia bolesnych doznań umierania. „Medycyna (co nie znaczy: każdy lekarz) dysponuje dzisiaj potężnymi środkami komplikowania procesów

¹⁹³ T. Ślipko, *Zarys etyki szczegółowej*, tom I, *Etyka osobowa*, Kraków 2005, s. 256.

¹⁹⁴ Tamże, s. 257.

umierania i agonii, ich sztucznego przedłużania lub też parcelowania na procesy cząstkowe czy też zastępcze¹⁹⁵.

W przypadku choroby uleczalnej, lekarską powinnością jest stosowanie wszelkich działań zdrowiotwórczych, nawet jeśli są one trudne, czasem powiązane z koniecznością pokonania spontanicznych reakcji negatywnych, jak np. uczucie odrazy. Jednakże w przypadku choroby śmiertelnej, agonalnej, trudno wskazać na podobne zobowiązania lekarza. Jego powinnością jest wtedy podjęcie działań znieczulających, uśmierzających ból pacjenta.

Można jednak zadać pytanie: Czy postęp, jaki stale dokonuje się w medycynie, sprawi, że żadnej sytuacji chorobowej nie będzie można uznać za straconą, a rolą lekarza będzie wyłącznie stosowanie zabiegów analgetycznych? Czy zatem wszystko – pyta Tadeusz Ślipko – co lekarz „może” w technicznym tego słowa znaczeniu, „ma również prawo” lub nawet „powinność” czynić w sensie moralnym?¹⁹⁶

Odpowiadając na to pytanie trzeba zwrócić uwagę na „nieodwracalny fakt niezwykłości śmierci”. Pomimo niesamowitego postępu medycyny zdajemy sobie sprawę z istnienia punktów granicznych, w których wysiłki lekarza nie rokują żadnej nadziei na odzyskanie zdrowia. „Zamiast być czynnikiem leczenia, stają się elementem umierania człowieka, przekształconego z procesu naturalnego w proces sztuczny. [...] Ma wówczas miejsce nie proces przywracania organizmu do [...] hamowania postępów choroby, ale podtrzymywania i przedłużania agonii względnie stanów paraagonalnych”¹⁹⁷. Jak widać, śmierć wygrywa tutaj z wszelkimi dostępnymi technikami medycznymi. Z uwagi na fakt, że agonია i śmierć są niejako odrębną

¹⁹⁵ Przypadek nie jest czysto teoretyczny – pisze Jerzy Brusillo – Technika podtrzymywania życia i rozwój nauk biomedycznych może już wkrótce doprowadzić do sytuacji, że biologiczne życie człowieka stanie się dowolnie długie”. J. Brusillo, *Prawo do śmierci, czy prawo dla śmierci?*, w: T. Biesaga (red.), *Podstawy i zastosowania bioetyki*, Kraków 2001, s. 132.

¹⁹⁶ Tamże.

¹⁹⁷ Tamże.

fazą nieuleczalnej choroby, nakładają one na lekarza powinność innego zachowania się niżli w przypadkach chorób uleczalnych.

Można zatem powiedzieć, że „uznając obowiązek i prawo lekarza do stosowania wszystkich środków przy zwalczaniu choroby odpowiednio do wzrostu technicznych możliwości medycyny, trzeba równocześnie stwierdzić, że prawo to i obowiązek nie rozciągają się na fazę agonii i umierania”¹⁹⁸. Jeśli na uwadze mamy postulat walki o życie „aż do końca i na wszelkie sposoby”, to musimy go rozstrzygać w kierunku polepszenia kondycji psychofizycznej chorego. Nie może on być podstawą „przedłużania procesu umierania aż do granic manipulowania człowiekiem”¹⁹⁹, pomimo, że dostępność odpowiedniej aparatury daje w dzisiejszym czasie taką możliwość. Również „osiągnięcia chirurgii czy kardiologii pozwalają nawet w stanie śmierci mózgu w nieskończoność podtrzymywać czynności serca”²⁰⁰.

Takie jednak postępowanie kłóci się z dwoma przynajmniej celami medycyny przedstawionymi na początku tego punktu, mianowicie z opieką nad chorym, który nie może być wyleczony, oraz tworzeniem warunków spokojnego odejścia z tego świata.

Józef Wróbel uznaje, „nie tylko za niepotrzebne, ale wprost za niemoralne te wysiłki, które byłyby czynione bez szans na przywrócenie życia osobowego lub które byłyby podyktowane chęcią eksperymentowania i faktycznie nie oznaczałyby nic innego, jak tylko pozbawione nadziei przedłużanie agonii i cierpienia człowieka umierającego”²⁰¹. Taka z kolei postawa wchodzi w sprzeczność z uszanowaniem godności chorego, umierającego człowieka.

Zatem mając na uwadze powyższe rozróżnienia „choroby ku życiu”, oraz „choroby ku śmierci”, a także agonii i śmierci, można przywołać w tym świetle problem rezygnacji z uporczywej terapii, określając ją, jako „interwencje medyczną, od której z uzasadnionych

¹⁹⁸ J. Brusillo, *Prawo do śmierci, czy prawo dla śmierci?*, dz. cyt., s. 258-259.

¹⁹⁹ Tamże.

²⁰⁰ Tamże, s. 132.

²⁰¹ J. Wróbel, *Człowiek i medycyna. Teologiczno-moralne podstawy ingerencji medycznych*, dz. cyt., s. 424.

przyczyn należy odstąpić w obliczu nieuchronnej śmierci pacjenta²⁰², bowiem dotyczy ona tych interwencji medycznych, „w których istnieje napięcie między możliwością przedłużania życia, a wydłużeniem cierpienia lub agonii”²⁰³.

Co więcej, zwrot: „terapia uporczywa” kryje moralną ocenę jakiegoś zachowania, bądź zachowań, tym samym wskazując na wzorzec postępowania w konkretnych sytuacjach. Wzorcem tym – według Piotra Aszyka – jest „odstąpienie od interwencji medycznych przez niepodejmowanie konkretnego działania lub przerwanie działania będącego w toku”²⁰⁴.

Postępowanie takie rzeczywiście wydaje się właściwe w sytuacji, gdy śmierć nieuchronnie zbliża się do chorego i nie ma powodu, by ją opóźnić poprzez terapeutyczną uporczywość, niosącą cierpienie i ból, o czym była mowa w punkcie pierwszym tego artykułu.

Rezygnując zatem z przysparzania dodatkowego bólu, rezygnując z nadzwyczajnych środków leczenia, lekarz powinien przestać na stosowaniu tylko niezbędnych w danej sytuacji środków, głównie analgetycznych, oraz na stworzeniu warunków spokojnej, godnej śmierci. Jak jednak poznać, które ze środków medycznych są wystarczające w danej sytuacji? Konieczne staje się więc poznanie rozróżnienia środków leczenia na zwyczajne i nadzwyczajne, o czym traktować będzie kolejny paragraf.

d. Zwyczajne i nadzwyczajne środki leczenia

Dzięki rozróżnieniu środków medycznych na zwyczajne i nadzwyczajne, podejmując decyzję, czy środki te są współmierne, bądź też nie do planowanej poprawy zdrowia, można podjąć mądrą i moralnie uzasadnioną decyzję dotyczącą zrezygnowania z terapii upor-

²⁰² P. Aszyk, *Granice leczenia. Etyczny problem odstąpienia od interwencji medycznych*, Warszawa 2006, s. 154.

²⁰³ Tamże.

²⁰⁴ Tamże.

czywej, dlatego ważne jest, aby poznać poruszaną w tym paragrafie problematykę.

Poszukując norm, mających na celu określić stopień zobowiązania do udzielania choremu człowiekowi pomocy ze strony personelu medycznego, katolicycy moralisci dokonali bardzo ważnego rozróżnienia środków i metod na zwyczajne i nadzwyczajne. „W przypadku środków terapeutycznych lekarz rozpatruje je jako **środki adekwatne lub nieadekwatne do sytuacji chorego, proporcjonalne lub nieproporcjonalne do oczekiwanych rezultatów**”²⁰⁵.

Niektórzy zauważają, iż nie jest to jedyne rozróżnienie. „Enrico Chiavacci proponuje na przykład raczej niejasne i trudne do sprecyzowania rozróżnienie w gamie środków możliwych na te, które są poddyktowane przez racje miłości oraz przez roztropność chrześcijańską, kierującą się zasadą miłości. Z kolei B. Häring, powołujący się na opinie takich autorów, jak P. Ramsey, H. Thielicke, W.K. Franken czy U. Eibach, wprowadza podział środków na dobroczynne, korzystne i niedobroczynne, niekorzystne (*benefici* i *non benefici*). Podstawę tego podziału stanowi całościowa korzyść odniesiona przez chorego. W gruncie rzeczy jednak prezentacja tegoż rozróżnienia sugeruje, że da się ono ostatecznie sprowadzić do dwóch klasycznych podziałów środków, [...] a mianowicie na **zwyczajne i nadzwyczajne oraz proporcjonalne i nieproporcjonalne**”²⁰⁶.

Papież Pius XII nie omawia zbyt szczegółowo rozróżnienia na środki zwyczajne i nadzwyczajne, stwierdzając jedynie, że kwalifikacja danych środków jako zwyczajne, uzależniona jest od ukonstytuowanych przez osoby, czas, miejsce, kulturę zwyczajnych okoliczności. „W gruncie rzeczy są to środki, które same z siebie nie nakładają żadnego nadzwyczajnego obowiązku tak na osobę pacjenta, jak i na inne osoby”²⁰⁷. Podobnie o środkach zwyczajnych wypowiada się

²⁰⁵ St. Warzeszak, *Etyka opieki paliatywnej*, „Medicus” (1) 1992, nr 6, s. 32.

²⁰⁶ J. Wróbel, *Człowiek i medycyna. Teologiczno-moralne podstawy ingerencji medycznych*, dz. cyt., s. 404.

²⁰⁷ J. Wróbel, *Człowiek i medycyna. Teologiczno-moralne podstawy ingerencji medycznych*, dz. cyt. s. 405-406.

Lucjan Szczepaniak, który referując pogląd Papieża, pisze między innymi, że: „Nie narażają one chorego na szczególne niedogodności w postaci bólów lub dyskomfortu fizycznego i psychicznego, a rodzinę na nadzwyczajne koszty”²⁰⁸.

Więcej uwagi poświęca podziałowi środków terapeutycznych Papieska Komisja *Cor Unum*, w dokumencie *Alcune questioni etiche relative ai malati gravi e ai morenti*²⁰⁹. Rozróżniając środki terapeutyczne na zwyczajne i nadzwyczajne, dokument ten jednocześnie formułuje ogólne warunki kwalifikacji tych środków. Jedne z tych warunków mają charakter obiektywny, inne zaś subiektywny. „Do kryteriów obiektywnych zalicza naturę środków, ich koszty oraz konsekwencje wynikające z zasady sprawiedliwości. Pośród kryteriów subiektywnych, z kolei, wylicza konieczność unikania sytuacji niepokoju i trwogi, przykrości i niewygody, a także szoku psychologicznego wywoływanego przez zastosowane środki”²¹⁰. **Proporcja między środkami i celem, który chce się zrealizować, jest podstawowym kryterium tego rozróżnienia.** Zaznacza się również w tym dokumencie, iż „sąd kwalifikujący dany środek winien być uczyniony na bazie rozumnej argumentacji, która uwzględni różne elementy konkretnej sytuacji, nie omijając odniesienia się do rodziny pacjenta”²¹¹.

Ów podział konsekwentnie pojawia się w deklaracji Kongregacji Nauki Wiary o eutanazji *Iura et bona*, która formułuje warunki będące u podstaw rozróżnienia środków na zwyczajne i nadzwyczajne (proporcjonalne i nieproporcjonalne). W deklaracji tej czytamy: „w każdym wypadku można będzie właściwie ocenić środki, porównując rodzaj leczenia, stopień trudności i ryzyka, jakie za sobą pociągają, konieczne wydatki i możliwości jego zastosowania, z rezultatem,

²⁰⁸ L. Szczepaniak, *Moralne problemy związane ze szpitalną opieką służby medycznej*, Kraków 2003, s. 191-192.

²⁰⁹ P. Verspieren (Red.), *Biologia, medicina, ed etica. Testi del Magistero cattolico*, Brescia 1990, s. 484-503, cyt. za: J. Wróbel, *Człowiek i medycyna. Teologiczno-moralne podstawy ingerencji medycznych*, dz. cyt., s. 406.

²¹⁰ Tamże.

²¹¹ Tamże.

jakiego można oczekiwać, mając na uwadze stan chorego, jego siły fizyczne i morale²¹².

Z opisywanym podziałem środków na zwyczajne (proporcjonalne) i nadzwyczajne (nieproporcjonalne) koresponduje w swym nauczaniu Jan Paweł II, oraz zgodne są dokumenty Magisterium Kościoła. W nich również pojawia się kwestia moralnej odpowiedzialności za życie i zdrowie człowieka. Jeśli chodzi o dokumenty Magisterium Kościoła, to warto przypomnieć w tym miejscu *Katechizm Kościoła Katolickiego* (11.10.1992), który wymienia środki zwyczajne i nadzwyczajne, nazywając je niewspółmiernymi²¹³, jak również w skrócie podaje kryteria wyróżniające niewspółmierne środki, do których zalicza duży koszt, znaczne ryzyko, a także niewspółmierność do spodziewanych rezultatów²¹⁴.

Jeśli zaś chodzi o nauczanie papieskie, to trzeba przywołać encyklikę Jana Pawła II *Evangelium vitae* (25.03.1995), w której mowa jest o zabiegach i środkach proporcjonalnych (nazywanych także normalnymi), oraz nadzwyczajnych (nazywanych przesadnymi). Do tych ostatnich zaliczane są te interwencje medyczne, które „przestały być adekwatne do realnej sytuacji chorego, ponieważ nie są już współmierne do rezultatów, jakich można by oczekiwać, lub też są zbyt uciążliwe dla samego chorego i dla jego rodziny²¹⁵. Dołączyć tu także można działania będące nieproporcjonalne do „przewidywanej poprawy zdrowia” i które „spowodowałyby jedynie nietrwale i bolesne przedłużenie życia²¹⁶”.

Problem rozróżnienia środków i metod terapeutycznych na zwyczajne (proporcjonalne) i nadzwyczajne (nieproporcjonalne) jest niejako echem dyskusji dotyczącej zakresu obowiązku troski o życie i zdrowie, zarówno tego, który tej pomocy oczekuje, czyli pacjenta, jak i tego, który jej udziela, czyli lekarza. Dlatego wypowiedziom

²¹² Iura et bona.

²¹³ Por. KKK, nr 2278 i 2279.

²¹⁴ Por. nr 2278.

²¹⁵ *Evangelium Vitae*, nr 65.

²¹⁶ Tamże.

Magisterium Kościoła, oraz pracom teologów moralistów, którzy kwalifikują środki, towarzyszy sformułowanie reguł uczynienia za-
dość powinności moralnej²¹⁷.

Zakres tego obowiązku określa **papież Pius XII**, pisząc: „Zdrowy rozsądek oraz moralność chrześcijańska potwierdzają, że **człowiek (a także każdy, kto jest zobowiązany troszczyć się o bliźniego) ma w przypadku ciężkiej choroby prawo i obowiązek korzystania z działań koniecznych dla ocalenia życia i zdrowia**. Obowiązek ten, który on ma wobec siebie samego, wobec Boga, wobec wspólnoty ludzkiej, a w sposób szczególny wobec określonych osób, wynika z dobrze pojętej miłości, z uległości wobec Stwórcy, ze sprawiedliwości społecznej, a także ze ścisłej sprawiedliwości, jak również z szacunku wobec własnej rodziny. **Jednakże [obowiązek] ten obliuguje wyłącznie do stosowania środków zwyczajnych** (mając na uwadze okoliczności miejsca, czasów, obyczajów), to znaczy tych środków, które nie nakładają ciężaru nadzwyczajnego, tak na samego pacjenta, jak i na inne osoby”²¹⁸.

Papież ten tłumaczy zarazem, dlaczego człowiek zobowiązany jest do korzystania jedynie ze środków zwyczajnych i dlaczego o takiej konieczności w przypadku środków nadzwyczajnych nie można już mówić: „Większy obowiązek stanowiłby zbyt wielki ciężar dla większości ludzi i uczyniłby zbyt trudnym nabycie dóbr wyższych, bardziej priorytetowych. Życie, zdrowie, cała aktywność doczesna, są w swej istocie podporządkowane celom duchowym. Z drugiej strony, nie jest zabronione czynienie więcej, niż to wynika ze ścisłego obowiązku, dla zachowania życia i zdrowia, pod warunkiem jednak, że nie zostaną zaniedbane obowiązki poważniejsze”²¹⁹.

²¹⁷ J. Wróbel, *Człowiek i medycyna. Teologiczno-moralne podstawy ingerencji medycznych*, dz. cyt., s. 416.

²¹⁸ Pius XII, *Problemi religiosi e morali della reanimazione* (24.11.1957), s. 431-432, cyt. za: J. Wróbel, *Człowiek i medycyna. Teologiczno-moralne podstawy ingerencji medycznych*, dz. cyt., s. 416.

²¹⁹ Pius XII, *Problemi religiosi e morali della reanimazione* (24.11.1957), s. 431-432, cyt. za: J. Wróbel, *Człowiek i medycyna. Teologiczno-moralne podstawy ingerencji medycznych*, dz. cyt., s. 416-417.

Analogiczny tok rozumowania można odnaleźć również w dokumencie **Papieskiej Komisji Cor Unum**, gdzie czytamy: „Życie doczesne jest wartością podstawową, ale nie absolutną. [w związku z tym – przyp. M.K.] **trzeba też określić granice obowiązku utrzymania życia. Rozróżnienie między środkami zwyczajnymi i nadzwyczajnymi wyraża tę prawdę i z niej czerpie zastosowanie w konkretnych przypadkach**”²²⁰. Co więcej – w dokumencie tym można odnaleźć zasadę, określającą ramy obowiązku przychodzenia pacjentowi z pomocą: „Zasada głosi, iż nie istnieje obowiązek moralny korzystania ze środków nadzwyczajnych. W szczególności zaś lekarz winien uszanować wolę pacjenta, który nie chce skorzystać z takich środków”²²¹.

Dokument ów stanowił materiał pomocny do zredagowania deklaracji o eutanazji *lura et bona*. Stąd też i w tym dokumencie Kongregacji Nauki i Wiary znajdziemy powyższą zasadę, nieco rozszerzoną i czerpiącą również z nauczania papieża Piusa XII: „Każdy ma obowiązek troszczyć się o swoje zdrowie i podejmować leczenie. Ci, którzy troszczą się o chorych, powinni z wielką pilnością wypełniać swoje czynności i stosować środki, które uznają za konieczne lub pożyteczne”²²².

Powołuje się ten dokument również na opinie teologów moralistów, podkreślając, że ratowanie zdrowia, czy życia człowieka nie zawsze musi się odbywać na wszystkie możliwe sposoby, bowiem wystarczy się ograniczyć do zastosowania środków zwyczajnych: „Zawsze wolno uznać za wystarczające środki powszechnie stosowane. Dlatego **nie można nikomu nakazywać zastosowania takiego sposobu leczenia, który – chociaż jest już stosowany – nie wyklucza jednak niebezpieczeństwa albo jest zbyt uciążliwy**. Odrzucenie takiego środka nie należy porównywać z samobójstwem; należy

²²⁰ Papieska Rada „Cor Unum”, *Questioni etiche relative ai malati gravi e ai morenti*, 1976, W: K. Szczygieł (red.), *Troska o życie. Wybrane dokumenty Stolicy Apostolskiej*, Tarnów 1998, s. 441.

²²¹ Tamże, s. 442.

²²² *lura et bona*, nr 4.

raczej uznać to za zwykłą akceptację sytuacji ludzkiej, za chęć uniknięcia trudnych zabiegów lekarskich, których korzyść nie odpowiada pokładanej w nich nadziei, albo nie dopuszczenia do wielkich obciążeń rodziny lub społeczności”²²³.

Kontynuacja powyższego nauczania znajduje swe miejsce w **encyklice *Evangelium vitae***, w której **Jan Paweł II przypomina** o moralnym obowiązku leczenia się, uzależnionym jednak od uwarunkowań podyktowanych przez konkretne okoliczności. Stąd też „należy [...] ocenić, **czy stosowane środki lecznicze są obiektywnie proporcjonalne do przewidywanej poprawy zdrowia**. Rezygnacja ze środków nadzwyczajnych i przesadnych nie jest równoznaczna z samobójstwem lub eutanazją; wyraża raczej akceptację ludzkiej kondycji w obliczu śmierci”²²⁴.

Mimo, iż nie istnieje nakaz stosowania nadzwyczajnych środków, to jednak ich użycie nie jest niegodziwe. Bowiem w sytuacjach rzeczywistej potrzeby można sięgać po te specyfiki, a w przypadku niedostępności sprawdzonych środków, również i z tych, które są ryzykowne i eksperymentalne²²⁵. Dokument ten zwraca również uwagę na fakt, iż zgoda na aplikację takich nadzwyczajnych, a nawet eksperymentalnych środków odznacza się solidarnością i wielkodusznością troski o dobro wszystkich ludzi²²⁶.

Rekapitulując powyższe rozważania, można stwierdzić, że nie ma obowiązku podtrzymywanie życia „za wszelką cenę” i „na wszelkie sposoby”. Z racji posiadanej przez chorego człowieka godności, omawianej w paragrafie b tego punktu, należy uszanować moment śmierci chorego człowieka, pamiętając przy tym jednocześnie o stworze-

²²³ Tamże.

²²⁴ *Evangelium vitae*, nr 65.

²²⁵ Por. *Iura et bona*: „Gdy nie ma do dyspozycji innych środków, wolno – za zgodą chorego – zastosować środki dostarczone przez najnowsze odkrycia medyczne, chociaż nie zostałyby jeszcze sprawdzone w prowadzonych doświadczeniach i wiązałyby się z pewnym niebezpieczeństwem”.

²²⁶ Por. *Iura et bona*, „Chory, przyjmujący takie nowe lekarstwa, może dać przykład wielkoduszności z korzyścią dla ludzkości”.

niu mu warunków godnego zejścia z tego świata. Problematyka ta poruszona zostanie poniżej.

e. Prawo osoby do godnej śmierci

W przypadku zbliżającej się śmierci, w postępowaniu leczniczym należy oddać pierwszeństwo prawu pacjenta do niezakłóconego i godnego umierania. Taka postawa wynika nie tylko z nauczania Kościoła, które było przywołane w powyższych punktach tego artykułu, pracy, ale także z odkryć współczesnej geriatry. Otóż powołując się na badania fizjologii oraz jej teorii apoptozy²²⁷ – czyli śmierci komórki – można stwierdzić, iż życie człowieka ma swoją naturalną granicę trwania. I chociaż udoskonalimy techniki podtrzymujące życie, to ono – czasem nawet bez określonej choroby – po prostu się urywa²²⁸.

Szanując jednak godność człowieka umierającego, trzeba także uszanować jego prawo do odejścia z tego świata w sposób godny. Prawo to „nie może (...) oznaczać prawa do zadania sobie śmierci lub zadawania śmierci, ale do przeżywania śmierci po ludzku i po chrześcijańsku oraz nie uciekania przed nią za wszelką ceną. Człowiek współczesny uświadomił sobie stopniowo to prawo, by bronić go w chwili śmierci przed „technicyzacją”, która niesie z sobą niebezpieczeństwo nadużyć”²²⁹. Nadużyciami takimi będą z pewnością wszelkie zabiegi, mające na celu sztucznie przedłużaną agonię. Należy jednak pamiętać, że nie o to chodzi. „Śmierć jest nieuniknionym

²²⁷ Przemiany morfologiczne i biochemiczne w komórkach somatycznych, które prowadzą do rozpadu struktury cytologicznej i w konsekwencji do samounicestwienia komórki. Mechanizm ten najczęściej uwarunkowany jest genetycznie i prowadzi do programowej śmierci komórki. Por. Z. Otałęga (red.naczelny): *Encyklopedia biologiczna*. Wszystkie dziedziny nauk przyrodniczych, Kraków 1998, tom I, s. 173.

²²⁸ J. Brusillo, *Prawo do śmierci czy prawo dla śmierci?*, w: Biesaga T. (red): *Podstawy i zastosowania bioetyki*, Kraków 2001, s. 132.

²²⁹ *Karta Pracowników Szpitala Zdrowia*, nr 119.

faktem życia ludzkiego, nie można opóźnić jej bezużytecznie, chroniąc się przed nią za wszelką cenę”²³⁰.

Trzeba raczej pomyśleć, co można uczynić, by w tych ostatnich momentach życia człowiek czuł się spokojny. Spokojny na pewno nie będzie, jeśli nie uśmierzony zostanie ból, który go dotyka z racji choroby. Medycyna dysponuje dzisiaj szerokim wachlarzem możliwości walki z bólem, co zostało przedstawione w punkcie pierwszym, więc zamiast boleśnie wydłużać i przeciągać moment śmierci, poprzez stosowanie dodatkowych zabiegów, o których również tam była mowa, należałoby raczej zająć się minimalizowaniem dyskomfortu choroby i niedopuszczeniem do tego, by chory poczuł się samotny.

„Umierający nie tylko nie powinien być traktowany jako nieuleczalny i porzucony w swoją samotność i zdany na rodzinę, ale powinien być powierzony opiece lekarzy i pielęgniarek”²³¹. Opieka taka, połączona z opieką członków rodziny, przyjaciół, kapłanów, opiekunów społecznych i wolontariuszy, daje umierającemu możliwość zaakceptowania śmierci i przeżywania jej. „Pomagać osobie w umieraniu oznacza *pomagać jej w przeżyciu* śmierci jako ostatniego doświadczenia życia”²³².

Jak widać, prawo do godnej śmierci, nakłada również obowiązki na osoby bezpośrednio zajmujące się chorym, umierającym człowiekiem. A powinności medycznego personelu, oraz ich rola są wyjątkowe w takich przypadkach i omówione zostaną w następnym paragrafie, niemniej jednak chciałbym dodać, iż zaniechanie właściwych działań jest równoznaczne z potraktowaniem człowieka w kategoriach wyłącznie medycznych. Takie redukcjonistyczne podejście nie szanuje złożoności sytuacji zależnej od cierpienia i bliskości śmierci. Pomija się tym samym psychologiczny aspekt cierpienia i umierania, o czym nie wolno zapominać.

²³⁰ Tamże.

²³¹ *Karta Pracowników Służby Zdrowia*, nr 116.

²³² Tamże, nr 117.

Trzeba chronić śmierć ludzką przed traktowaniem jej w kategoriach wyłącznie medycznych, co „następuje dzisiaj często w zaludnionych i ruchliwych salach pod kontrolą lekarzy i personelu, interesujących się głównie biofizycznym aspektem choroby. Wszystko to odczuwa się coraz bardziej jako brak poszanowania dla złożonej sytuacji cierpiącej osoby”²³³. A sytuacja ta naprawdę jest złożona, o czym może świadczyć przywołanie w punkcie drugim niniejszego artykułu psychologicznego obrazu człowieka terminalnie chorego. Widać tam wyraźnie, że proces umierania jest procesem złożonym, wieloaspektowym i nie powinno się go traktować wyłącznie na płaszczyźnie biologicznej.

Pamiętając zatem o obowiązkach personelu medycznego, wynikających z prawa chorego do godnej śmierci, warto jeszcze zwrócić uwagę na nierzadką w pewnych środowiskach tendencję do absolutyzowania lekarskich powinności stosowania wszystkich osiągalnych środków w celu ratowania chorego za wszelką cenę. Zdaniem Tadeusza Ślipko wynika to z pewnego uproszczenia, mianowicie: **„Agonia i śmierć zostają tu sprowadzone do kategorii choroby, a tymczasem należą one już do kategorii egzystencji człowieka i jego osoby.** Jeżeli określenie „godnej śmierci” ma sens, to właśnie w tym kontekście: gdy gaśnie nadzieja uleczenia człowieka, należy mu stworzyć warunki możliwie odpowiedzialnego zejścia z tego świata”²³⁴.

Niestety, przez lata medycyna zapominała o takim podejściu do umierającego człowieka. Zapominała o uznaniu prawa pacjenta do godnej śmierci i w ogóle o zwracaniu uwagi na godność i osobowe traktowanie chorego. Z tego właśnie powodu narodziła się idea medycyny paliatywnej. Dlatego zasadne staje się przywołanie okoliczności powstania medycyny paliatywnej, oraz idei działalności tej profesji, włączając w dyskusję jej sprzeciw wobec eutanazji. Przedstawimy to zostanie w ostatnim już paragrafie tego artykułu.

²³³ Tamże.

²³⁴ T. Ślipko, *Zarys etyki szczegółowej*, tom I, *Etyka osobowa*, dz. cyt., s. 259.

f. Okoliczności powstania oraz ważność medycyny paliatywnej

Niniejszy paragraf będzie niejako odpowiedzią na przywołany na początku trzeciego punktu fakt deprecjonowania medycyny paliatywnej. Ponadto trzy spośród czterech wymienionych tam celów medycyny, koresponduje z ideą opieki paliatywnej, stąd też konieczność zwrócenia na nią większej uwagi. Co więcej, medycyna paliatywna aktualizuje także kwestie poruszane zarówno w pierwszym, jak i drugim punkcie tegoż artykułu, mianowicie zwraca uwagę na problem bólu, właściwie wykorzystując metody walki z nim, oraz przywiązuje wagę do psychologicznych aspektów cierpienia i umierania.

Aby lepiej zrozumieć istotę opieki paliatywnej, trzeba zatrzymać się chwilę na historycznym rysie obrazu medycyny. Warto przypomnieć, że **przez wieki tradycja praktyk medycznych polegała przede wszystkim na opiece nad chorym**. Wynikało to głównie z nieznamomości przyczyn większości schorzeń, dlatego nieczęsto lekarz mógł je dokładnie określić i – jak podaje Andrzej Kübler – „tylko część zabiegów chirurgicznych miała przyczynowy, leczniczy charakter”²³⁵. Dlatego **opieka właśnie, a nie a nie leczenie, nadawała wówczas sens medycznej działalności**. Również z tego powodu lekarska działalność skupiona była w o wiele większym stopniu na chorym człowieku, niż na jego chorobie. Takie spojrzenie na chorego wynikało głównie z tradycji chrześcijańskiej, w której najwyższym zadaniem była właśnie opieka nad chorym²³⁶. Szpital pełnił rolę

²³⁵ A. Kübler, *Idea i praktyka opieki oraz medycyny paliatywnej*, „Advances In Clinical and Experimental Medicine” (10) 2001, Suppl. 1, s. 19.

²³⁶ Poglądy wczesnochrześcijańskich i scholastycznych myślicieli dotyczące medycyny w ciekawy sposób referuje Piotr Aszyk. Pisze on między innymi: „Wczesne chrześcijaństwo, choć znacząco przyczyniło się do zmiany podejścia wobec osób chorych, niepełnosprawnych lub niedołączonych i tym samym dokonało przewartościowania pewnych greckich i rzymskich zasad moralnych, nie wypracowało jednolitego i spójnego modelu, który regulowałby postępowanie w obrębie konkretnych interwencji medycznych. Poszczególni myśliciele na ogół powielali znane sobie opinie lekarskie i nie wnikali zbyt głęboko w naturę procesu leczenia. Zasadniczy nacisk

domu gościnnego, a umierający pacjent wymagał wsparcia i opieki. W oczach chrześcijańskiej społeczności takie zachowania uwiarygodniały działalność medyczną²³⁷.

Jednakże **postęp, jaki dokonał się w naukach biologicznych i technicznych, zmienił nie tylko oblicze medycyny, ale również sposób myślenia lekarza i jego szkolenie**, czego wynikiem była zmiana priorytetów: opieka nad chorym schodziła na plan dalszy, ustępując miejsca leczeniu. Pieniądze z przemysłu medycznego szerokimi strumieniami przelewane były tam, gdzie leczenie i rozpoznanie było możliwe w sposób skuteczny. Powodowało to dynamiczny rozwój takich metod diagnostycznych, jak chociażby tomografia komputerowa, oraz interwencji terapeutycznych takich jak: chirurgia endoskopowa, transplantologia czy też kardiologia inwazyjna²³⁸.

Niestety, wraz z postępiem medycyny zaniedbane zostały i opuszczone grupy chorych, których nie można było szybko wyleczyć. Chodzi tutaj o pacjentów z przewlekłymi schorzeniami, chorych na AIDS, oraz osoby będące w nieodwracalnym i zaawansowanym stadium choroby. Co więcej – zmiany nastąpiły również w systemie szkolenia lekarzy. Jak zauważa Andrzej Kübler – „**Absolwenci uczelni medycznych nabywali szczegółową wiedzę o patofizjologii chorób, metodach diagnostyki obrazowej oraz technikach i schematach leczenia zabiegowego i farmakologicznego, nie posiadali natomiast żadnych praktycznych wiadomości na temat komunikowania się z chorym**, uwalniania go od lęku, bólu, osamotnienia, a także po-

został położony na opiekę nad chorymi, pomoc potrzebującym oraz troskę o zbawienie drugiego człowieka. Problematyka stosowania szczególnych środków prowadzących do wyzdrowienia lub kwestie kunsztu lekarskiego pozostawały na dalszym planie”. Zob. więcej: Piotr Aszyk, *Opinie wczesnochrześcijańskich i scholastycznych myślicieli na temat decyzji pacjenta o rezygnacji z interwencji medycznych*. w: „Forum Philosophicum” (9), 2004, s. 124.

²³⁷ A. Kübler, *Idea i praktyka opieki oraz medycyny paliatywnej...*, s. 20.

²³⁸ Tamże.

stępowania z chorym umierającym²³⁹. Profesor medycyny Julian Aleksandrowicz, internista z wieloletnim doświadczeniem, podaje swoje spostrzeżenia mówiąc wprost tymi słowami: „Wydaje mi się, że dotychczasowe programy nauczania medycyny winny położyć większy nacisk na zagadnienia filozofii człowieka, psychologii i socjologii. Ich poznanie umożliwi lekarzowi ogarnięcie problemów chorego człowieka nie tylko jako istoty biologicznej, żyjącej w środowisku biofizycznym, lecz też i jako istoty społecznej. Nowoczesny lekarz wykroczy wówczas poza mury kliniki, by radą swoją służyć wszędzie, gdzie żyje i pracuje człowiek²⁴⁰”.

Słusznie twierdzi Maria Wałęska-Siempińska, iż medycyna, która po II wojnie światowej przeżywała swój rozkwit w postaci „ideologii szpitalnej”, była „wyrazem wiary w triumf wiedzy medycznej, faktów, scjentyistycznego i redukcjonistycznego podejścia do choroby i chorego²⁴¹”. Zgodnie z tą ideologią lekarze-eksperti mieli za zadanie zapewnienie zdrowia, a śmierć była najgorszą rzeczą, jaka mogła spotkać człowieka²⁴². Potwierdza to Andrzej Kübler pisząc, że „**medycynę XX w. zaczął charakteryzować system ukierunkowany na patologię chorób oraz na wyleczenie jako priorytet absolutny**²⁴³”. Zarówno pielęgniarki, jak i lekarze przyjęli w tym systemie rolę specjalistów, wykonujących zabiegi terapeutyczne i diagnostyczne, szpitale miały za zadanie jak najszybciej realizować owe zabiegi, „**chorzy umierający traktowani byli jako porażka medyczna, a co najmniej jako statystyczny kłopot**²⁴⁴”.

²³⁹ Tamże.

²⁴⁰ J. Aleksandrowicz, *Kształcenie lekarzy, odpowiedź na jedno z pytań zawarte w ankiecie: Czy kryzys medycyny współczesnej*, W: *Więź*, (4) 1963.

²⁴¹ M. Wałęska-Siempińska, *Moralne problemy śmierci i umierania. Opieka paliatywno-hospicyjna wobec ideologii szpitalnej i eutanazji*, „*Sztuka Leczenia*” (1), 1997, s. 62.

²⁴² Tamże, s. 62.

²⁴³ A. Kübler, *Idea i praktyka opieki oraz medycyny paliatywnej...*, art. cyt., s. 20.

²⁴⁴ Tamże, s. 20.

Trudno się więc dziwić, że pomimo tego ogromnego postępu w medycynie, pomimo jej „złotego wieku”, przypadającego na lata 70. i 80. ubiegłego stulecia²⁴⁵, pacjenci nie byli zadowoleni z takiego biegu wydarzeń²⁴⁶. Nie byli zachwyceni systemem medycznym, „w którym lekarz jest tylko naukowcem lub zręcznym technikiem”²⁴⁷.

Dobrze zatem się stało, że znaleźli się tacy lekarze i pielęgniarki, którym taki system medyczny nie odpowiadał, którzy postulowali „**zrównoważenie ukierunkowania na patologię z systemem ukierunkowania na chorego**”, aby personel medyczny zajmował się oprócz leczenia także opieką i doradztwem, a szpital stał się miejscem troski o jakość życia osoby chorej, gdzie umierający stanowi obiekt wszechstronnej opieki medycznej i socjalnej”²⁴⁸. Podjęli się ci ludzie zadania bardzo trudnego a zarazem szlachetnego, zajęli się bowiem grupą chyba najbardziej zaniedbaną i opuszczoną w dotychczasowym systemie opieki zdrowotnej, mianowicie ludźmi umierającymi z powodu chorób nowotworowych, oraz ich rodzinami. Pomogło to **przenieść istotę zainteresowania medycznego z procesu patofizjologicznego na osobę chorego**. W taki sposób narodziła się współczesna opieka i medycyna paliatywna. O ważności Medycyny Paliatywnej niech świadczy opis takiego oto przypadku:

„Był we względnie dobrym stanie ogólnym, ale od wielu tygodni cierpiał z powodu niemożliwego do zniesienia bólu spowodowanego ogromnym guzem przerzutowym kości krzyżowej, naciekającym również tkanki miękkie i nerwy. Guz uniemożliwiał mu leżenie na wznak. Zwracał się o pomoc do wielu lekarzy, ale żaden z nich nie

²⁴⁵ M. Wałęska-Siempińska, *Moralne problemy śmierci i umierania...*, art. cyt., s. 62.

²⁴⁶ Z ówczesnego stanu medycyny niezadowolona była również część środowisk lekarskich, mówiących otwarcie, że istotnie, medycyna przeżywa kryzys, zob. więcej: *Czy kryzys medycyny współczesnej?*, „Więź” (4) 1963, s. 38, również „Więź” (3), 1963.

²⁴⁷ A. Kübler, *Idea i praktyka opieki oraz medycyny paliatywnej...*, art. cyt., s. 20.

²⁴⁸ A. Kübler, *Idea i praktyka opieki oraz medycyny paliatywnej...*, s. 21.

wysłuchał go do końca, nie rozmawiał z chorym, ani nie zbadał go dokładnie. Przepisywano różne środki przeciwbólowe, wszystkie za słabe i nie usuwające bólu.

Lekarz hospicyjny znalazł chorego leżącego na podłodze w pozycji płodowej, płaczącego z bólu. Obok siedziała zrozpaczona, również płacząca, bezradna żona. W domu był worek słabych i średnio silnych leków przeciwbólowych, które chory zażywał chaotycznie i w nadmiarze, co dodatkowo powodowało rozwój dokuczliwych objawów niepożądanych. Leki te wyrzucono i podano doustnie morfinę w dawkach dostosowanych do natężenia bólu oraz odpowiednie leki wspomagające. Opanowano ból i inne objawy. Nawiązano kontakt z lekarką rejonową, która chciała pomóc, ale czuła się bezradna wobec tak silnych bólów. Przepisywała ona następnie regularnie morfinę, do czego nie był uprawniony wolontaryjny lekarz hospicyjny.

Chory żył jeszcze 9 miesięcy pozostając pod opieką zespołu hospicyjnego i lekarza rejonowego. Nauczono rodzinę pielęgnacji i zapobiegania odleżynom. W domu został przywrócony ład i spokój. Dzięki opanowaniu cierpień fizycznych chory, który był dzielnym człowiekiem, pogodził się ze swoim losem, osiągnął wewnętrzny spokój i przez pozostałe życie cieszył się dobrymi, dostępnymi przyjemnościami i miłością rodziny²⁴⁹. Nikt chyba nie zakwestionuje potrzeby i ważności działań medycyny paliatywnej. Żeby jednak lepiej ją zrozumieć trzeba zapoznać się z istotą i zakresem jej działań, czemu będzie poświęcony kolejny punkt tego artykułu.

g. Istota medycyny paliatywnej

Zdaniem Marii Wałęskiej-Siemińskiej „istotą opieki nad terminalnie chorym na nowotwór złośliwy jest jej holistyczny charakter. **Opieka ta dąży do uwzględnienia wszystkich potrzeb chorego:** somatycznych, psychicznych, społecznych i duchowych oraz wspiera

²⁴⁹ J. Kujawska, *Hospicjum św. Łazarza Towarzystwa Przyjaciół Chorych w Krakowie*, „Nowa Medycyna”, rok VII, z. 1, 2000, s. 90-91.

jego bliskich, którzy też cierpią i od których w dużym stopniu zależy sytuacja chorego”²⁵⁰. Definicja ta koresponduje z definicją Światowej Organizacji Zdrowia, według której „opieka paliatywna i hospicyjna stanowią ten sam rodzaj opieki, cechujący się wszechstronnością aktywnych działań (**opieka holistyczna**) mających na celu zaspokojenie wielorakich – cielesnych, psychicznych, socjalnych i duchowych – potrzeb chorych na nie poddającą się leczeniu przyczynowemu, zagrażającą życiu, postępującą chorobą oraz zapewnienie wsparcia ich rodzinom podczas choroby i w okresie osierocenia – po śmierci bliskiej osoby”²⁵¹.

Krajowa Rada Opieki Paliatywnej i Hospicyjnej bardzo podobnie definiuje tę działalność: „Opieka paliatywna jest aktywną i całościową (holistyczną) opieką, nastawioną na zaspokojenie wszystkich podstawowych potrzeb chorego u kresu życia oraz jego rodziny, zarówno podczas choroby, jak i w okresie żałoby”²⁵². Andrzej Kübler przypomina jeszcze, iż „program opieki paliatywnej został stworzony dla chorych umierających z powodu choroby nowotworowej, ale ideą opieki paliatywnej jest zapewnienie najwyższej jakości życia w okresie, gdy choroby nie można już przyczynowo leczyć, niezależnie od jej pochodzenia”²⁵³. Z tego powodu opieka paliatywna dotyczy również innych schorzeń i stanów klinicznych, a nie tylko chorób nowotworowych.

²⁵⁰ M. Wałęska-Siempińska, *Moralne problemy śmierci i umierania. Opieka paliatywno-hospicyjna wobec ideologii szpitalnej i eutanazji*, art. cyt., s. 63.

²⁵¹ J. Łuczak, *Cierpienia terminalnie chorych. Rola opieki paliatywnej*, „Polska Medycyna Rodzinna” (2), 3, 2000, s. 419.

²⁵² Program rozwoju opieki paliatywnej w Polsce, Krajowa Rada Opieki Paliatywnej i Hospicyjnej, Ministerstwo Zdrowia, Warszawa, 1998. Por. J. Pyszkowska, *Medycyna paliatywna w służbie chorym i ich rodzinom*, „Magazyn Medyczny” – Lekarz Rodzinny (7-8), 2002, s. 76.

²⁵³ A. Kübler, *Idea i praktyka opieki oraz medycyny paliatywnej...*, art. cyt., s. 20.

Opieka paliatywna jest niewątpliwie działalnością społeczną, która w szerokim zakresie zajmuje się zespołową opieką nad chorym. Z racji różnorodności potrzeb chorego człowieka „opiekę paliatywną sprawuje zespół wielodyscyplinarny, w skład którego wchodzi nie tylko profesjonalnie przygotowani lekarze, pielęgniarki, ale również pracownik socjalny, psycholog, rehabilitant, terapeuta zajęciowy, kapelan oraz wolontariusze – kwalifikowani opiekunowie”²⁵⁴. Praca wolontariuszy jest niezwykle ważna i pożądana, ze względu na ich indywidualne zdolności, dzięki czemu mogą zaspokoić różne potrzeby zarówno chorzy, jak i ich rodziny w różnych etapach trwania choroby.

Ważną kwestią, na którą zwraca uwagę Janina Kujawska-Tenner, to szczególnie predyspozycje opiekunów. Pisze ona mianowicie: „**Opiekunowie umierających** obok właściwych umiejętności zawodowych **powinni posiadać szczególne predyspozycje** moralne i psychiczne, spośród których najważniejszymi są: naturalna skłonność **do czynienia dobra, wrażliwość, zdolność do empatii**, gotowość i odwaga do otwartego i uczciwego ustosunkowania się do problemów pojawiających się w ostatnim okresie życia oraz łatwość nawiązywania kontaktów”²⁵⁵. Zdaniem tej lekarki nawet ludzie uczciwi, którzy są dobrymi fachowcami, ale którym brak wymienionych predyspozycji, nie powinni się opiekować chorymi terminalnie.

Zespół opiekunów niesie pomoc poprzez różnego rodzaju formy organizacyjne do których można zaliczyć: „opiekę domową, ambulatoryjną, stacjonarną i dzienną”, co więcej, „opieka ta ma (...) **charakter ciągły**, co daje choremu poczucie bezpieczeństwa, a więc ma **pozytywny wpływ na jakość jego życia**”²⁵⁶. Niezwykle istotne zdaniem Jadwigi Pyszkowskiej jest to, że „opieka paliatywna winna być ciągła, **dostępna przez 24 godziny i przez 7 dni w tygodniu**. Po-

²⁵⁴ J. Pyszkowska, *Opieka paliatywna w Polsce*, „Twój Magazyn Medyczny – Medycyna Paliatywna” (12) 2004, s. 33.

²⁵⁵ J. Kujawska-Tenner, *Niektóre problemy etyczne w opiece paliatywnej*, „Nowotwory”, (46) 1996, s. 243.

²⁵⁶ Tamże.

winna też być całkowicie **bezpłatna**, zarówno dla chorego, jak i jego rodziny²⁵⁷. Warto pamiętać, że korzystanie z rozmaitych form takiej opieki (podobnie jak w przypadku poradni onkologicznych) nie wymaga skierowania lekarskiego, a chory powinien o takiej możliwości opieki zdrowotnej być informowany.

Opieka paliatywna posiada pewne charakterystyczne cechy, różniące ją od innych dyscyplin medycznych. Zasadniczo można wskazać pięć takich cech, mianowicie:

– **Organizacja:** W miejsce tradycyjnej hierarchii medycznej opieka prowadzona jest przez zespół, którego istotną częścią są ochotnicy. Ponadto „udział każdego członka zespołu ma jednakową wartość w realizacji programu, niezależnie od profesji i wykształcenia”²⁵⁸.

– **Struktura:** Chorego nie trzeba przypisywać do sztywnego systemu np. szpitalnej biurokracji, bowiem to właśnie system dostosowuje się do sytuacji i potrzeb chorego.

– **Hierarchia problemów:** Znaczenie problemów dotyczących opieki może być różne zarówno dla chorego, jak i dla jego rodziny oraz służb medycznych. Chory człowiek jest głównym priorytetem.

– **Podtrzymywanie nadziei:** Stworzenie optymalnej jakości życia daje możliwość zachowania nadziei. Chory, wraz z rodziną, przygotowuje się do śmierci, z nadzieją na jak najlepszy przebieg nadchodzącego dnia.

– **Opieka w warunkach domowych:** System opieki szpitalnej przeniesiony jest do warunków domowych, nie tracąc przy tym swej skuteczności. Jako że postępowanie ma charakter objawowy, wszelkie interwencje medyczne ogranicza się do minimum²⁵⁹.

Najczęstsze formy organizacyjne realizacji opieki paliatywnej to:

– opieka domowa (podstawowe miejsce opieki),

²⁵⁷ J. Pyszkowska, *Medycyna paliatywna w służbie chorym i ich rodzinom...*, art. cyt., s. 77.

²⁵⁸ A. Kübler, *Idea i praktyka opieki oraz medycyny paliatywnej...*, art. cyt., s. 21.

²⁵⁹ A. Kübler, *Idea i praktyka opieki oraz medycyny paliatywnej...*, art. cyt., s. 21.

- poradnie opieki paliatywnej,
- szpitalny zespół konsultujący,
- dzienny ośrodek opieki paliatywnej,
- stacjonarny ośrodek opieki paliatywnej,
- poradnia opieki nad rodzinami chorych i osieroconymi²⁶⁰.

Andrzej Kübler zaznacza jednocześnie, iż formy organizowania opieki paliatywnej zależą również od jej akceptacji i znajomości wśród społeczeństwa. „W najprostszych formach – pisze ów lekarz – opieka paliatywna była zależna od zaangażowania ochotników i wspierana przez nieprofesjonalne organizacje społeczne. Rozwój medycyny paliatywnej przyczynił się do coraz lepszej koordynacji opieki szpitalnej i domowej aż do zintegrowania jej z oficjalnym systemem opieki zdrowotnej”²⁶¹.

Reasumując, można powiedzieć, iż opieka paliatywna „wychodzi naprzeciw cierpieniu, które towarzyszy człowiekowi w zmaganiu się z jego chorobą, kiedy wyleczenie nie jest już możliwe”²⁶². Można by pokusić się o stwierdzenie, że opieka paliatywna – pozwalająca do końca żyć z godnością, ale również umierać z godnością – jest przejawem „cywilizacji miłości”, w której nie ma miejsca na eutanazję. O tym aspekcie medycyny paliatywnej traktować będzie kolejny akapit.

h. Opieka paliatywna jako sprzeciw wobec eutanazji

Ciekawe spostrzeżenia poczynił doktor Zbigniew Żylicz, będący dyrektorem Hospicjum Rozenheuvel oraz profesorem Katolickiego

²⁶⁰ A. Kübler, *Idea i praktyka opieki oraz medycyny paliatywnej...*, art. cyt., s. 21. Zob. więcej: J. Pyszkowska, *Opieka paliatywna w Polsce*, „Twój Magazyn Medyczny – Medycyna Paliatywna” (12) 2004, s. 32-35; również J. Pyszkowska, *Medycyna paliatywna w służbie chorym i ich rodzinom*, „Magazyn Medyczny – Lekarz Rodzinny” (7-8), 2002, s. 75-79.

²⁶¹ A. Kübler, *Idea i praktyka opieki oraz medycyny paliatywnej...*, art. cyt., s. 21.

²⁶² W. Trendak, A. Rasmus, W. Gaszyński, *Opieka paliatywna jako sprzeciw wobec eutanazji*, „Zdrowie Publiczne” 115, 2 (2005), s. 214.

Uniwersytetu w Nijmegen w Holandii. Otóż z badań profesora wynika, że **opieka paliatywna może znacząco wpływać na zmianę postawy większości pacjentów domagających się eutanazji**. Analizując motywy chorych oraz rozpatrując w tym kontekście ewentualność zastosowania opieki paliatywnej jako alternatywy eutanazji, Zbigniew Żylicz wylicza pięć typów chorych²⁶³.

– **Pacjenci z obniżonym poczuciem bezpieczeństwa**. Obawy chorych z tej grupy mogą dotyczyć samotności, opuszczenia przez rodzinę, przyjaciół, a także do końca nieopanowanych dolegliwości, głównie bólu. Jednakże „zapewnienie obecności przy chorym, ciągłej, holistycznej opieki powoduje, że pacjenci szybko odzyskują poczucie bezpieczeństwa i zwykle odstępują od prośby o eutanazję”²⁶⁴.

– **Chorzy doznający tzw. zespołu wypalenia**, który może występować w czasie trwania przewlekłej, nieuleczalnej choroby, szczególnie, jeśli jej postęp jest bardzo powolny. Zespół wypalenia „polega na wyczerpaniu emocjonalnym, emocjonalnej izolacji pacjenta, obniżeniu poczucia własnej wartości i możliwości wywierania wpływu na sytuację”²⁶⁵.

– **Niezależni, skupieni na sobie, o dużej potrzebie kontroli i wpływu na zachodzące zdarzenia**, w tym również na własną śmierć, to kolejna grupa chorych, wymienianych przez doktora Żylicza. Owi pacjenci są tak skoncentrowani na sobie, na własnych dolegliwościach, że często nie widzą cierpienia innych. Jednak przeniesienie ich uwagi na inne osoby może sprawić, że odzyskają oni poczucie bycia potrzebnym. Na decyzję o odstąpieniu od eutanazji może wpłynąć tutaj po prostu zmiana punktu widzenia pacjenta²⁶⁶.

– **Chorzy z depresją**. Podjęcie leczenia przeciwdepresyjnego w tej grupie chorych eliminuje pragnienie eutanazji.

²⁶³ I. Kuźmicz, T. Brzostek, M. Kózka, *Rozważania o eutanazji w świetle opieki paliatywnej*, „Pielęgniarka i Położna” 2(2004), s. 5.

²⁶⁴ Tamże.

²⁶⁵ I. Kuźmicz, T. Brzostek, M. Kózka, *Rozważania o eutanazji w świetle opieki paliatywnej*, art. cyt., s. 5.

²⁶⁶ Tamże.

– **Pacjenci doświadczający silnego cierpienia fizycznego.** Należy wdrożyć postępowanie, mające na celu uśmierzenie bólu i opanowanie występujących objawów²⁶⁷.

Cierpienie związane z nieuleczalną chorobą miałyby zostać wyeliminowane poprzez eutanazję. Tak przynajmniej twierdzą jej zwolennicy. „Ma ona także wyeliminować ze społeczeństwa te osobniki cierpiące na chorobę nieuleczalną, które tym samym powodują obciążenie dla społeczeństwa. Ponadto zwolennicy stosowania eutanazji rozszerzają jej zakres na dzieci obciążone wadami genetycznymi, chorych umysłowo i osoby stare, niepełnosprawne”²⁶⁸. Zamiast przyjść z pomocą i okazać miłość, szczególnie dla tych dotkniętych przez choroby, zwolennicy eutanazji wołają iść inną drogą.

Tworzy się wówczas dziwna sytuacja, przed którą przestrzegali **Jan Paweł II**, pisząc między innymi: „W ostatnich latach rozprzestrzenia się **kultura nihilistyczna, zubażająca sens ludzkiej egzystencji**, a w dziedzinie etyki relatywizująca nawet podstawowe wartości szacunku wobec życia. Wszystko to często dzieje się stosując metodologię obojętności, traktującą wszystkie zachowania jako normalne, tak aby nie pojawił się jakikolwiek problem moralny. Za *normalne* uważa się takie postępowanie, które zagraża ludzkiemu życiu, zwłaszcza słabemu, bezbronnemu. Spostrzega się dużego stopnia sprzeciw w akcentacji drugiego człowieka, szczególnie, gdy jest *inny, niewygodny, obcy, chory, niepełnowartościowy*”²⁶⁹. Na gruncie takiego myślenia rodzi się zjawisko, które śmiało można nazwać „kulturą śmierci”.

Przejawem owej kultury jest niewątpliwie eutanazja. Próba odpowiedzi na problem z nią związany jest zmiana optyki patrzenia na

²⁶⁷ Tamże. Autorzy artykułu dodają, że zastosowanie metod, które ograniczają świadomość chorego, bądź ją wyłączają, jest usprawiedliwione.

²⁶⁸ K. Szczygieł, *Opieka paliatywna i terminalna alternatywą eutanazji*, w: T. Biesaga (red.): *Podstawy i zastosowania bioetyki*. Kraków 2001, s. 151.

²⁶⁹ Jan Paweł II, *Trzeba budować cywilizację miłości*, „L'Osservatore Romano”, Wyd. Polskie, 3 (2000), s. 44-45.

chorego człowieka. Zdaniem Krzysztofa Szczygła „**U chorego proszącego o śmierć prawie zawsze mamy do czynienia z pełnym niepokojem wzywaniem pomocy i miłości.** Chory potrzebuje miłości, braterskiego uczucia, a zapewnić ją muszą rodzina, bliscy, lekarze, pielęgniarki, ludzie dobrej woli – wolontariusze, duchowni-kapelani. Miłość, bycie przy chorym, walka z bólem – to alternatywa eutanazji”²⁷⁰.

Pogląd ten popierają zarówno lekarze, jak i ludzie pracujący w hospicjach. „Eutanazja to zła interpretacja prośby chorego, to niejednokrotnie strach przed oglądaniem różnych obliczy śmierci, to ucieczka przed przebywaniem z umierającym. Prośby ciężko chorych, którzy wzywają śmierci, nie mogą być rozumiane jako wyraz prawdziwej woli eutanazji, są niemal zawsze pełnymi udręki prośbami o pomoc i uczucie”²⁷¹. Gdy ból zostaje złagodzony, gdy chory czuje obecność bliskich, gdy jest otoczony troską, miłością, oraz współczuciem, gdy ma poczucie bycia potrzebnym – wtedy nie poprosi on o eutanazję.

Powyższe stwierdzenia dobrze korespondują ze słowami Jana Pawła II, który 12 czerwca 1987 roku w Gdańsku, na spotkaniu z chorymi wypowiedział się w sposób następujący: „Słowa Pisma Świętego, jakie czytamy przy okazji dzisiejszego spotkania, są skierowane do was wszystkich i do każdego z nas, wówczas, gdy stajemy oko w oko z cierpieniem drugiego człowieka, naszego brata, czy siostry. Wciąż jesteśmy wzywani. Wszyscy, poniekąd wszyscy jesteśmy wzywani – chociaż każdy w inny sposób. Wezwanie – zaproszenie, jakie ewangeliczny setnik skierował do Chrystusa, nieustannie się powtarza. Na różnych miejscach cierpi człowiek, czasem *bardzo cierpi*. I woła drugiego człowieka. Potrzebuje jego obecności.

Kiedy więc ktokolwiek z nas, drodzy bracia i siostry, gdziekolwiek na tej polskiej ziemi, jest wezwany ludzkim cierpieniem, niech mu stanie przed oczyma to wydarzenie z Ewangelii. I Chrystus, który

²⁷⁰ K. Szczygieł, *Opieka paliatywna i terminalna alternatywą eutanazji*, art. cyt., s. 152.

²⁷¹ W. Trendak, A. Rasmus, W. Gaszyński, *Opieka paliatywna jako sprzeciw wobec eutanazji*, „Zdrowie Publiczne” 115, 2 (2005), s. 214.

mówi do setnika: *Przyjdę i uzdrowię go*. Nieraz onieśmiela nas to, – mówi dalej Papież – że nie możemy *uzdrowić*, że nie możemy nic pomóc. Przewyciężajmy to onieśmielenie. – apeluje Jan Paweł II – Ważne jest, żeby przyjąć. Żeby **być przy człowieku cierpiącym**. Może nawet bardziej jeszcze niż uzdrowienia, potrzebuje on człowieka, ludzkiego serca, ludzkiej solidarności²⁷². Obyśmy mieli tę odwagę i chęć do bycia przy umierającym człowieku. Obyśmy umieli pokazać, że jest on dla nas ważny.

Cicely Saunders²⁷³, założycielka Hospicjum św. Krzysztofa w Londynie, pierwszej tego typu placówki na świecie, uczyła: „Nie ma takiej sytuacji, w której nie można by dać pacjentowi odczuć, że jest on człowiekiem, na którym komuś zależy”²⁷⁴. Myślę, że nad tym ostatnim znaniem trzeba się nieco zastanowić, a mój komentarz do niego jest po prostu zbędny.

Zakończenie

Poruszana w artykule problematyka nie dotyka każdego. Jednakże wzrastająca skala zachorowalności i umieralności na choroby nowotworowe sprawia, że istnieje potrzeba zapoznania się przynajmniej z tymi ważniejszymi, a często pomijanymi aspektami sytuacji chorego, znajdującego się w terminalnej fazie choroby.

Ukazana w punkcie drugim rola komunikacji z terminalnie chorym pacjentem oraz przywołanie psychologicznego obrazu choroby

²⁷² Jan Paweł II, *Żeby być przy człowieku cierpiącym*, „Znak” 392 – 393 (1988), s. 112.

²⁷³ Dame Cicely Saunders zmarła 14 lipca 2005 roku w hospicjum św. Krzysztofa w Londynie – placówce, którą założyła 38 lat temu. Miała 87 lat. Zob. więcej o tej niezwykłej osobie <http://www.hospicja.pl/aktualnosci/news/1419.html>, zob. także: <http://www.stchristophers.org.uk/page.cfm/Link=146>

²⁷⁴ Cyt. za: I. Kuźmicz, T. Brzostek, M. Kózka, *Rozważania o eutanazji w świetle opieki paliatywnej*, art. cyt., s. 7.

z pewnością należy do takich aspektów. Traktowanie chorego człowieka, bez uwzględnienia bogactwa jego przeżyć wewnętrznych, towarzyszących mu w czasie trwania choroby, jest podejściem redukcjonistycznym i prowadzi do dehumanizacji medycyny.

Zrozumienie natomiast przedstawionych w pierwszym punkcie opisów wyniszczenia nowotworowego (kacheksja i anoreksja) jest również istotne, pozwala bowiem stwierdzić, w jakim przypadku terapia ma szanse powodzenia (powstrzymanie spadku masy ciała, lub jej wzrost), a w jakim należy się poddać, pozwalając choremu godnie umrzeć.

Poddać się nie oznacza w tym przypadku pozostawienia chorego bez opieki w terminalnej fazie choroby. Łagodzenie dyskomfortu choroby należy zawsze do obowiązków lekarza. Dyskomfortem takim jest na pewno ból, występujący u 90 % chorych na nowotwory, co przy 200 000 osób, żyjących w Polsce i wymagających leczenia z tego powodu staje się problemem społecznym. Z tego też powodu problematyce bólu poświęcony został osobny paragraf.

Trzeba również zaakceptować fakt nieuchronności śmierci i w pewnych okolicznościach zrezygnować z ekstraordynaryjnych środków leczenia oraz podejmowania kolejnych zabiegów, które nie są już w stanie powstrzymać choroby, a przysparzają tylko dodatkowych cierpień. Przykłady takich zabiegów omówione zostały w punkcie pierwszym po to, by w ostatnim poddać je etycznej ocenie. Pomocne w tym celu okazało się rozróżnienie środków medycznych na zwyczajne i nadzwyczajne, przywołanie dokumentów Kościoła, oraz ukazanie statusu ontycznego człowieka, ze szczególnym uwzględnieniem jego godności.

W tym świetle jaśniej ukazało się prawo osoby do godnego, niezakłóconego umierania, któremu w leczniczym postępowaniu należy oddać pierwszeństwo przed niepotrzebnym jego przeciąganiem. Nie ma bowiem sensu takie sztuczne przedłużanie lub parcelowanie procesu umierania na procesy cząstkowe w sytuacji, gdy nie istnieje już szansa na wyleczenie. Odpowiedniejszą wtedy postawą jest raczej pozwolić choremu człowiekowi godnie umrzeć, stwarzając ku temu właściwe warunki.

A warunki takie niewątpliwie stwarza medycyna paliatywna, której ważność została ukazana w ostatnim paragrafie trzeciego punktu tego artykułu. Sprzeciwia się ona eutanazji, traktując ją jako wynik złego interpretowania prośby chorego, wynikającej z niewłaściwego podejścia do chorego. Co ciekawe, prośby te znikają w momencie podjęcia właściwego leczenia analgetycznego.

Jest zatem ważne, aby zachęcać do takiej opieki medycznej u kresu życia, która jest odpowiedzią na wezwanie Jana Pawła II, by budować cywilizację miłości, cywilizację, w której medycyna postawi na człowieka, na uwzględnienie jego psychiki, na dostrzeżenie w nim kogoś, a nie tylko choroby, którą trzeba wyleczyć.

Bibliografia

- ALEKSANDROWICZ J., *Kształcenie lekarzy*, „Więź” (4)1963.
- ANDRES J., Macheta A, *Przetrwwały stan wegetatywny – aspekty medyczne, moralne, prawne i ekonomiczne*, „Folia Medica Cracoviensia” Vol. XXXIX, 3-4, 1998, (Polsko-Niemieckie Sympozjum „Etyka w medycynie”, Kraków, 15-17 październik 1998). s. 73-77.
- APEL PREZESA I ZARZADU GŁÓWNEGO POLSKIEJ UNII ONKOLOGII Stowarzyszenia ponad wszelkimi podziałami skierowany do: Prezydenta, premiera i rządu posłów i senatorów Rzeczypospolitej Polskiej, Warszawa, 9 lipca 2004 r., s. 1-3.
- Art. 19, ust. 1, pkt. 5 Ustawy o zakładach opieki zdrowotnej z dnia 30 sierpnia 1991 r.
- ASZYK P. (red.): *Bioetyka. Naglące pytania*. Warszawa 2005.
- ASZYK P., *Granice leczenia. Etyczny problem odstąpienia od interwencji medycznych*, Warszawa 2006.
- ASZYK P., *Opinie wczesnochrześcijańskich i scholastycznych myślicieli na temat decyzji pacjenta o rezygnacji z interwencji medycznych*. w: „Forum Philosophicum” (9), 2004, s. 111-124.
- ASZYK P., *Stan terminalny*, w: Andrzej Muszala (red): *Encyklopedia Bioetyki. Personalizm chrześcijański. Głos Kościoła*, Radom 2005, s. 418-422.
- AUMONIER N., BEIGNIER B., LETELLIER P.: *Eutanazja*. Tłum. Burska E., Warszawa 2003.

- BARAŃSKI J., WRONECKI K., *Wartość etyki medycznej a medycyna melanchoiczna, czyli o konsekwencjach absolutyzacji wartości*, „Advances in Clinical and Experimental Medicine”, (11), suplement 1, 2002, s. 33-38
- BIESAGA T., *Dobro pacjenta celem medycyny i podstawą etyki medycznej*, „Studia Philosophia Christiane”, UKSW 40(2004), s. 153-165.
- BIESAGA T., *Etyka cnót w etyce medycznej*, „Medycyna Praktyczna”, 3 (2006), s. 20-23.
- BIESAGA T., *Eutanazja – śmierć godna czy niegodna?*, „Medycyna Praktyczna”, 4 (2005), s. 22-25.
- BIESAGA T., *Podmiotowość osobowa i moralna pacjenta*, „Medycyna Praktyczna”, 10 (2005), s. 22-25.
- BIESAGA T., *Pojęcie osoby a zasada jakości życia we współczesnej bioetyce*, w: Morawiec Z.(red): *Ocalić cywilizację – ocalić ludzkie życie*, Kraków 2002, s. 53-64.
- BIESAGA T., *Właściwe i niewłaściwe cele medycyny*, „Medycyna Praktyczna”, 5 (2004), s. 20-25.
- BIESAGA T., *Wobec uporczywej terapii*, „Medycyna Praktyczna”, 11-12 (2005), s. 26-29.
- BLASZCZUK J., KARLIC G., STRUTYŃSKA-KARPIŃSKA M., MARKOCKA-MĄCZKA K., *Obowiązki lekarza wobec terminalnie chorego – problem eutanazji*, „Advances in Clinical and Experimental Medicine” (11) 2002, 1, Supl.1, s. 53-57.
- BOŁOZ W., *Cierpienie duchowe w chorobie terminalnej*, „Polska Medycyna Paliatywna” (3), 1, 2004, s. 61.
- BOŁOZ W.: *Etyka chrześcijańska wobec problemów końca życia*. w: W. Bołoz, M. Ryś(red.): *Między życiem a śmiercią: uzależnienia, eutanazja, sytuacje graniczne*. Warszawa 2002, s. 122-134.
- BRÉCHANT J., *Thanatos. Chory i lekarz w obliczu śmierci*, Warszawa 1993.
- BRUSILLO J., *Lekarz wobec kresu życia ludzkiego w nauczaniu Kościoła i dokumentach świeckich*, Kraków 2004.
- BRUSILLO J., *Prawo do śmierci czy prawo dla śmierci?* w: Biesaga T. (red): *Podstawy i zastosowania bioetyki*, Kraków 2001, s. 119-133.
- BUCKMAN R., *How to break bad news – a guide for health care professionals*, London 1993.
- CHROSTOWSKI W., *Godność człowieka umierającego: potrzeby duchowe*, [w:] *Opieka paliatywna nad dziećmi* (red.) Tomasz Dangl, Warszawskie Hospicjum dla dzieci i matek & Instytut Matki i Dziecka, V Kurs CMKP dla lekarzy, 11-16 października 1999, s. 71-83.

- CHROSTOWSKI W.**, *Sens cierpienia i choroby w świetle biblii*, [w:] Opieka paliatywna nad dziećmi (red.) Tomasz Dągl, Warszawskie Hospicjum dla dzieci i matek & Instytut Matki i Dziecka, VI Kurs CMPK dla lekarzy i pielęgniarek, Kazimierz Dolny, 16-21 października 2000, s. 139-142.
- CHROSTOWSKI W.**, *Zasady etyczne w opiece nad umierającym człowiekiem w nauczaniu Kościoła Katolickiego*, [w:] Opieka paliatywna nad dziećmi (red.) Tomasz Dągl, Warszawskie Hospicjum dla dzieci i matek & Instytut Matki i Dziecka, VI Kurs CMPK dla lekarzy i pielęgniarek, Kazimierz Dolny, 16-21 października 2000, s. 117-132.
- ĆWIRKO K.**, *Możliwość pomocy psychologicznej rodzinom osób umierających*, „Nowa Medycyna”, 2 (2004), z. 124, s. 71-72.
- DAROWSKI R.**, *Filozofia człowieka. Zarys problematyki. Antologia tekstów*, Kraków 2002.
- DE WALDEN-GAŁUSZKO K.**, *Jak skutecznie pomagać chorym umierającym – problemy wsparcia psychologicznego*, „Nowa Medycyna”, 2 (2004), z. 124, s. 67-68.
- DE WALDEN-GAŁUSZKO K.**, *Problemy jakości życia chorych w stanie terminalnym*, w: J. Dobrogowski, J. Wordliczek (red.): *Medycyna Bólu*, Wydawnictwa Lekarskie PZWL, Warszawa 2004, s. 561-575.
- DE WALDEN-GAŁUSZKO K.**, *Psychologiczne aspekty bólu i jego leczenia*, „Twój Magazyn Medyczny – Medycyna Paliatywna”, (12) 2004, s. 11-14.
- DE WALDEN-GAŁUSZKO K.**, *Rola komunikacji w relacjach lekarza z pacjentem z chorobą nowotworową*, „Polska Medycyna Rodzinna”, 2, 3 (2000), s. 422.
- DE WALDEN-GAŁUSZKO K.**, *U kresu.*, Wydawnictwo Medyczne Mak – med., Gdańsk 1996.
- DRYGAŁA M.**, *Pielęgniarka wobec chorego umierającego*, „Pielęgniarka i Położna”, (10), 1996, s. 4-7.
- Dz. U. nr 91 poz. 408 z późn. zm.
- Dz. U. z 1997 r. nr 28, poz. 152 z późn. zm.
- DZIEDZIC J.**, *Eutanazja* w: Muszala A. (red.): *Encyklopedia bioetyki. Personalizm chrześcijański. Głos kościoła*. Radom 2005, s. 153-159.
- ENGELHARDT H. T.**, *The foundation of Bioethics*, New York, Oxford University Press, 1996, s. 135-138.
- FALDA Z.**, *Leczenie dializami*, w: W. Jurczyk, Z. Rondio (red.): *Intensywna terapia*, Warszawa 1979, s. 169-181.
- GLIŃSKA H.**, *Choroby nowotworowe*, w: K. Janicki (red.): *Domowy poradnik medyczny*, Warszawa 1989, s. 606.

- GŁOWACKA A., *Rola pielęgniarki w opiece paliatywnej i hospicyjnej*, „Nowa Medycyna”, (97), rok VII, z. 1, s. 70-73.
- GORZELIŃSKA L., **Luczak J.**, *Zespół wyniszczenia komórek (kacheksja). Brak łaknienia (anoreksja)*, „Nowa Medycyna”, (97), rok VII, 1, s. 40-42.
- GRĄDAŁSKI T., **BIAŁOŃ-JANUSZ A.**, *Odleżyny i inne uszkodzenia skóry – postępowanie w opiece paliatywnej*, „Twój Magazyn Medyczny – Medycyna Paliatywna”, (12), 2004, s. 21-31.
- HERBUT J., (red.): *Leksykon filozofii klasycznej*, Lublin 1997.
- HILGIER M., **JAROSZ J.**, *Leczenie bólów nowotworowych – standardy i wytyczne*, w: „Terapia” 10, 2004, s. 50.
- HINTON J. M., *The psysical and mental distress of the dying*. w: „Quarterly Journal of Medicine”, New Series XXXII, (125), January 1963, s. 1-20;
- IWASZCZYCZYN J., *Kontrowersje napotkane przy wprowadzaniu nowoczesnego postępowania paliatywnego na podstawie czteroletnich doświadczeń Krakowskiej Poradni Opieki Paliatywnej przy Zakładzie Opiekuńczo-Lecznicznym w Krakowie-Prokocimiu*, „Przegląd Lekarski” (56) 7-8, 1999, s. 498-500.
- JAN PAWEŁ II, *Encyklika Evangelium vitae*.
- JAN PAWEŁ II, *Przemówienie podczas spotkania z uczestnikami VII Międzynarodowej Konferencji zorganizowanej przez Papieską Radę ds. Duszpasterstwa Służby Zdrowia Ludzie niepełnosprawni w społeczeństwie* (21 XI 1992 r.), „L'Osservatore Romano”, wyd. polskie, 2 (1993), s. 39-41.
- JAN PAWEŁ II, *Trzeba budować cywilizację miłości*, „L'Osservatore Romano”, Wyd. Polskie, 3 (2000), s. 44-45.
- JAN PAWEŁ II, *Żeby być przy człowieku cierpiącym*, tekst wygłoszony na spotkaniu z chorymi w Gdańsku, 12 czerwca 1987 roku. w: „Znak” 392-393 (1988), s. 112-116.
- JAROSZ J. *Leczenie bólu w opiece paliatywnej*, „Twój Magazyn Medyczny – Medycyna Paliatywna”, (12), 2004, s. 5-10.
- JAROSZ J., *Medycyna paliatywna – rozważania ogólne*, [w:] red. J. Dobrogowski, J. Wordliczek, *Medycyna Bólu*, Wydawnictwa Lekarskie PZWL, Warszawa 2004.
- JUDA C., *Postępowanie w zespole wyniszczenia nowotworowego*, „Twój Magazyn Medyczny” (12) 2004 – Medycyna Paliatywna, s. 28.
- KASS L.R., *The End of Medicine and the Pursuit of Health*, W: L.R. Kass, *Toward a More Natural Science*, New York 1985, s. 174.
- KATECHIZM KOŚCIOŁA KATOLICKIEGO, Poznań 1994.

- KNIGHT M., D. FIELD**, *A silent conspiracy: coping with dying cancer patients as an acute surgical ward*. „Journal of Advanced Nursing”, (6), 1981, s. 225-228.
- KOCIŃSKA K.**, *Terminalna faza choroby nowotworowej*, „Pielęgniarka i Położna”, (10), 1996, s. 8-11.
- Kongregacja Nauki Wiary: Iura et bona**. Deklaracja o eutanazji 05.05.1980.
- KORNAS S.**, *Współczesne eksperymenty medyczne w ocenie etyki katolickiej*, Częstochowa 1986.
- KOTLIŃSKA-LEMIESZEK A., ŁUCZAK J.**, *Zasady zwalczania bólów nowotworowych według Światowej Organizacji Zdrowia i Europejskiego Towarzystwa Opieki Paliatywnej*, „Nowa Medycyna” 2, 2003, z. 121, s. 86.
- KRAJNIK M., ŻYLICZ Z.**, *Trudne sytuacje w opiece paliatywnej*, [w:] red. J. Dobrogowski, J. Wordliczek, *Medycyna Bólu*, Wydawnictwa Lekarskie PZWL, Warszawa 2004, s. 548-560.
- KRZYŻANOWSKI D., UCHMANOWICZ I., CHYBICKA A., MESS E., HAWRO R., HAWRO B.**, *Ocena nasilenia bólu, jego charakteru i stresu bólowego oraz prawdopodobieństwo wystąpienia depresji u pacjentów w terminalnej fazie choroby nowotworowej*, „Polska Medycyna Rodzinna”, 6, suplement 1(2004), s. 85-92.
- KÜBLER A.**, *Idea i praktyka opieki oraz medycyny paliatywnej*, *Advances in Clinical and Experimental Medicine*, 10, 2, Supl. 1 (2001), s. 19-21.
- KÜBLER-ROSS E.**, *Rozmowy o śmierci i umieraniu*, Warszawa 1979.
- KUJAWSKA-TENNER J.**, *Hospicjum Św. Łazarza Towarzystwa Przyjaciół Chorych w Krakowie*, „Nowa Medycyna”, (97), rok VIII z. 1, 2000, s. 88-92.
- KUJAWSKA-TENNER J.**, *Niektóre problemy etyczne w opiece paliatywnej*, „Nowotwory” 46 (1996), s. 241-247.
- KURZBAUER R.**, *Zagadnienie śmierci w ujęciu psychologicznym i medycznym*,
- KUŹMICH I., BRZOSTEK T., KÓZKA M.**, *Rozważania o eutanazji w świetle opieki paliatywnej*, „Pielęgniarka i położna”, 2 (2004), s. 4-7.
- LEWANDOWSKI T.**, *Ból w chorobie nowotworowej*, w: „Nowa Medycyna” 2, 2003, z. 122, s. 128.
- LICHTER E.**, *Communication In Cancer Care*, Churchill Livingstone, Edinburgh, London, Melbourne, New York, 1987.
- ŁUCZAK J.**, *Cierpienia terminalne chorych. Rola opieki paliatywnej*, „Polska Medycyna Rodzinna”, 2, 3 (2000), s. 419-421.
- ŁUCZAK J.**, *Sytuacja socjalna pacjentów Kliniki Opieki Paliatywnej w Poznaniu – przegląd typowych problemów. Rola pracownika socjalnego w opiece paliatywnej*, „Nowa Medycyna”, (97), rok VII, 1, s. 79-82.

- MACHINEK M., *Życie w dyspozycji człowieka. Wybrane problemy etyczne u początku ludzkiego życia*, Olsztyn 2004.
- MACINTYRE A., *Dziedzictwo cnoty*, tłum. A. Chmielewski, Warszawa 1996.
- MUSIAKOWSKI J., *Filozoficzne aspekty ingerencji farmaceutycznych w aptecę*, OTALEGA Z. (red.naczelny): *Encyklopedia biologiczna. Wszystkie dziedziny nauk przyrodniczych*, Kraków 1998, tom I, s. 173.
- PAWŁAK Z., *Opieka duchowa w terminalnej fazie choroby*, „Nowa Medycyna”, (97), rok VII, 1, 2000, s. 83-87.
- PELLEGRINO E. D., *The Internal Morality of Clinical Medicine: A Paradigm for the Ethics of the Helping and Healing Professions*, „Journal of Medicine and Philosophy” 26(2001) nr 6, s. 564.
- PELLEGRINO E. D., THOMASMA DAVID C., *For the Patient's Good: The Restoration of Beneficence in Health Care*, New York, Oxford University Press, 1988, s. 74-91.
- PELLEGRINO E.D., THOMASMA D.C., *The Virtues in Medical Practice*, New York, Oxford 1993, s. 53.
- PELLEGRINO E.D., *Toward a Virtue-Based Normative Ethics for the Health Professions*, Kennedy Institute of Ethics Journal, 1995; 5: s. 267.
- PERA H., *Chory człowiek jako pytanie ku nam skierowane*, „Znak” rok XXVI nr 241-242 (7-8), lipiec-sierpień, Kraków 1974, s. 909-922.
- POZNAŃSKA S., *Choroba*. w: Barczyński M., Bogusz J. (red.): *Medyczny słownik encyklopedyczny*, Kraków 1993, s. 58-59.
- PROGRAM ROZWOJU OPIEKI PALIATYWNEJ W POLSCE**, Krajowa Rada Opieki Paliatywnej i Hospicyjnej, Ministerstwo Zdrowia, Warszawa, 1998.
- PYSZKOWSKA J., *Medycyna paliatywna w służbie chorym i ich rodzinom*, „Lekarz Rodzinny” 7-8 (2002), s. 75-79.
- PYSZKOWSKA J., *Opieka paliatywna w Polsce*, „Twój Magazyn Medyczny – Medycyna Paliatywna”, (12), 2004, s. 32-35.
- ROCZEŃ R., BOHATYREWICZ R., *Śmierć mózgu: aspekt biologiczny i etyczny*, „Archiwum Historii i Filozofii Medycyny”, 64, 4(2001), s. 273-296.
- SPEAMANN R., *Osoby. O różnicy między czymś a kimś* (tłum. J. Merecki), Warszawa 2001.
- SPRAWOZDANIE OKRĘGOWEGO RZECZNIKA ODPOWIEDZIALNOŚCI ZAWODOWEJ**, Materiały sprawozdawcze XXI Okręgowego Zjazdu Lekarzy, Kraków 21-22 października 2005, w: „Biuletyn Lekarski” (6a/87), wrzesień/październik 2005, s. 10.
- SZCZEPANIAK L., *Choroba*, w: Andrzej Muszala (red.): *Encyklopedia Bioetyki. Personalizm chrześcijański Głos Kościoła*, Radom 2005, s. 82-85.

- SZCZEPANIAK L.**, *Moralne problemy związane ze szpitalną opieką służby medycznej, na podstawie literatury z zakresu deontologii medycznej i etyki katolickiej*, Kraków 2003.
- SZCZYGIEL K.** (red.), *Troska o życie. Wybrane dokumenty Stolicy Apostolskiej*, Tarnów 1998.
- SZCZYGIEL K.**, *Opieka paliatywna i terminalna alternatywą eutanazji*, w: Bie-saga T. (red.): *Podstawy i zastosowania bioetyki*, Kraków 2001, s. 149-153.
- SZEROCZYŃSKA M.**, *Czy pacjent ma prawo do śmierci?*, w: „Opieka paliatywna nad dziećmi” Dangel T.(red.): VI Kurs CMPK dla Lekarzy i Pielęgniarek, Kazimierz Dolny 16-21 X 2000, s. 143.
- SZEROCZYŃSKA M.**, *Eutanazja i wspomagane samobójstwo na świecie: studium prawnoporównawcze*. Kraków 2004, s. 36-58.
- ŚLIPKO T.**, *Zarys etyki ogólnej*, wyd. IV, Kraków 2004.
- ŚLIPKO T.**, *Zarys etyki szczegółowej. Tom I, Etyka osobowa.*, wyd. II poszerzone, Kraków 2005.
- ŚWIRYDOWICZ T.**, *Psychologiczne aspekty przekazywania niepomysłnych informacji o rozpoznaniu choroby i prognozie*, „Nowa Medycyna”, (97), rok VII, 1, s. 74-78.
- TREDAK W., RASMUS A., GASZYŃSKI W.**, *Opieka paliatywna jako sprzeciw wobec eutanazji*, „Złotwie Publiczne” 115, 2, (2005), s. 212-215.
- UMIASTOWSKI J.**, *Uporczywa terapia*, w: Andrzej Muszala (red): *Encyklopedia Bioetyki. Personalizm chrześcijański. Głos Kościoła*, Radom 2005, s. 491-495.
- WAŁĘSKA-SIEMPIŃSKA M.**, *Moralne problemy śmierci i umierania. Opieka paliatywno-hospicyjna wobec ideologii szpitalnej i eutanazji*, „Sztuka Leczenia”, (1), 1997, s. 61-67.
- WARZESZAK ST.**, *Etyka opieki paliatywnej*, „Medicus” (1) 1992, nr 6, s. 32.
- WICHROWSKI M.**, *Etyka stanów terminalnych*, [w:] *Opieka paliatywna nad dziećmi* (red.) Tomasz Dangel, Warszawskie Hospicjum dla dzieci i matek & Instytut Matki i Dziecka, VI Kurs CMPK dla lekarzy i pielęgniarek, Kazimierz Dolny, 16-21 październik 2000, s. 133-138.
- Wordliczek J.**, *Medycyna Bólu*, Wydawnictwa Lekarskie PZWL, Warszawa 2004.
- WÓJCIK M.**, (red.): *Człowiek. Osoba. Pleć.*, Łomianki 1998.
- WRĘŻEL M.**, *Pacjent*, w: Andrzej Muszala (red): *Encyklopedia Bioetyki. Personalizm chrześcijański. Głos Kościoła*, Radom 2005, s. 341-348.
- WRÓBEL J.**, *Człowiek i medycyna. Teologiczno-moralne podstawy ingerencji medycznych*, Kraków 1999.

Barbara KRASOŃ

ETYCZNA OCENA DIAGNOSTYKI PRENATALNEJ

Wstęp

W mikro-świecie macicznego łona zaczyna się życie ludzkie. W wyniku aktu poczęcia, który jest jednym z najpiękniejszych wyrazów wzajemnej miłości małżonków, z połączenia komórki jajowej z plemnikiem, powstaje człowiek. Od momentu zapłodnienia dziecko jest już wyposażone w cały zestaw chromosomów, które określają jego przyszły wygląd fizyczny, podatność na choroby, temperament i zdolności. Rodzice poczętego dziecka z niecierpliwością oczekują jego przyjścia na świat, wyobrażają sobie, jakie ono będzie, wiążą z jego osobą różne plany i marzenia.

Tajemnice życia prenatalnego są znane od niedawna dzięki ciągłemu rozwojowi biologii, a szczególnie genetyki. Umysł ludzki przekracza dziś granice natury, które kiedyś były niedostępne człowiekowi. Jednak nadal istnieją obszary, do których żaden mikroskop nie ma dostępu. Jedną z nie poznanych dotąd tajemnic jest sposób, w jaki geny determinują rozwój człowieka. Nie wiadomo, dlaczego jedne dzieci rodzą się zdrowe, ładne i inteligentne, podczas gdy inne od poczęcia obciążone są defektami. Choć wielu naukowcom rozpracowanie tego sekretu spędza sen z powiek, trudno dziś powiedzieć, kiedy i czy w ogóle ktoś odkryje, skąd biorą się anomalie chromosomowe, dlaczego niektórzy cierpią z powodu chorób metabolicznych lub wad rozwojowych.

Mimo że trudno do końca poznać prawa, jakimi rządzi się natura, lekarze starają się zrobić wszystko co w ich mocy, aby pomóc dzieciom upośledzonym chorobami wrodzonymi. Z taką pomocą przychodzi – rozwijająca się w ostatnich latach – medycyna prenatalna, w centrum zainteresowania mająca poczęte dziecko. Jedną z technik, jakie wykorzystuje, jest diagnostyka przedurodzeniowa. Służy ona wykrywaniu wad wrodzonych. Choć nie zawsze wiadomo, skąd wada się bierze, to jednak przy pomocy metod diagnostyki prenatalnej wiele z nich można wykryć, zanim dziecko przyjdzie na świat i dzięki temu wdrożyć odpowiednie leczenie lub przygotować się na szybką interwencję lekarską tuż po narodzinach dziecka.

Niestety, nie wszystkie rozpoznawane w okresie prenatalnym choroby można leczyć, stąd pojawiają się różne głosy, dotyczące tego, co w takich sytuacjach robić. Wśród lekarzy i etyków są więc tacy, którzy – mimo jakiegoś defektu – dostrzegają indywidualną wartość w niepełnosprawnym człowieku. Są też niestety i tacy, którzy w chorym widzą wyłącznie jego chorobę oraz jej negatywne konsekwencje dla cierpiącego, jego rodziny i społeczeństwa. Dlatego też w ich głowach zrodził się pomysł interwencji, aby ustrzec się przed zbyt dużą liczbą urodzeń upośledzonych dzieci. Do tego celu pragną wykorzystać wszelkie możliwe środki, w tym również diagnostykę prenatalną, która ma służyć nowej eugenicie. Z tego powodu wokół tematu diagnostyki prenatalnej narastają spory etycznej. Nie sam bowiem fakt, że istnieją techniki diagnozowania płodu, budzi kontrowersje, ale sposób wykorzystania tych technik.

Niniejszy artykuł ma na celu przybliżenie czytelnikowi zagadnienia diagnostyki prenatalnej oraz jej etyczną ocenę. W pierwszym punkcie skupimy się na badaniach prenatalnych jako fakcie medycznym. Przedstawimy najpierw definicję i charakterystykę diagnostyki prenatalnej oraz dokonamy podziału technik, które wchodzi w jej skład. Kryterium podziału będzie inwazyjność tych metod oraz ryzyko, jakie niosą one dla zdrowia matki, rozwoju płodu, dalszego przebiegu ciąży i porodu. Następnie zaprezentujemy historyczny rozwój diagnozy prenatalnej na przełomie ostatniego półwiecza, począwszy

od pierwszych prób badania płodu aż po stosowane dziś na niewielką jeszcze skalę nowoczesne badania genetyczne. Dalszy paragraf poświęcony będzie wskazaniom do poddania się diagnozie prenatalnej przez kobiety w ciąży. Spróbujemy odpowiedzieć na pytanie, które z kobiet koniecznie powinny udać się na badania prenatalne i dlaczego. Ostatnie dwa paragrafy pierwszego punktu poświęcone będą zarysowaniu krótkiej charakterystyki poszczególnych technik diagnostyki prenatalnej. Omówimy więc kolejno: metody inwazyjne i nieinwazyjne (sposób przeprowadzania badania, optymalny czas wykonania, ryzyko dla dziecka i matki oraz możliwości diagnostyczne).

Punkt drugi w całości będzie poświęcony embrionom ludzkim. Jest to o tyle ważne, że badania prenatalne mają na celu zdiagnozowanie właśnie stanu zdrowia płodu. Przyjęcie zaś – czy to przez lekarza czy matkę dziecka – pewnego statusu ontycznego embrionu, implikuje ich dalsze wybory etyczne. Najpierw wymienione zostaną kryteria człowieczeństwa, argumenty na rzecz przyznania embrionowi statusu osoby, a co za tym idzie przysługujące mu prawa i przywileje, oraz ontogenetyczny rozwój człowieka od poczęcia do porodu. Następnie autor zapozna czytelnika ze stanowiskami etyków, którzy osobę definiują na podstawie arbitralnie uznanych przypadłości i właściwości, twierdząc w ten sposób, że wartość człowieka zależy od jakości jego życia. Ostatni paragraf przybliży stanowisko personalizmu ontologicznego, który wartości osoby dopatruje się w jej godności i świętości, wynikającej z faktu, że człowiek został stworzony na wzór, obraz i podobieństwo Boże. Tutaj też zostaną przedstawione zostaną artykuły dokumentów prawnych i fragmenty pism Kościoła, broniące każdego poczętego istnienia.

W punkcie trzecim postawione zostaną główne problemy etyczne dotyczące diagnostyki prenatalnej. W paragrafie pierwszym dokonamy oceny moralnej stosowania poszczególnych technik ze względu na ich ryzyko dla matki i dziecka oraz konieczność wykonania badań. Następnie rozstrzygniemy problem diagnozowania płodu, oceniając intencję (motyw) oraz cel, jakim kieruje się kobieta ciężarna i lekarz wykonujący badanie. Z kolei etycznej ocenie poddane zostanie po-

radnictwo genetyczne, które jest blisko związane z tematyką diagnostyki prenatalnej. Przedstawione będą zadania i zasady poradnictwa, trudności związane z kierowaniem się tymi zasadami oraz etyczna ocena intencji i celu wykonywania testów genetycznych. W paragrafie trzecim znajdzie się również problem skriningu genetycznego, który ma na celu wykrywanie wad wrodzonych w populacjach podwyższonego ryzyka. Na końcu pracy zaprezentujemy, jakie mogą być konsekwencje wykonywania badań prenatalnych. Chodzi tu zarówno o skutki natury społecznej, takie jak działania w służbie eugenice, jak również o konsekwencje natury psychologicznej, jakie mogą dotknąć kobietę ciężarną i wpłynąć na jej relacje z rodziną, jeśli wykorzysta możliwości diagnostyki prenatalnej do celów aborcyjnych.

1. Diagnostyka prenatalna – fakt medyczny

a. Definicja i podział diagnostyki prenatalnej

Poważnym problemem medycznym i społecznym są wszelkiego rodzaju nieprawidłowości rozwojowe i choroby uwarunkowane genetycznie, które dotyczą około 2-3% noworodków i są jedną z poważniejszych przyczyn umieralności niemowląt na świecie¹. „Prewencja tych stanów powinna zatem należeć do priorytetowych celów w zakresie programów polityki zdrowotnej, wyznaczających kierunki badań klinicznych, w których wyniki o charakterze poznawczym stwórzą podstawę dla działań wdrożeniowych. Zwyczajowo profilaktykę chorób dziedzicznych² i wad rozpatruje się w kategoriach działań na

¹ P. Żołnierczyk, *Inwazyjne metody diagnostyki prenatalnej*, „Medycyna Wieku Rozwojowego”, 1 (1997), nr 4, s. 600.

² Choroby dziedziczne są to choroby, które zostały uwarunkowane genetycznie lub powstały wskutek jakiejś mutacji w komórkach rozrodczych. Są to choroby przekazywane z pokolenia na pokolenie.

trzech poziomach”³. Pierwszy poziom stanowi prewencja pierwotna, polegająca na identyfikacji przyczyn chorób lub wad i ich eliminacji, zanim dojdzie do zachorowania. Jest to najbardziej optymalny sposób zapobiegania wystąpieniu chorób dziedzicznych i wad. Na drugim poziomie – prewencji wtórnej – znajduje się poradnictwo genetyczne i diagnostyka prenatalna, którymi w tym artykule będziemy zajmować się szerzej. Wspomnieć należy jednak jeszcze o profilaktyce trzeciorzędowej, która jest utożsamiana z leczeniem chorych i korektą (usuwaniem) istniejących już chorób i defektów. Ten trzeci sposób profilaktyki w przypadku chorób dziedzicznych i licznych wad wrodzonych bywa nieskuteczny⁴, zaleca się zatem wdrażanie w takich przypadkach profilaktyki pierwotnej i prewencji wtórnej. Jedną z metod pozwalającą na podjęcie terapii płodu – w przypadku stwierdzenia wystąpienia wad wrodzonych – jest diagnostyka prenatalna.

Pod pojęciem diagnostyki prenatalnej, czyli przedurodzeniowej, kryje się zespół metod stosowanych w okresie ciąży w celu możliwie jak najwcześniejszego wykrycia i rozpoznania nieprawidłowości rozwojowych⁵ oraz schorzeń płodu⁶. Diagnostyka prenatalna stanowi istotną technikę medycyny prenatalnej.

Diagnostyka prenatalna, prowadzona w ramach poradnictwa genetycznego, dzieli się na trzy zasadnicze grupy, które wyróżnia się

³ J. J. Pietrzyk, *Nowe perspektywy profilaktyki i leczenia chorób dziedzicznych i wad u płodu*, supl. 1: Międzynarodowa Konferencja „Postępy w neonatologii”, „Przegląd Lekarski”, (2002), nr 59, s. 1.

⁴ Dzieje się tak dlatego, że – w większości przypadków – zmiany patologiczne, które towarzyszą chorobom genetycznym, powstają jeszcze w okresie prenatalnym, co powoduje, że dziecko rodzi się już z nieodwracalnymi zmianami (uszkodzeniami).

⁵ Wada rozwojowa jest to nieprawidłowość morfologiczna, która ujawnia się u dziecka już po porodzie.

⁶ Rekomendacje Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego i Funduszu Ludnościowego Narodów Zjednoczonych (UNFPA) w sprawie zdrowia reprodukcyjnego Racot, 26-28 marca 2004, <http://www.gpsk.am.poznan.pl/ptg/rekomendacjazdrowie.htm>.

w zależności od okresu przeprowadzania badań. Są to: diagnostyka przedkoncepcyjna (dotyczy gamet), przedimplantacyjna (dotyczy zygoty na poziomie 6-8 komórek) i wreszcie diagnostyka postimplantacyjna (która dotyczy zarodka lub płodu). Dwie pierwsze są na etapie eksperymentalnym, prowadzone są badania dotyczące ich skuteczności i realności wykonania. Dlatego też w chwili obecnej – zarówno genetycy, jak i perinatolodzy, neonatolodzy i pediatrzy – największą wagę przywiązują do diagnostyki postimplantacyjnej.⁷

Metody składające się na diagnostykę prenatalną można podzielić na dwie grupy. „Kryterium podziału stanowi ingerencja w worek owodniowy, w którym dziecko przebywa oraz ryzyko dla jego zdrowia lub życia, wynikające z zastosowania poszczególnych metod”.⁸ Do pierwszej grupy zalicza się nieinwazyjne badania przesiewowe, których celem jest wyodrębnienie z grupy niskiego ryzyka ciężarnych z podwyższonym ryzykiem wystąpienia wad rozwojowych płodu. Są to: metody obrazowe (diagnostyka ultrasonograficzna, radiografia), określenia stężenia AFP w surowicy matki (test potrójny), izolacja komórek płodu z krwi matki. Do drugiej grupy należą metody diagnostyki inwazyjnej: biopsja kosmówki, amniopunkcja, kordocenteza, embrio-fetoskopia, biopsja tkanek płodu (skóry, mięśni, wątroby). „Do grupy zasadniczych badań prenatalnych należy cytogenetyka – dział medycyny prenatalnej zajmujący się badaniem chromosomów⁹; w okresie przedurodzeniowym do badania chromosomów używa się endometrium¹⁰, kosmówki lub komórek z płynu owodniowego, czyli

⁷ J. J. Pietrzyk, *Nowe perspektywy profilaktyki i leczenia chorób dziedzicznych i wad u płodu*, supl. 1: Międzynarodowa Konferencja „Postępy w neonatologii”, „Przegląd Lekarski”, (2002), nr 59, s. 2.

⁸ D. Kornas-Biela, *Diagnostyka prenatalna*, w: *Encyklopedia Bioetyki*, A. Muszala (red.), Radom 2005, s. 98.

⁹ Chromosom jest to struktura związana z dziedzicznością. Powstaje w jądrze komórkowym z chromatyny (czyli z DNA, które jest nośnikiem informacji genetycznej i z białek).

¹⁰ Endometrium jest to błona wyściełająca ściany macicy, w której dochodzi do implantacji, czyli zagnieżdżenia się zarodka.

materiału biologicznego mającego taką samą strukturę genetyczną co nie narodzony człowiek, ale nie będącego fragmentami jego ciała”¹¹.

b. Historyczny rozwój diagnostyki prenatalnej

Początki diagnostyki prenatalnej sięgają lat pięćdziesiątych XX wieku. Po raz pierwszy próbkę płynu owodniowego pobrał od ciężarnej Bevis w celu oceny stanu płodu. Po nim – w 1960 roku – Riis i Fuchs przy pomocy komórek płynu owodniowego określili płeć poczętego dziecka w celu zdiagnozowania schorzeń dziedzicznych, pozostających w sprzężeniu z płcią dziecka. „Badania te rozwinęły się na świecie w ciągu trzech ostatnich dziesięcioleci; w Polsce prowadzi się je już od blisko 20 lat”¹². Diagnostyka prenatalna świadczy o niezwykłym wręcz postępie, jaki dokonuje się w medycynie, a zwłaszcza w genetyce człowieka. Już w roku 1966 można było badać chromosomy płodu, pochodzące z płynu owodniowego. Zaledwie kilka lat później zaczęto rozpoznawać defekty płodu uwarunkowane metabolicznie¹³: mukopolisacharydozę, glikogenozę czy chorobę Pompego. Z kolei postępy w badaniach molekularnych, zwłaszcza sukces, jakim była analiza DNA, przyniosły nowe możliwości klonowania¹⁴ genów¹⁵ chorób uwarunkowanych genetycznie: mukowiscydozy¹⁶,

¹¹ J. Umiastowski, *Medycyna prenatalna*, w: A. Muszala (red.), *Encyklopedia Bioetyki*, Radom 2005, s. 299.

¹² J. Zaremba, *Diagnostyka prenatalna*, „Kosmos”, 43 (1994), nr 3-4, s. 363.

¹³ Są to choroby, które powstały w wyniku braku aktywnego enzymu, co powoduje obecność nieprawidłowych produktów, których nie powinno być.

¹⁴ Klonowanie jest to tworzenie in vitro komórek lub organizmów identycznych pod względem genetycznym z komórka, od której pochodzą.

¹⁵ Gen jest to podstawowa jednostka dziedziczenia, fragment DNA.

¹⁶ Mukowiscydoza jest to choroba powodująca zmiany w trzustce i płucach, zaburzająca prawidłowy rozwój chorego dziecka. Jest jedną z najczęściej występujących w populacji europejskiej, chorobą genetyczną. Szacuje się, że jedno dziecko na 2000 urodzeń jest dotknięte tą chorobą. Za: J. Bal,

dystrofii mięśniowej Duchenne'a (zaniku mięśni) oraz zespołu krucho chromosomu X.

W latach siedemdziesiątych rozpoczęła się ultrasonograficzna diagnostyka otwartych wad cewy nerwowej, serca, twarzoczaszki i kończyn, a także aberracji chromosomowych płodu¹⁷ (w przypadku wystąpienia zespołu Turnera¹⁸, Downa¹⁹, Edwardsa²⁰ występuje obrzęk płodu widoczny podczas badania USG).

Początkowo materiałem w badaniach prenatalnych był płyn owodniowy i znajdujące się w nim komórki płodowe z przewodu pokarmowego i moczowego²¹. Później jednak – w latach osiemdziesiątych – zaczęto też do badań prenatalnych używać komórek pochodzących z kosmówki. Tego typu eksperymenty przeprowadzano na przełomie

T. Mazurczak, *Metody analizy DNA – nowe możliwości diagnostyczne w mukowiscydozie*, „Pediatria Polska”, 66 (1991), nr 7-8, s. 111.

¹⁷ Aberracja chromosomowa związana jest z wystąpieniem nieprawidłowej liczby lub struktury chromosomów.

¹⁸ Zespół Turnera występuje u dziewcząt, wiąże się z obecnością dodatkowego chromosomu X. Jednym z objawów jest bezpłodność. Choroba ta powoduje zmiany w psychice dziewczynki, która jest niezwykle „kobieca”.

¹⁹ Zespół Downa zwany też mongolizmem powstaje w wyniku aberracji chromosomowej, tzw. trisomii 21. pary chromosomów (zamiast pary są trzy chromosomy). Objawy: niedorozwój umysłowy w różnym stopniu, szeroka twarz z szeroko rozstawionymi oczami, mongolska fałda powiekowa, tzw. „małpia bruzda na dłoniach, różnego rodzaju wady serca, obniżona odporność.

²⁰ Zespół Edwardsa – aberracja 18. pary chromosomów powoduje wady serca i nerek oraz głębokie opóźnienie rozwoju, zahamowanie wzrostu wewnątrzmacicznego, wady ośrodkowego układu nerwowego, wady przewodu pokarmowego, anomalie pępowiny. Prowadzi do śmierci w ciągu 1. miesiąca po urodzeniu, najdalej w ciągu 1. roku. Za: P. Kaczmarek, A. Krasoń, K. Janiak, G. Nowicki, E. Czichos, M. Respondek-Liberska, *Przydatność badania echokardiograficznego i poszerzonej sonografii w diagnostyce prenatalnej zespołu Edwardsa w materiale Zakładu Diagnostyki Wad Wrodzonych ICZMP (analiza 30 przypadków)*, „Ginekologia Polska”, 73 (2002), nr 7, s. 602.

²¹ J. Nowak, *Genetyka w medycynie*, „Kosmos”, 43 (1994), nr 3-4, s. 348.

lat sześćdziesiątych i siedemdziesiątych, zaś pierwszym krajem, który zaczął praktykować pobieranie komórek kosmówki do badań, były Chiny, gdzie komórek tych używano do określenia płci dziecka²².

W Polsce, jak dotąd, badania prenatalne wykonuje się tylko w nielicznych ośrodkach i na bardzo małą skalę²³. Początkowo zaczęto je wykonywać w Zakładzie Genetyki w Warszawie przy współdziałaniu Centrum Zdrowia Dziecka. Jednym z pierwszych Polaków, który przeprowadzał badania prenatalne, był – dziś już nieżyjący – profesor Lucjan Wiśniewski. Łącznie w okresie dziewięciu lat (1985-1994) w warszawskim Zakładzie Genetyki w Instytucie Psychiatrii i Neurologii przeprowadzono 2241 badań prenatalnych. Tylko w 1997 wykonano tam 663 badania prenatalne, które u 33 poczętych dzieci stwierdziły zmiany patologiczne (27 kobiet zdecydowało się wówczas przerwać ciążę). W Polsce zdecydowanie lepszy dostęp do diagnostyki prenatalnej mają kobiety ciężarne mieszkające w większych miastach. Jednocześnie wśród kobiet ze średnim lub wyższym wykształceniem można stwierdzić większą świadomość ryzyka urodzenia dziecka chorego. Narodowy Fundusz Zdrowia refunduje badania prenatalne przeprowadzane ze wskazaniem lekarskim. Od 1997 roku w Katedrze i zakładzie Genetyki Medycznej AM w Poznaniu prowadzony jest rejestr wrodzonych wad rozwojowych, co pozwala stwierdzić, ile dzieci obciążonych wadą genetyczną przychodzi na świat w Polsce i ile z tych dzieci udaje się z tych wad wyleczyć.

c. Wskazania do przeprowadzenia badań prenatalnych

Diagnostyka jest wskazana u 8% kobiet ciężarnych²⁴. Z uwagi na fakt, że pozwala ona na wykrycie wad rozwojowych i chorób uwarunkowanych dziedziczeniem, zaleca się jej wykonanie głównie

²² J. Zaremba, *Diagnostyka prenatalna*, „Kosmos”, 43 (1994), nr 3-4, s. 363-364.

²³ J. Zaremba, *Diagnostyka prenatalna*, „Kosmos”, 43 (1994), nr 3-4, s. 368.

²⁴ W. W. Beck, *Położnictwo i ginekologia*, Wrocław 1995, s. 145.

tam, gdzie istnieje zwiększone ryzyko wystąpienia tych powikłań²⁵. Głównym wskazaniem do przeprowadzenia badań prenatalnych jest nosicielstwo przez jednego lub oboje rodziców aberracji chromosomalnych, które mogą się ujawnić u ich dziecka²⁶. To samo dotyczy sytuacji, gdy rodzice oczekujący dziecka posiadają już starsze dziecko bądź więcej dzieci z rozpoznanymi zaburzeniami chromosomalnymi, np. z zespołem Downa, gdyż ryzyko wystąpienia tego zaburzenia u kolejnego dziecka wynosi 1-5%. Podobnie dzieje się, gdy istnieje ryzyko wystąpienia choroby sprzężonej z płcią (np. hemofilii, która objawia się wydłużonym czasem krzepnięcia krwi) lub choroby zależnej od mutacji pojedynczych genów (fenyloketonurii²⁷ lub mukowiscydozy). Kolejnym wskazaniem do przeprowadzenia badań prenatalnych jest posiadanie dziecka lub więcej dzieci z wadą rozwojową ośrodkowego układu nerwowego²⁸, np. z wadą otwartej cewy nerwowej (przy jednym dziecku ryzyko wynosi 5%, przy dwojce chorych dzieci – 10%, przy trójce aż 21%) lub gdy któregoś z rodziców jest obciążone taką wadą (jeżeli jedno z rodziców ma taką wadę, ryzyko wystąpienia jej u dziecka wynosi 5%, gdy oboje rodzice – 20%). Uważa się, że im starsza matka oczekująca dziecka, tym większe jest ryzyko wystąpienia wad chromosomalnych u jej dziecka.²⁹ I tak u kobiet przed 35. rokiem życia ryzyko urodzenia dziecka

²⁵ P. Kądziołka, *Genetyka w położnictwie*, w: T. Pisarki (red.), *Położnictwo i ginekologia*, Warszawa 2001, s. 17.

²⁶ Chodzi tu np. o inwersję chromosomalną, która polega na tym, że jakiś fragment chromosomu oddzielił się od reszty, a następnie został ponownie wbudowany między pęknięciami, ale w odwróconej pozycji. Jeżeli jedno z rodziców wykazuje taką wadę, dziecko może ulec poronieniu we wczesnej ciąży, ale może też urodzić się w normalnym terminie. Za: W.W. Beck, *Położnictwo i ginekologia*, Wrocław 1995, s. 146.

²⁷ Fenyloketonuria powoduje dysfunkcje mózgu i poważne upośledzenie umysłowe.

²⁸ Ośrodkowy układ nerwowy obejmuje mózg i rdzeń kręgowy.

²⁹ Czasem wśród wskazań do diagnostyki prenatalnej spotkać można również przekroczonej przez ojca 55. rok życia.

z taką wadą wynosi 1,5%, zaś z trisomią 1 na 700 urodzeń. U kobiet po 35. roku życia ryzyko trisomii wynosi 1 na 350 urodzeń, a po 45 roku życia – 1 na 40 urodzeń. Wskazaniem do badań prenatalnych jest również nieprawidłowe stężenie AFP, hCG i E₂ w surowicy krwi matki³⁰, a także wykrycie przy pomocy USG zmian, które mogą nasuwać lekarzowi podejrzenie aberracji chromosomowych płodu³¹. Czasem badanie prenatalne wykonuje się u kobiet cierpiących na nerwicę lękową, co pozwala je uwolnić od lęków, tak bardzo niebezpiecznych dla poczętego dziecka. Niektórzy lekarze kierują ciężarną na badanie prenatalne, gdy zaobserwują, że jest ona wystawiona na szkodliwe działanie teratogenów, czyli substancji, które mogą zaburzać prawidłowy rozwój płodu (zakażenia matki, alkohol, narkotyki, promieniowanie jonizujące, leki). „Diagnostyka prenatalna wykonywana jest także w przypadku poronienia ‘nawykowego’. Istnieją liczne przyczyny poronień, m.in.: genetyczne, immunologiczne, anatomiczne, hormonalne. W przypadku ciąży u kobiety, u której wcześniej wystąpiło poronienie, należy na drodze badań prenatalnych starać się rozpoznać przyczynę poronienia w celu zastosowania odpowiedniej terapii prenatalnej³². Diagnostyka prenatalna jest wykonywana ponadto w ciąży ektopowej (ciąży z pozamacicznym usytuowaniem płodu), w przypadku nieprawidłowej pozycji płodu lub łożyska, w przypadku ciąży u chorej kobiety – chodzi tu szczególnie o takie schorzenia ciężarnej, jak: choroby układu sercowo-naczyniowego, układu moczowego, wątroby, układu krwiotwórczego, gruczołów dokrewnych,

³⁰ P. Kądziołka, *Genetyka w położnictwie*, w: T. Pisarki (red.), *Położnictwo i ginekologia*, Warszawa 2001, s. 17.

³¹ J. Zaremba, *Diagnostyka prenatalna*, „Kosmos”, 43 (1994), nr 3-4, s. 366.

³² „Terapia prenatalna obejmuje najpierw różne działania farmakologiczne (...), unikając jednak stosowania środków teratogennych (...) Ponadto zalicza się tu także działania zabiegowe (szeroka gama terapii inwazyjnych i operacyjnych, w tym operacje dotyczące płodu, łożyska i naczyń krwionośnych płodowych)”. Za: J. Umiasowski, *Medycyna prenatalna*, w: A. Muszala (red.), *Encyklopedia Bioetyki*, Radom 2005, s. 300.

nowotwory, rumień guzowaty, cukrzycę (...)”³³. „Biorąc pod uwagę wszystkie wskazania do badań prenatalnych łącznie, chorobę lub wadę płodu rozpoznaje się tylko w 3% do 4% przypadków. Pozostałe 96%-97% kobiet dowiaduje się natomiast o prawidłowym wyniku badania i decyduje się na urodzenie dziecka”³⁴.

Badania prenatalne - wskazania i wyniki²				
Wskazania	Ciężę diagnozowane		Ciężę patologiczne liczba	
	liczba.....%%	%
Wiek > 35 lat	1894	76,6	38	2,01
Poprzednie urodzenie dziecka z aberracją chromosomową	148	6,0	4	2,70
Translokacja w rodzinie	24	1,0	1	4,4
Poprzednie urodzenie dziecka z wocn*	186	7,5	1	0,54
Poprzednie urodzenie dziecka z chorobą recesywną autosomową	15	0,6	6	40,0
Poprzednie urodzenie dziecka z chorobą sprzężoną z chromosomem X	13	0,5	3	23,8
Inne**	119	4,8	3	3,19
Więcej niż 1 wskazanie***	74	3,0	4	5,41
Łącznie	2473	100	60	2,43
* – wocn – wada otwartej cewy nerwowej ** – w większości lęk o dużym nasileniu *** – najczęściej wiek matki i poprzednie urodzenie dziecka z aberracją chromosomową (31 przypadków) lub z wadą otwartej cewy nerwowej (19 przypadków).				

³³ J. Umiastowski, *Medycyna prenatalna*, w: A. Muszala, *Encyklopedia Bioetyki*, Radom 2005, s. 300.

³⁴ J. Zaremba, *Diagnostyka prenatalna*, „Kosmos”, 43 (1994), nr 3-4, s. 368.

d. Metody inwazyjne

Amniopunkcja klasyczna (AC) – inaczej zwana amniocentezą (AMC)³⁵ – jest to „nakłucie jamy owodni³⁶ pod kontrolą ultrasonograficzną, najczęściej przez brzuch matki, w 15.-16. tygodniu ciąży”³⁷. W tym czasie w worku owodniowym znajduje się 180 ml płynu owodniowego³⁸, z którego pobiera się 10 ml. Zawarte w nim komórki płodowe hoduje się celem wykonania analizy chromosomów. W drugiej kolejności pobiera się 5 ml płynu owodniowego, który przeznaczona się do badań biochemicznych. W przypadku kobiet RhD-ujemnych po amniopunkcji podaje się immunoglobulinę anti-D. Wyróżnia się też amniopunkcję wczesną, którą przeprowadza się między 10. a 15. tygodniem ciąży³⁹. Wydaje się, że im wcześniej przeprowadzi się to badanie, tym częstsze jest występowanie powikłań. Do najczęstszych z nich należą poronienia (1% po amniopunkcji w 16. tygodniu ciąży), rzadziej występuje pęknięcie błon płodowych i odpływ płynu owodniowego⁴⁰ (w większości przypadków ma to

³⁵ J. Zaremba, *Diagnostyka prenatalna*, „Kosmos”, 43 (1994), nr 3-4, s. 364.

³⁶ Jama owodni – jest to przestrzeń otoczona dwoma błonami: zewnętrzną – kosmówką i wewnętrzną – owodnią, które wytwarzają płyn owodniowy.

³⁷ J. W. Dudenhausen, W. Pschyrembel, *Położnictwo praktyczne i operacje położnicze*, Warszawa 2003, s. 59.

³⁸ Płyn owodniowy – ciecz, w której porusza się i rozwija dziecko w okresie prenatalnym. Ma za zadanie ochronę płodu przed uszkodzeniami mechanicznymi, wysychaniem i wahaniami temperatury oraz transportowanie i wymianę substancji i produktów przemiany materii.

³⁹ P. Kądziołka, *Genetyka w położnictwie*, w: T. Pisarski (red.), *Położnictwo i ginekologia*, Warszawa 2001, s. 18.

⁴⁰ Stwarza to większe ryzyko przedwczesnego porodu, dlatego też pacjentki, u których przedwcześnie pękły błony płodowe, wymagają stałego nadzoru. Niekiedy również przeprowadza się u nich amniofuzję, czyli uzupełnienie płynu owodniowego. Za: T. Pisarski, T. Urbaniak, *Płyn owodniowy*, w: T. Pisarski (red.), *Położnictwo i ginekologia*, dz. cyt., s. 384.

charakter wyłącznie przejściowy i nie kończy się utratą ciąży)⁴¹, poród przedwczesny, krótkotrwałe krwawienia z miejsca nakłucia cienką igłą, niemożność pobrania płynu lub pobranie płynu krwistego, immunizacja ciężarnej Rh+, nakłucie płodu, nakłucie chybione, infekcja jaja płodowego oraz zakażenia. Amniopunkcja pomaga określić wiek ciąży i dojrzałość płodu⁴². Amniopunkcja „była najstarszą metodą uzyskania dostępu do środowiska wewnątrzmacicznego płodu. Po raz pierwszy zastosował ją Schatz w roku 1882. (...) W latach siedemdziesiątych (...) stała się najbardziej rozpowszechnioną inwazyjną metodą diagnostyki przedurodzeniowej chorób genetycznie uwarunkowanych. (...) Na podstawie licznych publikowanych wyników badań oraz dwudziestoletnich doświadczeń Instytutu Matki i Dziecka można uznać ją za metodę łączącą w sobie zalety wysokiej skuteczności mierzonej częstością udanych pobrań i uzyskiwania wyników badania cytogenetycznego oraz niskiego ryzyka dla matki i płodu”⁴³. Przy pomocy amniopunkcji można m. in. wykryć u nie narodzonego jeszcze dziecka zespół Downa, czyli trisomię 21. pary chromosomów. Jest to najczęściej występująca nieprawidłowość cytogenetyczna. 95% dzieci urodzonych z zespołem Downa ma dodatkowy chromosom. Chorzy mogą żyć nawet do 50 lat. Obecność zespołu Downa wiąże się nieodzownie z upośledzeniem umysłowym, a co za tym idzie – niskim ilorazem inteligencji (IQ wynosi od 25 do 60). Około połowa chorych ma wadę serca. Wykonanie w 16. tygodniu ciąży testu potrójnego obrazowania (*the triple screen blood test*) – polegającego na zmierzeniu stężenia α -fetoproteiny (AFP), astrilu i gonadotropiny kosmówkowej (HCG) – pozwala wykryć około 60% przypadków zespołu Downa, a także pozwala określić konieczność ewentualnej diagnostyki z wykonaniem amniocentezy, jeżeli tylko ciężarna jest w grupie ryzyka

⁴¹ P. Żoźnierczyk, *Inwazyjne metody diagnostyki prenatalnej*, „Medycyna Wieku Rozwojowego”, 1 (1997), nr 4, s. 617.

⁴² W. W. Beck, *Położnictwo i ginekologia*, Wrocław 1995, s. 60.

⁴³ P. Żoźnierczyk, *Inwazyjne metody diagnostyki prenatalnej*, „Medycyna Wieku Rozwojowego”, 1 (1997), nr 4, s. 600.

wystąpienia zespołu Downa u dziecka⁴⁴. Amniopunkcja pozwala też wykryć wady cewy nerwowej, wynikające z „wielogenowych i wieloczynnikowych zaburzeń wrodzonych”⁴⁵. Na tysiąc żywych urodzeń przypada jedno lub dwoje dzieci z takimi wadami. W USA każdego roku rodzi się około 6000 dzieci z uszkodzoną cewą nerwową. Najczęstsze występowanie wad cewy nerwowej odnotowuje się w Irlandii, gdzie wynosi 9,7‰, zaś najniższe w Japonii – 10 razy mniejsze. Amniocenteza pozwala również na wykrycie wrodzonych defektów metabolicznych, które są spowodowane zaburzeniami w funkcjonowaniu białek, cukrów i tłuszczów. Są to defekty zazwyczaj sprzężone z płcią, powodujące upośledzenie umysłowe, niesprawność, a czasem nawet prowadzące do śmierci w okresie dzieciństwa. Wśród tych chorób wymienia się chorobę Taya-Sachsa⁴⁶, której występowanie w populacji wynosi 1/3600, zaś najwyższe jest wśród Żydów aszkenazyjskich – około 1/30; zespół Lescha-Nyhana, który charakteryzuje się bardzo agresywnymi zachowaniami pacjenta, prowadzącymi niekiedy nawet do samookaleczeń; dystrofię mięśniową Duchenne’a, która prowadzi do śmierci pacjentów przed ukończeniem pełnoletności⁴⁷.

Badanie krwi płodu można przeprowadzić na dwa sposoby. Pierwszym jest **przezskórne pobranie krwi pępowinowej** (*percutaneous umbilical blood sampling* – PUBS), zwane też kordocentezą. Polega na pobraniu krwi pępowinowej „przez nakłucie przyczepu łożyskowego pępowiny; umożliwia (...) wykonanie bezpośredniej transfuzji dopłodowej”⁴⁸. Zabieg ten można wykonać po 18. tygodniu

⁴⁴ W. W. Beck, *Położnictwo i ginekologia*, dz. cyt., s. 147.

⁴⁵ Tamże.

⁴⁶ Choroba Tay-Sachsa spowodowana jest brakiem enzymu rozkładającego szkodliwe substancje tłuszczowe, których nadmiar gromadzi się w komórkach nerwowych.

⁴⁷ W. W. Beck, *Położnictwo i ginekologia*, Wrocław 1995, s. 148-149.

⁴⁸ P. Kądziołka, *Genetyka w położnictwie*, w: T. Pisarski (red.), *Położnictwo i ginekologia*, Warszawa 2001, s. 19.

ciąży. Miejsce pobrania krwi wybiera się pod kontrolą badania USG, zaś głównym ryzykiem zabiegu jest krwawienie z miejsca nakłucia. Pobraną w ten sposób próbkę można wykorzystać m. in. do określenia grupy krwi dziecka, analizy chromosomowej i innych celów. Kordocenteza jest dla ginekologa zabiegiem trudniejszym do wykonania niż biopsja trofoblastu lub amniopunkcja, wymaga większego doświadczenia od lekarza. Wynik badania można otrzymać w ciągu 7-10 dni. Drugim sposobem jest **fetoskopia**, która pozwala uwidocznnić płód i środowisko wewnątrzmaciczne. Zabieg przeprowadza się pomiędzy 18. a 20. tygodniem ciąży. Jest to bardzo inwazyjna metoda, której przeprowadzenie prowadzi do utraty aż 12% ciąży. Jednak badanie to pozwala pobrać krew z pępowiny i z płyty kosmkowej, dzięki czemu można zdiagnozować m. in. talasemię⁴⁹, niedokrwistość sierpowatą, chorobę von Willebranda i zespoły niedoborów odporności, oraz pozwala też uwidocznnić wystąpienie dodatkowych palców lub dużych rozszczepów. Biopsja skóry płodu jest wykonywana w celu rozpoznania rybiej łuski i dystrofii mięśniowej. Z uwagi na dużą inwazyjność badania i duże ryzyko powikłań, wymaga się również dużego doświadczenia od lekarza przeprowadzającego zabieg oraz przeprowadzania badania wyłącznie w dużych ośrodkach, które w razie potrzeby będą mogły zapewnić pacjentce dobrą opiekę⁵⁰. Obecnie fetoskopia została wyparta przez ultrasonografię oraz „udoskonalenie technik nakłuwania i biopsji elementów jaja płodowego”⁵¹. Niektórzy specjaliści twierdzą jednak, że w przyszłości badanie to może być wykorzystywane przy leczeniu wad rozwojowych⁵².

⁴⁹ Talasemia jest to choroba dziedziczna, która polega na zmianie budowy hemoglobiny, prowadzi do anemii a w rezultacie do śmierci. Można ją leczyć przy pomocy regularnych transfuzji krwi i zastrzyków dożylnych, jednak nie daje to wielkich szans na przeżycie.

⁵⁰ W. W. Beck, *Położnictwo i ginekologia*, Wrocław 1995, s. 150, 153.

⁵¹ T. Urbaniak, T. Pisarski, Fetoskopia, w: T. Pisarski (red.), *Położnictwo i ginekologia*, Warszawa 2001, s. 195.

⁵² D. Kornas-Biela, *Diagnostyka prenatalna*, w: A. Muszala (red.), *Encyklopedia Bioetyki*, Radom 2005, s. 100.

Biopsja kosmówkowa i trofoblastu⁵³ lub pobranie kosmka jest to badanie polegające na pobraniu „kosmków łożyskowych (CVS – *chorionic villus sampling*) pod kontrolą ultrasonograficzną za pomocą endoskopu w 10.-12. tygodniu ciąży. Uzyskane komórki trofoblastu poddaje się badaniom cytogenetycznym, wykonuje się analizę DNA i badania biochemiczne”⁵⁴. Badanie można przeprowadzić na dwa sposoby. Pierwszego dokonuje się przez powłoki brzuszne (transabdominalnie) za pomocą igły do nakłuć rdzeniowych. „Wykonywana po 22-24 tygodniu ciąży nazywa się często biopsją łożyska”⁵⁵ lub placentocentezą (w tym przypadku ryzyko poronienia wynosi około 4%)⁵⁶. Przeprowadzenie zabiegu wiąże się z minimalnym dyskomfortem pacjentki, zaś konieczność powtórzenia badania występuje niezwykle rzadko. Drugi przeprowadza się przez szyjkę macicy (transcerwikalnie) za pomocą giętkiego cewnika, pomiędzy 8. a 12. tygodniem ciąży, przy pełnym pęcherzu moczowym ciężarnej. Do głównych zalet tej metody należy fakt, iż wyniki badania kariotypu z kosmków uzyskuje się bardzo szybko (po około 1-2 dobach), oraz istnieje możliwość wykonywania badania już w pierwszym trymestrze ciąży, co pozwala skrócić czas oczekiwania rodziców na badanie i jego wynik⁵⁷. Prawdopodobnie przeprowadzanie tego badania ma związek z wystąpieniem wad kończyn, co spowodowało

⁵³ Trofoblast – pierwszy w czasie ciąży rozwijający się zespół komórek, z których powstaje nabłonek kosmówki (płodowa część łożyska).

⁵⁴ J. W. Dudenhausen, W. Pschyrembel, *Położnictwo praktyczne i operacje położnicze*, Warszawa 2003, s. 59-60.

⁵⁵ P. Kądziołka, *Biopsja kosmówki*, w: T. Pisarski (red.), *Położnictwo i ginekologia*, dz. cyt., s. 193.

⁵⁶ D. Kornas-Bicla, *Diagnostyka prenatalna*, w: A. Muszala (red.), *Encyklopedia Bioetyki*, dz. cyt., s. 100.

⁵⁷ K. Jakubów, E. Bocian, *Diagnostyka prenatalna aberracji chromosomowych w I trymestrze ciąży – metody analizy cytogenetycznej trofoblastu*, „Ginekologia Polska”, 64 (1993), nr 4, s. 204.

zahamowanie upowszechniania się tej metody⁵⁸. Ryzyko poronienia jest podobne jak w przypadku amniopunkcji. Choć pęcherz płodowy zostaje nienaruszony, jednak istnieje możliwość powikłań w postaci krwawienia z miejsca biopsji, uszkodzenia błon płodowych oraz różnego rodzaju powikłań infekcyjnych. Badanie to jest przydatne w ocenie płci dziecka oraz w diagnostyce niektórych patologii, np. niedokrwistości sierpowatej⁵⁹. „W 180 ośrodkach genetyki medycznej na świecie wykonano dotychczas około 67 000 badań diagnostycznych z zastosowaniem tej metody. Dokonano analizy wyników tych badań oraz oceny skuteczności, wiarygodności i bezpieczeństwa stosowanej metody diagnostycznej. Pozwala ona stwierdzić, że w przodujących ośrodkach medycznych przesunięcie czasu diagnostyki prenatalnej aberracji chromosomowych z II do I trymestru ciąży stało się faktem”⁶⁰.

e. Metody nieinwazyjne

Pierwszą z metod nieinwazyjnych diagnostyki prenatalnej jest **ultrasonografia**. Przetwornik nadaje ultradźwięki o częstotliwości 3,5 lub 5 MHz (przekraczającej zakres słyszalności ucha ludzkiego), które przechodzą przez ciało i odbijają się od ścianek naczyń i narządów⁶¹, a następnie powracają do przetwornika, po czym amplituda ul-

⁵⁸ Np. anomalie palców przy przeprowadzaniu badania przed 9. tygodniem ciąży lub przy uszkodzeniu łożyska. Za: W. W. Beck, *Położnictwo i ginekologia*, Wrocław 1995, s. 158.

⁵⁹ Tamże, s. 150.

⁶⁰ K. Jakubów, E. Bocian, *Diagnostyka prenatalna aberracji chromosomowych w I trymestrze ciąży – metody analizy cytogenetycznej trofoblastu*, dz. cyt., s. 204.

⁶¹ Brakiem tej metody jest niemożliwość przechodzenia ultradźwięków przez narządy wypełnione gazem, dlatego też nie można stosować tej metody do badania upowietrzonych narządów: płuc i jelit. Za: M. Spaczyński, J. Brażert, *Ultrasonografia*, w: T. Pisarski (red.), *Położnictwo i ginekologia*, Warszawa 2001, s. 103.

tradźwiaków jest przedstawiana jako plamka, zaś kombinacja plamek daje przekrój lub tomogram ciała, co umożliwi wizualizację dziecka i powoduje, że wytwarzany obraz ma wygląd obrazu rzeczywistego przez cały czas badania. Odnacza się ona dużą pewnością wyników, niezależnie od tego, w jakim okresie ciąży zostanie wykonana⁶². Jak dotąd – prowadzone w ciągu 25 lat badania epidemiologiczne kobiet w ciąży – nie potwierdziły negatywnego wpływu ultrasonografii na matkę lub dziecko (nie wykryto związku stosowania USG z wystąpieniem wad wrodzonych, stanem płodu ocenianym w skali Apgar, masą urodzeniową dziecka lub wymiarami ciała, słuchem – badanie USG nie powoduje strat zdolności słyszenia przewodzeniowego i neurologicznego, zdolnością widzenia ostrości barw i ich rozróżniania, zachowaniem dziecka oraz czynnością układu nerwowego dzieci w wieku 7-12 lat). Istnieje jednak pewne ryzyko, iż USG powoduje wystąpienie jakiegoś zagrożenia, które nie zostało dotąd poznane. „Coraz więcej prac w literaturze zachodniej oraz badania Amerykańskiego Instytutu ds. Ultradźwięków sugerują ostrożność w stosowaniu USG, np. zlecenie takiej diagnozy tylko w uzasadnionych przypadkach, najlepiej po pierwszym trymestrze ciąży, minimalizowanie liczby badań oraz czasu ekspozycji na ultradźwięki, korzystanie ze sprzętu o najwyższej klasie i usług specjalisty. Wynika to z faktu, że wiedza na temat wszystkich, a zwłaszcza odległych (w kolejnych pokoleniach) następstw biologicznych ultradźwięków jest ciągle niekompletna (np. obserwuje się wzrost odsetka (...) dysleksji)”⁶³. Dlatego też, przeprowadzenie badania ultradźwiękami zaleca się w ściśle określonych sytuacjach^{64,65}. Wśród wskazań do wykonania badania

⁶² We wczesnej ciąży wykonuje się ultrasonografię dopochwową, która pozwala na wcześniejsze wykrycie struktur ciążowych i zapewnia pacjentce większą wygodę podczas badania.

⁶³ D. Kornas-Biela, *Diagnostyka prenatalna*, w: A. Muszala (red.), *Encyklopedia Bioetyki*, Radom 2005, s. 101.

⁶⁴ W. W. Beck, *Poloźnictwo i ginekologia*, Wrocław 1995, s. 156.

⁶⁵ W Polsce kobiety ciężarne, u których przeprowadza się badanie USG, zostają pisemnie poinformowane o tym, iż Polskie Towarzystwo Ginekolo-

USG wymienia się: określenie wieku ciąży⁶⁶ i wielkości płodu oraz lokalizacji łożyska i położenia, ułożenia i ustawienia płodu, diagnostykę ciąży mnogiej, określenie warunków do przeprowadzenia inwazyjnych metod diagnostyki prenatalnej⁶⁷, przede wszystkim zaś wykrywanie wrodzonych wad płodu. Wśród wrodzonych zaburzeń płodu, wykrywalnych za pomocą USG, wymienia się: nieprawidłowości ośrodkowego układu nerwowego (anencefalia⁶⁸, tarń dwudzielną, encefalocelę, wodogłowie⁶⁹, mikrocefalia, iniencefalia), nieprawidłowości przewodu pokarmowego (wodobrzusze, zarośnięcie dwunastnicy, przepuklina przeponowa⁷⁰, defekty ściany jamy brzusznej), wady nerek (agenezja nerek⁷¹, wodonercze, nerki wielotorbielowate), nieprawidłowości układu sercowo-płucnego (wysięk w jamie

giczne zaleca wykonanie tego badania w prawidłowej ciąży trzy razy: w 11-14 tyg., 18-22 tyg., i po 30. tygodniu ciąży, natomiast optymalnym okresem dla wykrywania wad wrodzonych przy pomocy USG jest przedział między 18. a 24. tygodniem ciąży. Pacjentki otrzymują również informację o tym, że badanie to nie zapewnia wykrywalności wszelkich wad wrodzonych płodu, gdyż niektóre wady mogą nie zostać wykryte w okresie życia płodowego, inne zaś ujawniają się dopiero po urodzeniu.

⁶⁶ Stosuje się u kobiet, które albo nie są pewne daty poczęcia, albo należą do grupy wysokiego ryzyka (z powodu zagrożenia powtórным cięciem cesarskim, komplikacjami związanymi z cukrzycą, wadą nerek lub nadciśnieniem, a także ciążą pozamaciczną).

⁶⁷ M. Spaczyński, J. Brązert, *Ultrasonografia*, w: T. Pisarski (red.), *Położnictwo i ginekologia*, Warszawa 2001, s. 106.

⁶⁸ Anencefalia, czyli bezmózgowie jest to bardzo ciężką chorobą, polegającą na braku mózgu lub znacznej jego części. Towarzyszą temu anomalie kości czaszki. Występuje raz na tysiąc urodzeń, zaś największy odsetek odnotowuje się w Irlandii. Jest wadą śmiertelną – większość płodów bez mózgu umiera przed urodzeniem. Za: J. Gadzinowski, Z. N. Brzózny, *Bezmózgowie*, w: A. Muszala (red.), *Encyklopedia Bioetyki*, dz. cyt., s. 47.

⁶⁹ Rzadko diagnozowane przed 18. tygodniem ciąży.

⁷⁰ Prowadzi do wysokiej śmiertelności noworodków z powodu słabego rozwoju płuc (jelita płodu są obecne w klatce piersiowej).

⁷¹ Zmniejszone wytwarzanie i wydzielanie moczu.

opłucnej, anatomiczne wady serca, torbiele klatki piersiowej), wady wieloukładowe (wodniak torbielowaty, zroślaki, fokomelia, wrodzona limfangiektazja)⁷². Dzięki możliwości wykrycia niektórych wad wrodzonych jeszcze w okresie życia prenatalnego dziecka, stosuje się w niektórych przypadkach leczenie wad wrodzonych przed urodzeniem, np. niedrożność cewki moczowej płodu, wrodzona przepuklina przeponowa i guzy płodu mogą być leczone za pomocą zabiegów chirurgicznych w macicy. „Czasami badanie ultrasonograficzne jest przeprowadzane w celu uspokojenia matki i wzmocnienia więzi rodziców z nie narodzonym dzieckiem”⁷³. USG jest nieodzownym narzędziem wizualizacji przy wykonywaniu badań wysokiego ryzyka: amniopunkcji, biopsji kosmówki, pobierania krwi pępowinowej przez skórę, transfuzji wewnątrzmacicznej i innych. „Dzięki połączeniu USG z układem kolorowego i pulsacyjnego Dopplera możliwe jest badanie czynności serca, monitorowanie przepływu krwi w naczyniach pępowiny i dziecka”⁷⁴.

W latach 70-tych zaczęto przeprowadzać nieinwazyjne badanie, które polegało na **pomiarze stężenia AFP** (alfa-fetoproteiny) w surowicy krwi matki pomiędzy 16. a 18. tygodniem ciąży. Metoda ta służyła do rozpoznawania wady otwartej cewy nerwowej (o wystąpieniu takiej wady świadczył podwyższony poziom AFP). W przypadku pozytywnego wyniku, wykonywano amniocentezę i badanie ultrasonograficzne, dzięki czemu w efekcie doprowadzono do redukcji urodzeń dzieci z taką wadą, np. w Szkocji odnotowano spadek o 72% do 83%⁷⁵. W następnym dziesięcioleciu odkryto, że z kolei obniżony poziom AFP może świadczyć o zespole Downa u dziecka. To odkrycie zwiększyło wykrywalność aberracji chromosomowych o 60%. Ocena poziomu alfa-fetoproteiny wchodzi w skład tzw. **testu potrójnego**, w którym mierzy się również poziom dwóch innych

⁷² W. W. Beck, *Położnictwo i ginekologia*, Wrocław 1995, s. 145-146.

⁷³ Tamże, s. 158.

⁷⁴ D. Kornas-Biela, *Diagnostyka prenatalna*, w: *Encyklopedia Bioetyki*, A. Muszala (red.), Radom 2005, s. 99.

⁷⁵ J. Zaremba, *Diagnostyka prenatalna*, „Kosmos”, 43 (1994), nr 3-4, s. 368.

hormonów: astradiolu (uE3) i horigonadotropiny (beta-hCG)⁷⁶. Specjalny program komputerowy analizuje ich poziom w korelacji z wiekiem kobiety ciężarnej. Choć wykonywanie testu potrójnego pozwala na wykrycie chorób wrodzonych, np. zespołu Downa, badanie to jest dosyć kosztowne (rzędu kilkuset złotych), jednak u kobiet ze wskazaniami lekarskimi przeprowadza się je bezpłatnie. Uważa się, że badanie surowicy krwi matki nie niesie żadnych powikłań medycznych.

Radiografia jest nieinwazyjnym badaniem prenatalnym wykonywanym ok. 20. tyg. ciąży. Pozwala zdiagnozować dysplazje szkieletowe. Dzisiaj została wyparta przez USG⁷⁷.

2. Status embrionu ludzkiego

a. Kryteria człowieczeństwa

„Przyjęcie takiego a nie innego statusu ontycznego embrionu nabiera zasadniczego znaczenia dla wyborów etycznych (...) W tej kwestii istnieją zasadnicze różnice przekonań, które nie korelują ściśle, jak się to czasem sugeruje, z religijnością lub jej brakiem. Cechą przekonań jest to, że nie można udowodnić ich słuszności, można je natomiast uzasadniać. Chociaż pojęcie ‘osoby’ należy do zakresu filozofii, to ma ono jednak odniesienie biologiczne, skoro przekłada się na zasady etyki lekarskiej mówiącej, czego z ciałem pacjenta nie wolno robić, aby nie naruszać jego godności”⁷⁸. Wyróżnia się następujące kryteria człowieczeństwa embrionu ludzkiego: od początku i od późniejszego etapu rozwoju. Do pierwszej kategorii zalicza się kryteria: od zapłodnienia, genetyczne (powstanie kodu genetycznego,

⁷⁶ Hormony te są to tzw. markery płodowe, czyli substancje pochodzące od dziecka.

⁷⁷ P. Kądziołka, *Genetyka w położnictwie*, w: T. Pisarski (red.), *Położnictwo i ginekologia*, Warszawa 2001, s. 18.

⁷⁸ A. Paszewski, *Sukcesy naukowe biologów a problemy etyczne*, „Postępy Mikrobiologii”, 39 (2000), s. 9.

wyznaczającego właściwości i cechy formującej się istoty), ciągłości szlaku rozwojowego istoty ludzkiej i genealogiczne (pochodzenie od rodziców, przynależność do gatunku ludzkiego). Druga grupa obejmuje kryteria rozwojowe biologiczne i psychologiczne (odrzucające na terenie embriologii i filozofii) oraz kryteria społeczne. Do biologicznych należą: formowanie się zygoty (21 godzin po zapłodnieniu), implantacja (14 dni po zapłodnieniu zaczyna formować się załazek układu nerwowego – tzw. „smuga pierwotna”, ang. *primitive streak*), kryterium neurologiczne (40 dni po zapłodnieniu zaczyna funkcjonować centralny układ nerwowy – CUN), zdolność do samodzielnego istnienia i narodziny. Psychologiczne to: świadome odczuwanie bólu lub dążenie do realizacji własnych interesów, świadomy kontakt poznawczo-wolitywny z otoczeniem, świadome wzięcie moralnej odpowiedzialności. Społeczne: akceptacja poczętego dziecka przez otoczenie, uznanie człowieczeństwa ze względów społecznych i materialnych⁷⁹.

„Poczynając od momentu zapłodnienia zarodek człowieka wykazuje podstawową cechę żywego organizmu, którą jest z góry określony, stały, zdeterminowany szlak rozwojowy”⁸⁰. Profesor W. Korohoda pisze: „organizm już w stadium zygoty (zapłodnionego jaja jest genetycznie zdeterminowany i stanowi odrębną jednostkę biologiczną. (...) Cechy fizyczne człowieka, takie jak budowa, rysy twarzy, kolor oczu i włosów, predyspozycje do chorób, ogólny charakter, wiele zdolności, np. muzyczne lub matematyczne, są już określone przez zespół genów zawarty w zygocie”⁸¹. O tym, że od początku mamy do czynienia z człowiekiem, świadczą: kod genetyczny, który deter-

⁷⁹ T. Biesaga, *Status embrionu ludzkiego – stanowisko personalizmu ontologicznego*, „Medycyna Praktyczna”, (2004), nr 7-8, s. 28.

⁸⁰ T. Styczeń, *Zarys etyki: metaetyka*, Lublin, 1974, s. 39-90. Za: T. Biesaga, *Status embrionu ludzkiego – stanowisko personalizmu ontologicznego*, dz. cyt., s. 28.

⁸¹ W Korohoda, *Czy inżynieria komórkowa stanowi zagrożenie*, „Polska Akademia Umiejętności. Prace Komisji Zagrożeń Cywilizacyjnych”, 3 (2000), s. 11.

minuje ukierunkowanie embrionu, zróżnicowanie chemiczne i biologiczne i pamięć immunologiczna.

Niektórzy uzasadniają status osobowy embrionu „w kontekście poczwórnego argumentu, którego elementami są: przynależność gatunkowa (kryterium genetyczne), kontynuacja rozwojowa, tożsamość i potencjalność embrionu ludzkiego (w literaturze określa się ów poczwórny argument skrótem SCIP, od ang.: *Species, Continuity, Identity, Potentiality*)”⁸².

Pierwsza część tego argumentu dotyczy faktu przynależności embrionu ludzkiego do gatunku *Homo sapiens* już od pierwszych chwil istnienia. Zatem *quod generatur ab homine homo est* – co jest zrodzone z człowieka, jest człowiekiem. Od poczęcia człowiek posiada ludzki zestaw chromosomów oraz genotyp, który jednak nie jest wspólny z matką, ale różni się od jej genotypu. Mimo, iż nie jest częścią organizmu matki i przez pewien czas jest nieodzownie z nią związany (odżywia się dzięki matce, dokonuje z nią wymiany materii), to jednak embrion nie jest pasożytem w jej ciele, ale sprawia, że przez pewien czas ciało mamy funkcjonuje właśnie dla dziecka. „Organizm matki stanowi inkubator zapewniający właściwe środowisko i odżywianie rozwijającemu się osobnikowi, (...) (który – przypis autora) nie jest częścią jej organizmu. Każda jego komórka różni się genetycznie od komórek matki często bardziej niż komórki jej rodzeństwa”⁸³. Skoro mama kiedyś była embrionem, to jej dziecko, które kiedyś urodzi się jako przedstawiciel tego samego gatunku, zasługuje na traktowanie jak każdy człowiek. Przeciwnicy uznania statusu embrionu ludzkiego uważają, że odwoływanie się do kryterium ciągłości gatunkowej jest swego rodzaju rasizmem gatunkowym (*speciesism* – „gatunkowizm”). Stoją na stanowisku, iż zdrowe zwierzęta przewyższają pod wieloma względami chorych ludzi, dlatego nie ma powodów, żeby

⁸² M. Machinek, *Embrion ludzki*, w: A. Muszala (red.), *Encyklopedia Bioetyki*, Radom 2005, s. 137.

⁸³ W Korohoda, *Czy inżynieria komórkowa stanowi zagrożenie*, „Polska Akademia Umiejętności. Prace Komisji Zagrożeń Cywilizacyjnych”, 3 (2000), s. 12.

wszystkich ludzi traktować jednakowo, ani tym bardziej jako gatunek lepszy od wielu gatunków zwierząt wyższych. Tymczasem przecież nawet między psychiką dziecka chorego a psychiką zwierzęcia istnieje olbrzymia różnica jakościowa. Człowiek, choćby upośledzony umysłowo, nigdy nie stanie się zwierzęciem, tak jak zwierzę nigdy nie będzie człowiekiem.

Argument z ciągłości czy kontynuacji rozwojowej dotyczy faktu, iż embrion, począwszy od zapłodnienia aż do porodu i nawet jeszcze później, wykazuje ciągły cykl rozwojowy. „Za początek życia (...) uważa się zapłodnienie komórki jajowej, a ontogenezę za proces ciągły”⁸⁴. Choć jest on stadialny i bardzo zróżnicowany w poszczególnych etapach, to jednak zmiany występujące w tym rozwoju nie są aż tak głębokie jakościowo, żeby można było manipulować przyznaniem statusu osoby dopiero od pewnego momentu życia prenatalnego. Od poczęcia każdy embrion ma ustalony swój własny program rozwojowy, który konsekwentnie realizuje. Kolejne stadia rozwoju nie są nową jakością, ale są zapoczątkowane w poprzedniej fazie. Nie jest logiczne mówienie o powstaniu człowieka w momencie pojawienia się np. mózgu, gdyż to nie obecność mózgu ludzkiego świadczy o istnieniu osoby, ale odwrotnie: istnienie osoby pozwala na ukształtowanie się i funkcjonowanie mózgu.

Argument z tożsamości mówi o tym, że człowiek przez całe życie jest jedną i tą samą – tożsamą – osobą. W trakcie życia postnatalnego przechodzi szereg zmian, zarówno fizycznych, jak i psychicznych, osobowościowych. Zmienia się jego fizjonomia, a więc wygląd, rysy twarzy, kształt i wielkość ciała. Zmienia się intelekt, czasem charakter, upodobania, przyzwyczajenia i wiele innych aspektów funkcjonowania człowieka. Mimo tych zmian nie mówimy, że ktoś był kimś innym w dzieciństwie, albo że będzie kimś innym w przyszłości. Nie ma zatem podstaw, aby uważać, iż człowiek w okresie prenatalnym jest najpierw kimś (albo co gorsza – czymś) a potem staje się inną osobą. Tożsamość osoby przejawia się we wszystkich stadiach jej

⁸⁴ Tamże, s. 11.

rozwoju. Przeciwnicy tego argumentu mają po swojej stronie dość mocny argument dotyczący podziału bliźniaczego embrionu. Ich zdaniem, skoro embrion ludzki we wczesnych stadiach rozwoju może podzielić się i utworzyć w ten sposób drugi embrion, to znaczy, że – choć mamy do czynienia z tożsamością genetyczną – nie możemy jeszcze mówić o tożsamości jednostkowej. Owszem, trudno mówić o osobie, która nagle się dzieli na dwie inne, co przeczy oczywiście pojęciu osoby, która jest ontologicznie jedna i niepodzielna. Ale podział bliźniaczy można zinterpretować inaczej. Jest to raczej oddzielenie się części komórek od embrionu, z których to komórek powstaje drugi embrion. Jego powstanie nie oznacza, że pierwszy embrion musi zginąć, ale mogą równocześnie egzystować obok siebie⁸⁵.

Argument z potencjalności dotyczy posiadania przez embrion ludzki *potentia subiectiva*, czyli możliwości uaktywnienia potencjału właściwego człowiekowi. Choć embrion nie wykazuje jeszcze wielu cech charakterystycznych wyłącznie człowiekowi, jak wolna wola, wyższe procesy myślowe, moralność, to jednak ma w sobie potencjał, który pozwoli mu w przyszłości na rozwinięcie tychże. Nie potrzeba tutaj ingerencji osób trzecich, ale jedynie czasu, by w odpowiednim momencie ujawniła się obecność tych zdolności w człowieku. Przeciwnicy tego argumentu nazywają embrion jedynie potencjalnym człowiekiem, nie jest to jednak słuszny pogląd, gdyż – jeśli by go uznać – trzeba by uznać również, że noworodki, chorzy ludzie, ludzie w śpiączce też nie są ludźmi aktualnymi, ale jedynie potencjalnymi.

Warto na koniec przytoczyć pokrótce, jak wygląda rozwój osobniczy organizmu człowieka, czyli jego ontogeneza, począwszy od poczęcia do urodzenia. Od zapłodnienia do zagnieżdżenia jaja w macicy mówi się o stadium zygoty. Po niej przychodzi faza embrionalna, która trwa do ósmego tygodnia ciąży, a następnie faza płodowa – która kończy się porodem. Przejścia pomiędzy poszczególnymi fazami są bardzo płynne i wyznaczone umownie. „Organogeneza (tworzenie

⁸⁵ Por. S. Ziemiański, *Jedna czy wiele dusz?*, „Forum Philosophicum”, T. 9 (2004), s. 73-90.

organów wewnętrznych i zewnętrznych) przebiega w pierwszych 12 tygodniach ciąży. Serce bije już w 4. tygodniu, mózg zaczyna się rozwijać w 6. tygodniu, w 10. tygodniu widoczne są już kończyny, oczy, uszy. W 12. tygodniu wszystkie organy wewnętrzne poza płucami działają, a dziecko jest w pełni ukształtowane. Przez resztę ciąży dalej dojrzewa i rośnie. W 20. tygodniu życia dziecko wykonuje ruchy mimiczne twarzy, reaguje na dźwięk, dotyk, światło, śpi, zdolne jest do samoistnych ruchów⁸⁶. Zatem, jeżeli poczęte dziecko jest „w pełni bytem ludzkim, z całą pełnią przysługujących mu praw, to powinno ono podlegać również pełnej ochronie, w szczególności ochronie winno być jego nienaruszalne i niezbywalne prawo do życia”⁸⁷. Nie trzeba się bardzo wpatrywać w zdjęcia z USG⁸⁸, żeby naocznie się przekonać, że w łonie matki znajduje się prawdziwy człowiek, nawet wyglądem przypominający dziecko, nie zaś zlepek komórek.

⁸⁶ W Korohoda, *Czy inżynieria komórkowa stanowi zagrożenie*, „Polska Akademia Umiejętności. Prace Komisji Zagrożeń Cywilizacyjnych”, 3 (2000), s. 12.

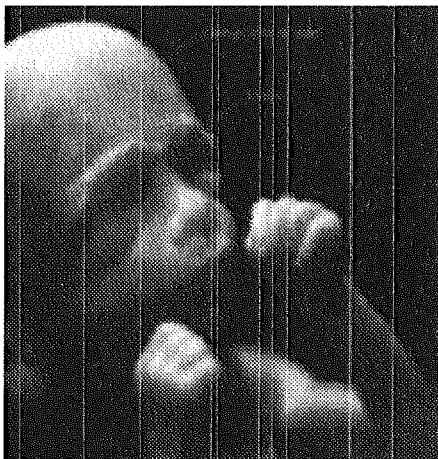
⁸⁷ Z. Zalewski, *Czy istnieją granice postępu w badaniach naukowych w medycynie? Spór o komórki macierzyste*, „Sztuka Leczenia”, 8 (2002), nr 1, s. 49.

⁸⁸ Zdjęcia autorstwa Lennarta Nilssona, przedstawiające rozwój płodu ludzkiego w różnych tygodniach ciąży przedrukowano z artykułów: Rozwój płodu tydzień po tygodniu – TRYMESTR II; Rozwój płodu tydzień po tygodniu – TRYMESTR III, zamieszczonych na stronie internetowej: <http://www.noworodek.pl>.

Rysunek 1. Dziecko w 18. tyg. ciąży.
W tym czasie dziecko mruży oczka, otwiera buzię.



Rysunek 2. Dziecko w 24. tyg. ciąży.
W tym czasie dziecko wykonuje ruchy oddechowe, przy czym do płuc
dostaje się płyn owodniowy zamiast powietrza.
Na zdjęciu widoczne są brwi i paznokcie.



Niestety, nie wszystkich bioetyków przekonują stanowiska biologów, dotyczące rozwoju osobniczego dziecka w okresie prenatalnym. Być może dlatego „dyskusja o status ontyczny, moralny oraz prawny embrionu ludzkiego musi się ciągle ożywiać, i to w sytuacji coraz to nowych odkryć medycznych, ponieważ w niej sprawdza się dziś, jaki humanizm zbudujemy; humanizm, który szanuje życie wszystkich, czy tylko niektórych. Humanizm, który uprzedmiotowi i skomercjalizuje życie ludzkie, czy humanizm, który będzie je chronił od początku”⁸⁹.

b. Jakość życia

W określeniu ontycznego i antropologicznego statusu embrionu można odwołać się do trzech zasad filozoficznych. Pierwszą z nich jest zasada św. Tomasza z Akwinu, która brzmi: *agere sequitur esse*, tzn. podejmowane przez nas działania (akty spostrzegania, myślenia, postępowania, doznawania, czucia, decydowania, mówienia) są wynikiem i przejawem naszego istnienia, czyli są wtórne do natury ludzkiej, są jej aktualizacją. Zasada G. Berkeleya głosi, że *esse est percipere aut percipi*, czyli że być tzn. spostrzegać lub podlegać spostrzeżeniom. W tej zasadzie wychodzi się od aktów i przez nie kontynuuje się byt ludzki, wyprowadza się osobę ludzką. Jej podobna jest zasada Kartezjusza, która mówi: *cogito ergo sum* – myślę więc jestem. Byt jest osobą o tyle, o ile myśli, spostrzega itd. Obecnie wielu etyków odwołuje się do dwóch ostatnich zasad, opierając się przy tym na poglądach J. Locke’a i D. Hume’a. W definicji Locke’a osoba to „istota myśląca i inteligentna, obdarzona rozumem i zdolnością refleksji, która może ujmować siebie myślą jako samą siebie, to znaczy jako tę samą w różnych czasach i miejscach myślącą rzecz”⁹⁰. „Dla

⁸⁹ T. Biesaga, *Etyczna ocena pozyskiwania komórek macierzystych*, „Bioetyczne Zeszyty Pediatрії”, 1 (2003-2004), s. 94.

⁹⁰ J. Locke, *Rozważania dotyczące rozumu ludzkiego*. T. 1., tłum. B. Gawrecki, Warszawa 1955, s. 471. Za: T. Biesaga, *Status embrionu ludzkiego* –

Locke'a osoby są chwilowymi wydarzeniami, mianowicie chwilowymi stanami świadomości, (...) to znaczy, że osoby przypominają sobie poprzednie stany świadomości jako swoje własne"⁹¹. Z kolei Hume napisze: „Tym co istnieje są tylko percepcje. (...) Wszyscy ludzie są tylko 'wiązką lub zbiorem percepcji', które następują po sobie. Nawet chwilowa świadomość jest splotem różnych percepcji”⁹². Te stanowiska rozwijają deskryptywne kryteria bycia człowiekiem. Za tym idą dwie grupy właściwości świadczące o byciu lub niebyciu człowiekiem. Są to: własności związane z *res extensa* – percepcja bólu i związane z *res cogitans* – akty świadomości. Takie stanowiska prezentują współcześnie: M. Tooley, P. Singer, H. Engelhardt i na gruncie bioetyki polskiej – Z. Szawarski. Nie zaliczają oni do grona ludzi ani embrionów ludzkich ani też noworodków, dzieci i dorosłych cierpiących na takie choroby, jak zespół Downa, Alzheimer, demencję starczą, a także chorych – zarówno psychicznie jak i terminalnie. W ten sposób określa się status człowieka na podstawie cech, właściwości, nie biorąc pod uwagę natury człowieka.

Z powyższych zestawień wynika, że – dla niektórych bioetyków – tym, co pozwala nadać osobie status osobowy, jest jakość życia (ang. *quality of life*). Jakość życia jest to „przyjęty standard biologicznego, psychicznego, osobowościowego, społecznego i ekonomicznego funkcjonowania człowieka, według którego chce się rozstrzygnąć, kto jest warty a kto niewarty życia”⁹³. Problemem w taki podejściu jest niejednoznaczne zdefiniowanie pojęcia „życie”. Oznacza ono bo-

stanowisko personalizmu ontologicznego, „Medycyna Praktyczna”, (2004), nr 7-8, s. 29.

⁹¹ R. Spaemann, *Osoby o różnicy między czymś a kimś*, tłum. J. Merecki, Warszawa 2001, s. 171. Za: T. Biesaga, *Status embrionu ludzkiego – stanowisko personalizmu ontologicznego*, dz. cyt., s. 29.

⁹² D. Hume, *Traktat o naturze ludzkiej*, Warszawa 1963, ks. I, cz. IV, sekcja VI. Za: T. Biesaga, *Status embrionu ludzkiego – stanowisko personalizmu ontologicznego*, dz. cyt., s. 29.

⁹³ T. Biesaga, *Jakość życia*, w: A. Muszala (red.), *Encyklopedia Bioetyki*, Radom 2005, s. 218.

wiem posiadanie pewnych arbitralnie określonych cech, zaś nieposiadanie tychże pozbawia osobę prawa do życia. „J. Fletcher w swej liberalistycznej i konsekwencjalistycznej etyce wymienia 15 istotowych własności człowieczeństwa człowieka, m.in.: samoświadomość, rozumienie przyszłości i przeszłości, zrównoważenie emocjonalne, zdolność do panowania nad sobą, zdolność nawiązywania kontaktów z innymi, umiejętność troski o innych, ciekawość”⁹⁴. Zatem noworodek, czy tym bardziej embrion, który nie posiada tych właściwości, nie ma prawa do życia. Z kolei R. A. McCormick jako taką własność uważa potencjalną zdolność do przejawiania relacji ludzkich. O ile więc uznaje on dziecko dotknięte zespołem Downa za uprawnione do opieki i ochrony życia, o tyle dziecko dotknięte bezmózgowiem takiego przywileju nie ma. E. Shelp wymaga wykazania minimalnej niezależności od otoczenia, a więc zatroszczenia się o siebie, możliwości samodzielnego przetrwania. Niestety, noworodki i poczęte dzieci nie wykazują takich zdolności.

Z pojmowania wartości człowieka i nadawania mu statusu osoby na podstawie posiadania przezeń pewnych właściwości czy jakości można dojść do stanowiska niektórych współczesnych bioetyków. Jest to stanowisko, które można określić jako zasadę złego, krzywdzącego życia (ang. *wrongful life*). Jest to przekonanie o tym, iż istnieją pewne stany w życiu człowieka, które sprawiają, że nie jest on taką samą osobą jak inni. Zwolennicy tego poglądu odmawiają prawa bycia osobą tym, którzy z różnych przyczyn pozbawieni są funkcji myślowych, procesów wolitywnych. To stanowisko bierze się z przekonania, że bez takich procesów czy właściwości życie człowieka jest gorsze, krzywdzące, niesprawiedliwe.

Umiarkowani przedstawiciele tego poglądu to A. Shapira, B. Steinbock, J. Feinberg i J. Harris. W ich przekonaniu urodzenie się dziecka chorego jest dla niego niepomysłne o tyle, że nie pozwala mu na wysoki poziom życia, jest jakościowo gorsze, niż mogłoby być, gdyby dziecko urodziło się zdrowe. Za takim przekonaniem idą dalsze

⁹⁴ Tamże.

konsekwencje: jeżeli ktoś nie jest zadowolony ze swojego życia, jeśli uważa je za krzywdzące, gdyż nie daje mu ono możliwości rozwoju pewnych właściwości, ma prawo ubiegać się o odszkodowanie za „złe urodzenie”. W takiej sytuacji znajdują się właśnie chorzy, upośledzeni, ale też urodzeni w ubogich rodzinach, w mniejszościach narodowych czy też ludzie o pewnym kolorze skóry lub wyznaniu. Podobne stanowiska prezentują G. Kavka i R. Gillon, używając terminu „ograniczone życie” (ang. *restricted life*). Oznacza to, że życie z natury jest dobre, jest wartością pozytywną, ale istnieją pewne sytuacje, które ograniczają życie. Taką sytuacją jest np. podleganie chorobie psychicznej. Życie nadal jest dobre i wartościowe, ale człowiek nie ma już możliwości przeżywania go tak jak ludzie zdrowi. Jednak nie oznacza to, żeby życie przestało mieć sens. W świetle tego pojmowania, jeżeli osoba dotknięta chorobą mimo wszystko cieszy się życiem, widzi jego wartość, chce żyć, to jej życie jest warte przeżycia. Inaczej interpretuje ograniczone życie J. McMahan, dla którego życie może być obiektywnie niewarte przeżycia, ale subiektywnie znośne dla osoby dotkniętej cierpieniem. W takim rozumieniu życie ma inne znaczenie dla społeczeństwa, inne zaś dla jednostki je przeżywającej. Można uznać, że w pewnych sytuacjach życie przestało być obiektywnie wartościowe, ale jednostce przynosi zadowolenie czy satysfakcję, dlatego też uważa się je za warte przeżywania.

Skrajnym zwolennikiem zasady *wrongful life* jest H. T. Engelhardt, który nie tylko nie poprzestaje na rozróżnieniu pomiędzy dobrym a złym życiem, ale na tej podstawie formułuje pewne daleko idące wnioski natury etycznej. Engelhardt wprowadza rozróżnienie pomiędzy życiem biologicznym i życiem osobowym. Pierwsze przysługuje wszystkim istotom żyjącym, niezależnie od ich właściwości czy możliwości. Nie jest jednak jakościowo tym samym co życie osobowe. Temu drugiemu nic nie brakuje. Człowiek nie jest równy osobie. Można być człowiekiem, nie będąc jednocześnie osobą. Wszystko zależy od tego, czy człowiek może myśleć i przejawiać wolną wolę. Dopiero wtedy gdy posiada te zdolności, możemy powiedzieć, że jest osobą. Z tego rozróżnienia można przejść do

kolejnego. Osoby wykazujące wspomniane wyżej procesy są osobami aktualnymi, pełnymi. Ci zaś, którzy jeszcze ich nie wykazują lub już je utracili, są jedynie osobami społecznymi, którym status osobowy nadają osoby pełne. Osoby społeczne wymagają opieki, pomocy. Mogą być postrzegane przez innych jako ciężar, brzemię, nie zaś jako dar. Tak się dzieje np. z dziećmi, które rodzą się z ciężką wadą wrodzoną. Nie dość, że powoduje ona ich cierpienie, zarówno fizyczne jak i psychiczne, to jeszcze jest przyczyną cierpienia, zmęczenia osób pełnych opiekujących się nimi (często osoby dotknięte chorobą wymagają nie tylko wsparcia innych, ale też dużych nakładów finansowych, dlatego ich obecność może być postrzegana jako niosąca same utrudnienia czy wręcz szkody). Dlatego też, aby uniknąć społecznych konsekwencji podtrzymywania gorszego krzywdzącego życia, to właśnie osoby pełne mają prawo decydować o tym, komu nadadzą status osób społecznych i tym samym otoczą je opieką. Dotyczy to zarówno dorosłych chorych, o których rodzina na drodze sądowej może uznać, iż nie warto podtrzymywać ich życia. Ale też dotyczy to poczętego chorego dziecka, którego matka może uznać je za dziecko i tym samym nadać mu status osoby, lub może uznać je za brzemię, które będzie musiała w przyszłości dźwigać. Stąd ma prawo odmówienia mu statusu osoby, co w dalszej kolejności pozwala na dokonanie aborcji. U podstaw takiej teorii leży zatem przekonanie, że w pewnych okolicznościach życie nie musi być lepsze od śmierci, a wręcz przeciwnie – gdy życie jest złe, krzywdzące, raniące, lepsze jest nieistnienie od istnienia, co usprawiedliwia wszelkie ingerencje, które mają na celu skrócenie tego zranionego życia. Takie myślenie opiera się na tzw. koncepcji braku, której przedstawicielami są: Th. Nagel, H. Silverstein i F. Feldman. Postrzegają oni śmierć jako pożądaną w pewnych okolicznościach. Za takie okoliczności uważają ciężką chorobę, która niesie ze sobą olbrzymie cierpienie fizyczne. Wtedy lepsza dla osoby jest śmierć, która skróci to długie ale bolesne życie. Śmierć jest w tej sytuacji wartością pozytywną, zaś nieistnienie jest lepsze od istnienia na jakościowo niskim poziomie.

„Podważanie wartości istnienia indywidualnego człowieka propaguje etyka utilitarystyczna. Rachunek konsekwencjonalistyczny uprzedmiotawia osobę ludzką i podporządkowuje ją interesom społecznym i politycznym. Społeczność zaczyna segregować ludzi na tych, którzy są warci życia, a którzy nie”⁹⁵. Dlatego też w przypadku poczęcia dziecka chorego, któremu nie daje się szansy usamodzielnienia czy sprawnego funkcjonowania, a jego rodzice obawiają się konsekwencji odpowiedzialności, jaką będą musieli ponieść po jego przyjściu na świat, można według utilitaryzmu dopuścić się czynu aborcyjnego, który przerwie życie dziecka ale przyniesie „korzyści” rodzicom. „Utilitaryzm (łac. *utilitas* – korzyść) kieruje się zasadą maksymalizacji przyjemności, korzyści czy szczęścia dla możliwie największej grupy ludzi”⁹⁶. Łatwo podważyć tutaj wszelkie wartości i normy moralne. Nieważna jest wartość osoby ludzkiej, ale jej użyteczność dla ogółu. Cel uświęca środki. Dobrem podstawowym w tym ujęciu jest przeżycie najsilniejszych jednostek, co warunkuje przetrwanie gatunku. „To co proponuje utilitaryzm, nie jest etyką, ale raczej taktyką i strategią eliminacji słabych, pozwalającej przeżyć silnym (...) utilitaryści podważają wartość życia ludzi dotkniętych wadami genetycznymi i innymi ciężkimi chorobami. Przedstawiciele tej filozofii różnymi sposobami agitują na rzecz aborcji, selekcji prenatalnej”⁹⁷.

Wszystkie omówione wyżej zasady: jakości życia (*quality of life*), złego krzywdzącego życia (*wrongful life*), ograniczonego życia (*restricted life*) czy wreszcie utilitarystyczna zasada maksymalizacji korzyści społeczeństwa kosztem jednostki „podważają powszechność prawa do życia. Prawo takie przyznają tylko tym istotom ludzkim, w przypadku których biologiczny stan organizmu gwarantuje okre-

⁹⁵ T. Biesaga, *Jakość życia*, w: A. Muszala (red.), *Encyklopedia Bioetyki*, Radom 2005, s. 220.

⁹⁶ T. Biesaga, *Uzasadnienie norm moralnych w bioetyce*, „Medycyna Praktyczna”, (2004), nr 6, s. 23.

⁹⁷ Tamże, s. 24.

ślone korzyści dla gatunku ludzkiego”⁹⁸. Takie traktowanie człowieka (charakteryzujące się myśleniem antynatalistycznym i działaniami podejmowanymi w celu wymierzenia ich przeciw życiu) jest jednym z przejawów „kultury śmierci”⁹⁹, o której papież Jan Paweł II w encyklice *Evangelium vitae* pisze: „Stajemy w obliczu jednego z najbardziej niepokojących objawów ‘kultury śmierci’, szerzącej się zwłaszcza w społeczeństwach dobrobytu, charakteryzujących się mentalnością nastawioną na wydajność, według której obecność coraz liczniejszych ludzi starych i niesprawnych wydaje się zbyt kosztowna i uciążliwa. Ludzie ci bardzo często są izolowani przez rodziny i społeczeństwo, kierujące się prawie wyłącznie kryteriami wydajności produkcyjnej, wedle których życie nieodwracalnie upośledzone nie ma już żadnej wartości”¹⁰⁰.

c. Świętość życia i godność osoby

Przeciwko takiemu traktowaniu człowieka opowiada się personalizm ontologiczny. Norma personalistyczna została podkreślona przez Karola Wojtyłę, który rozwinął w ten sposób kategoryczny imperatyw Immanuela Kanta. „Zasada personalistyczna wyraża się w sformułowaniu *homo homini res sacra* – człowiek dla człowieka rzeczą świętą (stoicy) – oraz *persona est affirmanda propter se ipsam* – osobie jako osobie należna jest afirmacja (czyli miłość) dla niej samej (K. Wojtyła, T. Styczeń) – stawia u podstaw moralności godność osoby wraz z jej osobową naturą”¹⁰¹. Człowiek nie jest jakością. Nie można go opisywać i oceniać na podstawie posiadania lub nieposia-

⁹⁸ Tamże.

⁹⁹ P. Bortkiewicz, *Kultura śmierci*, w: A. Muszala (red.), *Encyklopedia Bioetyki*, Radom 2005, s. 255.

¹⁰⁰ Jan Paweł II, Encyklika *Evangelium vitae*. *O wartości i nienaruszalności życia ludzkiego*. 25.III.1995, nr 64. Za: T. Biesaga, *Jakość życia*, w: A. Muszala (red.), *Encyklopedia Bioetyki*, Radom 2005, s. 220-221.

¹⁰¹ T. Biesaga, *Uzasadnienie norm moralnych w bioetyce*, „Medycyna Praktyczna”, (2004), nr 6, s. 25.

dania jakiejś cechy. „Osoba to ‘ktoś’ a nie ‘coś’”¹⁰². „Osoba nie może być zredukowana, jak chce funkcjonalizm (czy to w wersji subiektywistycznej czy utylitarystycznej), do ‘wiązki fenomenów’, do sumy właściwości lub następstwa ujawniających się empirycznie aktów. Osoba nie może być traktowana również jako środek do jakichkolwiek celów. Funkcjonalizm nie potrafi wyjaśnić jedności i stałości podmiotu, który wyraża się w różnych funkcjach”¹⁰³.

Chrześcijańska etyka personalistyczna opiera swoje przekonanie o świętości życia na wierze: „każda istota ludzka powinna być postrzegana jako wyjątkowe stworzenie Boga, noszące w sobie Jego obraz i podobieństwo (por Rdz 1, 26-27), obdarzone nie tylko wyjątkowymi zdolnościami psychiczno-intelektualnymi, ale przede wszystkim nieśmiertelną duszą. Jako najdoskonalsze stworzenie człowiek jest zdolny do nawiązywania wyjątkowej relacji z Bogiem, do jego poznania i umiłowania na podstawie wolnego wyboru. Niepowtarzalna wartość każdej istoty ludzkiej podkreśla dzieło odkupienia człowieka dokonane przez Chrystusa, dzięki któremu człowiek, przeznaczony pierwotnie do szczęśliwej wieczności, może oczekiwać nieskończonego dopełnienia swego istnienia w Bogu”¹⁰⁴.

Personalizm ontologiczny przyjmuje kryterium genealogiczne jako kryterium wystarczające w rozstrzygnięciu sporu o status embrionu ludzkiego. „Chrześcijańska etyka personalistyczna uznaje osobowy status embrionu ludzkiego od pierwszej chwili jego istnienia. Stąd niedopuszczalne jest takie traktowanie embrionu ludzkie-

¹⁰² R. Spaeman, *Osoby o różnicy między czymś a kimś*, tłum. J. Merecki, Warszawa 2001, s. 39. Za: T. Biesaga, *Status embrionu ludzkiego – stanowisko personalizmu ontologicznego*, „Medycyna Praktyczna”, (2004), nr 7-8, s. 30.

¹⁰³ L. Palazzani, *Genetic engineering and human nature*, w: P. Doherty, A. Sutton, red., *Man-made man: ethical and legal issues in genetics*, Dublin, 1997, s. 52. Za: T. Biesaga, *Status embrionu ludzkiego – stanowisko personalizmu ontologicznego*, „Medycyna Praktyczna”, (2004), nr 7-8, s. 30.

¹⁰⁴ M. Machinek, *Embrion ludzki*, w: A. Muszala (red.), *Encyklopedia Bioetyki*, Radom 2005, s. 139.

go, które nie służy jego zachowaniu bądź leczeniu (...)”¹⁰⁵. Embrion posiada taką samą naturę jak człowiek, który się urodzi, zatem sam jest człowiekiem. „Może więc istnieć tylko jedno kryterium bycia osobą: biologiczna przynależność do rodzaju ludzkiego. Dlatego też początku i końca istnienia osoby nie można oddzielić od początku i końca ludzkiego życia”¹⁰⁶. Takie ontologiczno-aksjologiczne kryterium wyklucza kryterium jakościowe i funkcjonalistyczne embrionu. „Potraktowanie embrionu jako rzeczy uderza nie tylko w niego, ale w każdego człowieka, jest aktem przeciw człowiekowi. Dehumanizuje nasze podstawowe relacje międzyludzkie, naszą kulturę i medycynę”¹⁰⁷. Embrion ludzki posiada taką samą godność osoby jak człowiek narodzony. „Godność osoby ujawnia się wprost w relacjach międzypersonalnych, w których drugi jest dla mnie kimś, a nie czymś. Wartość ta jest ontyczna, egzystencjalna, przynależna ludzkiej naturze, a także nieutralna i stanowiąca wartość wartości”¹⁰⁸. Od kiedy początek życia ludzkiego został przeniesiony z łożyska do laboratorium, zaczęto traktować go w sposób przedmiotowy, naturalistyczny i technicyzowany. Embrion ludzki nie jest w stanie sam bronić swojej osobowej godności, dlatego bardzo łatwo jest go uprzedmiotowić. „Życie każdej istoty ludzkiej jest święte (nie tylko w znaczeniu religijnym, ale również aksjologicznym) i dlatego nietykalne. Zniszczenia życia ludzkiego nie może usprawiedliwić ani najszczytniejszy cel, ani też nadzwyczajna okoliczność. Odpowiedź przeciwna sugerowałaby, że żyjąca istota ludzka utraciła swoją podmiotowość osobową i ktoś

¹⁰⁵ Tamże, s. 136.

¹⁰⁶ R. Spaeman, *Osoby o różnicy między czymś a kimś*, tłum. J. Merecki, Warszawa 2001, s. 305. Za: T. Biesaga, *Status embrionu ludzkiego – stanowisko personalizmu ontologicznego*, dz. cyt., s. 30.

¹⁰⁷ T. Biesaga, *Status embrionu ludzkiego – stanowisko personalizmu ontologicznego*, „Medycyna Praktyczna”, (2004), nr 7-8, s. 31.

¹⁰⁸ T. Biesaga, *Uzasadnienia norm moralnych w bioetyce*, „Medycyna Praktyczna”, (2004), nr 6, s. 25.

inny może nią zadysponować według swojego uznania”¹⁰⁹. „Chociaż mówi się dużo o prawach osoby, to jednak pomija się problem jej statusu ontycznego. Nie stawia się po prostu pytania, na przykład – czym jest embriion ludzki, przechodząc od razu do pytania, co z nim można zrobić (...) Jeśli embriionowi ludzkiemu odmawia się statusu osoby, to trzeba zdefiniować, jakie stadium rozwoju biologicznego człowieka jest korelatem ‘osoby’. Jak wiadomo, nie przedstawiono dotąd dobrych, obiektywnych kryteriów do takiej definicji. Nie dostarcza ich również biologia, chociaż wielu osobom bardzo by na tym zależało, stąd wyłączenie embriionów ludzkich z kategorii ‘osób’ nie może być, moim zdaniem, uzasadnione na gruncie nauk przyrodniczych”¹¹⁰.

Niektórzy bioetycy ubolewają nad tym, że „współcześnie wielokrotnie przekracza się granicę, poza którą to nie Bóg decyduje o ludzkim życiu, ale człowiek ze wszystkimi ograniczeniami swojej natury. Ludzkiemu zarodkowi może udzielić prawa do życia lub odmówić go parlament danego państwa”¹¹¹. Na szczęście w Polsce „na gruncie obecnej konstytucji można stwierdzić – mówi Andrzej Zoll – że w momencie powstania genomu ludzkiego mamy do czynienia z człowiekiem, którego życie jest przedmiotem ochrony prawnej”¹¹². „Obowiązujący stan prawny przesądza, że embriion ludzki jest podmiotem prawa”¹¹³. Ochronę prawną życia ludzkiego gwarantuje

¹⁰⁹ J. Wróbel, *Etyczne aspekty technik biomedycznych oparte na komórkach macierzystych*, „Bioetyczne Zeszyty Pediatrii”, 1(2003-2004), s. 83.

¹¹⁰ A. Paszewski, *Sukcesy naukowe biologów a problemy etyczne*, „Postępy Mikrobiologii”, 39(2000), s. 12-13.

¹¹¹ L. Szczepaniak, *Dylematy rodziców ciężko chorych dzieci związane z terapią komórkami macierzystymi*, „Bioetyczne Zeszyty Pediatrii”, 1 (2003-2004), s. 100.

¹¹² Przemówienie Andrzeja Zolla na zorganizowanej w dniu 25 listopada 2004 roku przez Komisję Etyki Lekarskiej konferencji dotyczącej biotechnologii prenatalnej. Za: G. Ciechomska, *Zarodki zagrożone*, „Gazeta Lekarska”, 168(2005), nr 1, s. 9.

¹¹³ M. Żelichowski, *Prawnokarna ocena pobierania komórek macierzystych*, „Czasopismo Prawa Karnego i Nauk Penalnych”, (2000), nr 2, s. 72.

Trybunał Konstytucyjny oraz Kodeks Karny. „Zarówno życie, jak i zdrowie embrionu ludzkiego (jako życie i zdrowie ludzkie) jest dobrem prawnym podlegającym prawnokarnej ochronie przed umyślnymi zamachami. Ochrona ta jest realizowana: co do życia – przez art. 152 i 153 K.K., zaś co do zdrowia – przez art. 157 a K.K.”¹¹⁴. Ochrona ta zaczyna się już w okresie prenatalnym¹¹⁵. Potwierdza to również ustawa, która stanowi, że w jej rozumieniu dziecko to każda osoba ludzka od poczęcia do pełnoletności¹¹⁶. „Tak ‘zdefiniowanemu’ dziecku przysługują prawa (...) do życia i ochrony zdrowia oraz prawo do pełnego i harmonijnego rozwoju (...) Z zaprezentowanego stanu prawnego wynikają dwie konkluzje. Pierwsza: życie i zdrowie embrionu ludzkiego nie są wyłącznie dobrami ‘biologicznymi’, lecz mają charakter dóbr prawnych podlegających ochronie konstytucyjnej i ustawowej. Druga: ich wartość prawna odpowiada wartości życia i zdrowia innych ludzi; dzieci narodzonych, dorosłych”¹¹⁷.

W obronie statusu embrionu ludzkiego stają też oczywiście bioetyczne dokumenty Kościoła. W dokumencie Papieskiej Akademii Życia „*Pro vita*” stwierdza się: „1. W oparciu o kompletną biologiczną analizę ludzki embrion jest od połączenia komórek rozrodczych ludzkim podmiotem z dokładnie określoną tożsamością, który się od tego czasu kontynuacyjnie rozwija (...) 2. Z tego wynika: jako ludzkie indywiduum ma on prawo do własnego życia. Dlatego każda ingerencja, która podejmowana jest nie dla dobra embrionu, jest aktem, który to prawo narusza. Teologia moralna zawsze uczyła, że w przypadku *ius certum tertii* (pewnego prawa osoby trzeciej) nie można stosować

¹¹⁴ Tamże, s. 79.

¹¹⁵ Orzeczenie Trybunału Konstytucyjnego z dnia 28 maja 1997 roku. Za: G. Ciechomska, *Zarodki zagrożone*, dz. cyt., s. 9.

¹¹⁶ Ustawa o Rzeczniku Praw Dziecka z dnia 6 stycznia 2000 roku, art. 2, p. 1. Za: : G. Ciechomska, *Zarodki zagrożone*, dz. cyt., s. 9.

¹¹⁷ M. Żelichowski, *Prawnokarna ocena pobierania komórek macierzystych*, „Czasopismo Prawa Karnego i Nauk Penalnych”, (2000), nr 2, s. 72-73.

zasady prawdopodobieństwa”¹¹⁸. Natomiast w encyklice *Donum Vitae* czytamy: „Kościół zawsze nauczał i nadal naucza, że owoc ludzkiej prokreacji od pierwszego momentu swego istnienia ma prawo do bezwarunkowego szacunku, jaki moralnie należy się ludzkiej istocie w jej integralności oraz jedności cielesnej i duchowej: Istota ludzka powinna być szanowana i traktowana jako osoba od momentu swego poczęcia i dlatego od tego samego momentu należy jej przyznać prawa osoby, wśród których przede wszystkim nienaruszalne prawo każdej niewinnej istoty ludzkiej do życia”¹¹⁹. W innym zaś miejscu stwierdza się, co dotyczy przerywania ciąży bez względu na okoliczności: „Bezpośrednie przerywanie ciąży (czyli jednocześnie każde bezpośrednie zniszczenie poczętego życia ludzkiego), to znaczy zamierzone jako cel czy jako środek, jest zawsze poważnym nieładem moralnym, gdyż jest dobrowolnym zabójstwem niewinnej istoty ludzkiej. (...) W rzeczywistości zabójstwo niewinnych istot ludzkich, nawet gdy przynosi korzyść innym, jest aktem absolutnie niedopuszczalnym”¹²⁰. Papież Jan Paweł II poucza, że osoba „jest miarą i kryterium dobroci i zła w każdym działaniu ludzkim”¹²¹, dlatego „istota ludzka od chwili poczęcia aż do śmierci nie może być wykorzystywana dla jakiegokolwiek celu. (...) Ten zakaz wynika nie ze złej woli człowieka, ale z samego prawa naturalnego, które zabrania

¹¹⁸ Papieska akademie Życia, Watykan 2000. Za: P. Morciniec, *Ocalić (obraz) człowieka. Istota dyskusji o komórkach macierzystych*, „Symposium”, 9 (2002), nr 1, s. 128.

¹¹⁹ Jan Paweł II, Encyklika *Evangelium vitae*, dok. Nr 60, Rzym 1995. Za: P. Morciniec, *Ocalić (obraz) człowieka. Istota dyskusji o komórkach macierzystych*, dz. cyt., s. 128.

¹²⁰ Jan Paweł II, Encyklika *Evangelium vitae*, dok. nr 62 i 63, Rzym 1995. Za: J. Wróbel, *Etyczne aspekty technik biomedycznych oparte na komórkach macierzystych*, „Bioetyczne Zeszyty Pediatrrii”, 1(2003-2004), s. 80.

¹²¹ Jan Paweł II, Encyklika *Redemptor hominis*, Rzym 1979, nr 14. Za: L. Szczepaniak, *Dylematy rodziców ciężko chorych dzieci związane z terapią komórkami macierzystymi*, „Bioetyczne Zeszyty Pediatrrii”, 1 (2003-2004), s. 105.

‘wszelkiego bezpośredniego zamachu na niewinne życie’¹²². Opo-wiadając się po stronie bezwarunkowego personalizmu decydujemy się bronić niewinnych poczętych dzieci, którym nie można odmówić prawa do ochrony i życia. Bronimy ich w ten sposób przed przedmiotowym traktowaniem, na które nie można sobie pozwolić w stosunku do żadnego człowieka. „Każde rozstrzygnięcie dotyczące konkretnej terapii czy metody (...), a odnoszące się do człowieka, jest równocześnie opowiedzeniem się za konkretną opcją antropologiczną i afirmacją leżące u jej podstaw obrazu człowieka, bowiem od uznawanego obrazu zależy zakres ochrony ludzkiej godności i gwarantowanych człowiekowi podstawowych praw”¹²³.

„Nihilizacja statusu istoty ludzkiej dokonywana jest szybko na użytek (...) badań naukowych i technicznych, bez podejmowania dyskusji etycznej, bez ujawnienia zarówno tego, co do niej skłania, jak i założeń filozoficznych i etycznych, które za nimi się kryją. A przecież za każdym rozstrzygnięciem etycznym kryją się decydujące o kulturze ludzkiej założenia antropologiczne i aksjologiczne”¹²⁴. Komercjalizacja i chęć zaspokajania własnych korzyści sprawiają, że zapomina się o celu i zadaniu medycyny. „Od pewnego czasu można zaobserwować niepokojące zjawisko zatroskania medycyny bardziej o swój postęp naukowy, aniżeli o dobro pacjenta”¹²⁵. Tymczasem

¹²² Jan Paweł II, *Eksperyment w biologii. Przemówienie do uczestników „Tygodnia studiów” zorganizowanego przez Papieską Akademię Nauk*. 23.10.1982, w: K. Szczygieł (red.), *W trosce o życie. Wybrane dokumenty Stolicy Apostolskiej*, Tarnów 1998, s. 197. Za: L. Szczepaniak, *Dylematy rodziców ciężko chorych dzieci związane z terapią komórkami macierzystymi*, dz. cyt., s. 106.

¹²³ P. Morciniec, *Ocalić (obraz) człowieka. Istota dyskusji o komórkach macierzystych*, „Symposium”, 9 (2002), nr 1, s. 128.

¹²⁴ T. Biesaga, *Etyczna ocena pozyskiwania komórek macierzystych*, „Bioetyczne Zeszyty Pediatrji”, 1(2003-2004), s. 92.

¹²⁵ Jan Paweł II, *Osoba, nie wiedza jest miarą i kryterium wszelkiego działania ludzkiego*. Przemówienie do uczestników LXXXI Kongresu Włoskiego Towarzystwa Interny i LXXXII Kongresu Włoskiego Towarzystwa Chirurgii Ogólnej. 27.10.1980, w: K. Szczygieł (red.), *W trosce o życie*. Wy-

„w centrum medycyny jest (...) medycyna kliniczna, a w niej pacjent i jego zdrowie. Zdrowie pacjenta jest celem wewnętrznym medycyny, a wszystko inne stanowi cele zewnętrzne względem niej. Ono determinuje obowiązki i cnoty lekarza. Podporządkowanie medycyny innym celom, np. celom naukowym, ekonomicznym, komercyjnym jest jej wypaczeniem”¹²⁶. W świetle tego, to właśnie zdrowie człowieka jest tym, co usprawiedliwia wszystkie działy medycyny i nadaje im moralny sens. Jeżeli postęp w medycynie służy dobru nie tylko społeczeństwa ale również jednostki, to wówczas ma on sens etyczny, moralny. Postęp techniczny nie musi wcale pójść w parze z postępowaniem moralnym. Niestety, medycyna rozwija przed naukowcami możliwości, które mogą być wykorzystane przeciwko życiu pojedynczego życia ludzkiego. „Mentalność heglowsko-marxistowska o wyższości społeczeństwa nad jednostką, może ciągle usprawiedliwiać poświęcenie jednostek dla tzw. dobra ludzkości. Mimo, że realizowane w tym duchu programy przez nazizm i klasizm ostrzegają, to jednak pokusa zbudowania na ziemi raju dla wybranych pozostała”¹²⁷. Jedy- nym kryterium działań medycznych może być dobro pacjenta. To on powinien inspirować lekarzy do podejmowania swej pracy, a nie cele wyższe. Stąd wynika wniosek, że „trzeba odrzucić wszystkie praktyki, traktujące embrión jako obiekt, którym można dowolnie manipulować”¹²⁸. Inaczej mówiąc: „pojęcie godności bardzo precyzyjnie określa różnicę pomiędzy ‘coś’ a ‘ktoś’. To co wolno mi uczynić

brane dokumenty Stolicy Apostolskiej, Tarnów 1998, s. 192. Za: L. Szczepaniak, *Dylematy rodziców ciężko chorych dzieci związane z terapią komórkami macierzystymi*, „Bioetyczne Zeszyty Pediatrii”, 1 (2003-2004), s. 104.

¹²⁶ T. Biesaga, *Etyczna ocena pozyskiwania komórek macierzystych*, „Bioetyczne Zeszyty Pediatrii”, 1(2003-2004), s. 96.

¹²⁷ Tamże, s. 97.

¹²⁸ Opinia Konferencji Biskupów Zjednoczonych Kościołów Ewangelicko-Luterańskich w Niemczech. Za: *Eugenika dzisiaj – czy zagrożone jest prawo do życia i godność człowieka?*, G. Pietruszewska (tłum.), „Postępy Psychiatrii i Neurologii”, 12 (2003), nr 4, s. 377.

z ‘czymś’, tego nie wolno mi uczynić z ‘kims’, nawet gdy przyświeca mi jakiś dobry cel”¹²⁹.

3. Etyka wobec diagnostyki prenatalnej

a. Ocena ryzyka badań prenatalnych

„Podstawowym kryterium moralnej oceny diagnostyki prenatalnej jest dobro dziecka, co wymaga przyjęcia personalistycznej perspektywy, zakładającej ontyczny status dziecka od momentu poczęcia, przysługującą mu ludzką godność i nienaruszalne prawo do życia, zdrowia, opieki i ochrony. Moralny aspekt diagnozy przedporodowej obejmuje ocenę ryzyka badań dla dziecka i matki oraz ocenę intencji i celu diagnozy”¹³⁰. Warto pamiętać, że aby dokonać właściwej oceny moralnej, trzeba zachować „pryncypium godności człowieka, w którym zakotwiczona jest nienaruszalność jego cielesnej egzystencji, należy następnie przebadać cele, (...) czy są moralnie do zaaprobowania, skontrolować stosowane środki, a więc drogę, którą chce się te cele osiągnąć, oraz oszacować skutki zamierzonych działań. Wartością pierwszą i fundamentalną pozostaje jednak człowiek w całym bogactwie swojego psychofizycznego bytu i relacyjnych odniesień”¹³¹.

Każda metoda inwazyjna diagnostyki prenatalnej jest nierozzerwalnie związana z ryzykiem wystąpienia różnego rodzaju komplikacji. Dotyczą one zarówno zdrowia i życia dziecka, jak też zdrowia matki. Oczywiście to ryzyko jest różne w zależności od wybranej techniki diagnostycznej, co zostało już omówione w punkcie pierwszym niniejszej pracy. Warto jednak przypomnieć, że do najpoważniejszych

¹²⁹ Eugenika dzisiaj – czy zagrożone jest prawo do życia i godność człowieka?, G. Pietruszewska (tłum.), dz. cyt., s. 377.

¹³⁰ D. Kornas-Biela, *Diagnostyka prenatalna*, w: A. Muszala (red.), *Encyklopedia Bioetyki*, Radom 2000, s. 100.

¹³¹ P. Morciniec, *Ocalić (obraz) człowieka. Istota dyskusji o komórkach macierzystych*, „Sympozjum”, 9 (2002), nr 1, s. 123.

negatywnych konsekwencji przeprowadzenia badań należy poronienie oraz możliwość dalszych różnych powikłań, jak np. przedwczesne rozwiązanie (w siódmym miesiącu może być przyczyną retinopatii u noworodka, nie wspominając o innych negatywnych konsekwencjach wcześniactwa). Stopień ryzyka zależy nie tylko od wyboru techniki diagnostycznej, ale też innych zmiennych. Wśród nich należy wymienić: przeszłość zdrowotną i prokreacyjną matki (np. dokonane wcześniej aborcje, przebyte choroby, operacje ginekologiczne, poronienia, infekcje oraz ogólny aktualny stan zdrowia), czas wykonywania zabiegu (zbyt wcześnie wykonane badanie stwarza większe ryzyko powikłań), położenie płodu w macicy (lub niekorzystne ułożenie łożyska, np. na tylnej ścianie), a także doświadczenie lekarza i jakość zastosowanego sprzętu medycznego.

Czasem pacjentki kierowane są na badanie prenatalne w celu uspokojenia ich lęków, obaw i poprawę samopoczucia w ciąży. Tymczasem może się tak zdarzyć, że oczekiwanie na wykonanie badania a potem na jego wyniki będzie czasem wzmożonego napięcia nerwowego ciężarnej, co wcale nie wpływa dobrze na jej dziecko i – zamiast terapeutycznego działania – będzie miało negatywny wpływ na dalszy przebieg ciąży, poród oraz rozwój dziecka.

Należy również pamiętać, iż istnieje ryzyko postawienia błędnej diagnozy lekarskiej. Po pierwsze lekarz może nie mieć odpowiedniego doświadczenia w interpretacji wyników badania. Ponadto np. technika USG wymaga niezwyklej precyzji w odczytywaniu uzyskanego obrazu. Łatwo tu więc o pomyłkę i w konsekwencji o wyciągnięcie błędnych wniosków. „Poza tym wynik genetycznego obciążenia dziecka nie daje obrazu faktycznej ekspresji genów, a zwłaszcza nasilenia schorzenia, fenotypu dziecka. Ten sam wynik badań prenatalnych może być faktycznie uwidoczniiony w postaci bardzo zróżnicowanych problemów zdrowotnych u dziecka po urodzeniu, zwłaszcza że w miarę rozwoju człowieka coraz większe znaczenie mają czynniki pozagenetyczne”¹³².

¹³² D. Kornas-Biela, *Diagnostyka prenatalna*, w: A. Muszala (red.), *Encyklopedia Bioetyki*, Radom 2005, s. 101.

Uwzględniając ryzyko badań prenatalnych, można stwierdzić, iż nie budzi zastrzeżeń natury moralnej zastosowanie tych badań, gdy spełnione są trzy warunki. Po pierwsze rodzice muszą wyrazić świadomą i dobrowolną zgodę na przeprowadzenie badań, po wcześniejszym otrzymaniu od lekarza wszelkich koniecznych dla nich informacji dotyczących: wybranej techniki (ryzyko komplikacji, ryzyko błędu diagnostycznego, ograniczenia metody, konieczność jej zastosowania) oraz prawdopodobieństwa wystąpienia choroby i jej konsekwencji i możliwości terapeutycznych lub ich braku. Drugim warunkiem pozytywnej oceny diagnostyki prenatalnej jest konieczność przeprowadzenia badań, ze względu na zagrożenie zdrowia lub życia matki lub dziecka, konieczność terapii prenatalnej lub przygotowanie odpowiednich warunków do porodu lub interwencji chirurgicznej u dziecka tuż po urodzeniu. Ostatnim warunkiem jest co najwyżej zrównoważenie, ale nigdy przekroczenie ryzyka przeprowadzenia badań w porównaniu z prawdopodobieństwem wystąpienia defektu wrodzonego u dziecka.

Na koniec pragnę przytoczyć fragmenty tekstów Kościoła katolickiego na temat diagnostyki prenatalnej. W instrukcji encykliki *Donum vitae* – co do ryzyka badań prenatalnych – stwierdza się: „Taka diagnoza jest dopuszczalna wtedy, gdy metody stosowane za zgodą odpowiednio poinformowanych rodziców chronią życie i integralność embrionu oraz jego matki, nie narażając ich na nieproporcjonalnie wielkie ryzyko”¹³³. Natomiast Jan Paweł II podczas przemówienia do uczestników ruchu dla życia powiedział: „(Lekarz) winien (...) przede wszystkim uważnie oceniać ewentualne negatywne skutki, jakie niezbędne użycie określonej techniki badania może wyrzucić na płód, i uniknąć stosowania takich metod diagnostycznych, co do których uczciwiej celowości nie posiadałoby się wystarczającej gwa-

¹³³ Kongregacja Nauki Wiary, Instrukcja *Donum vitae*. O szacunku dla rodzącego się życia ludzkiego i o godności jego przekazywania. 22.II.1987, nr I 2. Za: D. Kornas-Biela, *Diagnostyka prenatalna*, w: A. Muszala (red.), *Encyklopedia Bioetyki*, Radom 2005, s. 105.

rancji. A jeśli, jak często bywa przy dokonywaniu ludzkich wyborów, jakiś stopień ryzyka będzie musiał być podjęty, niech zatroszczy się o sprawdzenie, czy jest to rekompensowane przez prawdziwą konieczność pilnej diagnozy i znaczenie osiągniętych dzięki temu rezultatów dla dobra poczętego istnienia”¹³⁴.

b. Intencja i cel diagnozy

„Decydujący o moralnej ocenie indywidualnej decyzji skorzystania z diagnostyki prenatalnej jest motyw oraz cel diagnozy”¹³⁵. Za nieetyczne uważa się przeprowadzanie badań jedynie dla zaspokojenia ciekawości. Zdarza się, że rodzice pragną się dowiedzieć jeszcze przed urodzeniem, jaka będzie płeć dziecka. Niektóre matki kolekcjonują zdjęcia z USG. Tymczasem rodzice zapominają o konsekwencjach prowadzenia tych badań dla rozwoju własnego dziecka. Mimo, iż nie został potwierdzony negatywny wpływ USG na przebieg ciąży, jednak należy zachować zdrowy rozsądek i umiar w korzystaniu z tej metody. Nie ma sensu narażanie dziecka na niepotrzebne ryzyko.

Jeszcze bardziej niemoralne jest poddanie się badaniom prenatalnym w celu wykrycia wady wrodzonej, ale nie w celu eliminacji wady lub przygotowania się na urodzenie chorego dziecka, lecz w celu dokonania selektywnej aborcji. Jeżeli rodzice decydują się na wykonanie badań diagnostycznych i nastawiają się na taką możliwość, że w razie wykrycia wady podejmą wszelkie kroki w celu pozbycia się dziecka, należy takie zachowanie potępić. Należy tu również wspomnieć, iż na potępienie zasługuje również postawa każdej osoby, która będzie w takich działaniach wspierać kobietę ciężarną. Cho-

¹³⁴ Jan Paweł II, *Zasady moralne diagnostyki i terapii prenatalnej*. Przemówienie do uczestników „Movimento per la vita”. 3.XII.1982, nr 4, w: K. Szczygieł (red.), *W trosce o życie*. Wybrane dokumenty Stolicy Apostolskiej, Tarnów 1998. Za: D. Kornas-Biela, *Diagnostyka prenatalna*, w: A. Muszala (red.), *Encyklopedia Bioetyki*, Radom 2005, s. 104-105.

¹³⁵ D. Kornas-Biela, *Diagnostyka prenatalna*, w: A. Muszala (red.), *Encyklopedia Bioetyki*, dz. cyt., s. 102.

dzi tu zatem zarówno o najbliższych krewnych kobiety (mąż, rodzice, dalsza rodzina), jak również o znajomych czy tym bardziej personel medyczny (lekarz prowadzący ciążę, lekarz pierwszego kontaktu, lekarz w poradni genetycznej). Jeżeli uwzględnia się choćby tylko możliwość poddania się aborcji w razie negatywnego wyniku badań, „to już samo poddanie się badaniu jest wysoce niemoralne i z katolickiego punktu widzenia jest grzechem przeciw życiu”¹³⁶. Stąd istnieje konieczność wcześniejszego poinformowania pacjentek o moralnych konsekwencjach kontekstu podjętej przez nie decyzji. W instrukcji do encykliki *Donum vitae* czytamy na ten temat: „Diagnoza przedporodowa sprzeciwia się prawu moralnemu wtedy, gdy w zależności od wyników prowadzi do przerwania ciąży. Badania stwierdzające istnienie jakiejś deformacji płodu lub choroby dziedzicznej nie mogą pociągać za sobą wyroku śmierci. Jeśli więc kobieta poddaje się diagnozie przedporodowej ze zdecydowaną intencją przerwania ciąży w wypadku, gdyby diagnoza wykazała istnienie deformacji lub anomalie, to dopuszcza się czynu niegodziwego. Podobnie działaliby w sposób przeciwny zasadom moralnym małżonek, krewni czy ktokolwiek inny, skłaniając lub zmuszając kobietę w ciąży do podjęcia badań w celu ewentualnego przerwania ciąży. Byłby również odpowiedzialny za niegodziwą współpracę specjalista, który w przeprowadzaniu badania czy w podaniu jego wyników rozmyślnie przyczyniłby się lub sprzyjał ustaleniu powiązań pomiędzy badaniami przedporodowymi a przerwaniem ciąży (...) Jak każdy zbieg medyczny na pacjencie, należy uznać za dopuszczalne zabiegi na embrionie ludzkim, pod warunkiem, że uszanują życie i integralność embrionu, nie narażając go na ryzyko nieproporcjonalnie wielkie; gdy są podejmowane w celu leczenia, poprawy jego stanu zdrowia lub dla ratowania zagrożonego życia”¹³⁷. Z kolei Jan Paweł II w encyklice *Evangelium*

¹³⁶ D. Kornas-Biela, *Diagnostyka prenatalna*, w: A. Muszała (red.), *Encyklopedia Bioetyki*, Radom 2005, s. 103.

¹³⁷ Kongregacja Nauki Wiary, Instrukcja *Donum vitae*. O szacunku dla rodzącego się życia ludzkiego i o godności jego przekazywania. 22.II.1987, nr 1. 2. Za: D. Kornas-Biela, *Diagnostyka prenatalna*, w: A. Muszała (red.),

vitae pisze: „Badania prenatalne, które nie wzbudzają obiekcji moralnych, o ile są podejmowane w celu wskazania ewentualnych terapii, których podjęcia wymaga zdrowie dziecka nienarodzonego, zbyt często dostarczają okazji do zaproponowania i wykonywania przerywania ciąży. Jest to wówczas aborcja eugeniczna, akceptowana przez opinię publiczną o specyficznej mentalności, co do której ustala się błędny pogląd, że jest ona wyrazem wymogów ‘terapeutycznych’: mentalność ta przyjmuje życie tylko pod pewnymi warunkami, odrzucając ułomność, kalectwo i chorobę”¹³⁸. Natomiast *Katechizm Kościoła Katolickiego* podaje: Ponieważ embriion powinien być uważany za osobę od chwili poczęcia, powinno się bronić jego integralności, troszczyć się o niego i leczyć w miarę możliwości jak każdą istotę ludzką. Diagnostyka prenatalna jest moralnie dozwolona, jeśli ‘szanuje życie oraz integralność embriionu i płodu ludzkiego, dąży do jego ochrony albo do jego indywidualnego leczenia... Sprzeciwia się prawu moralnemu wtedy, gdy w zależności od wyników prowadzi do przerywania ciąży. Diagnostyka nie powinna pociągać za sobą wyroku śmierci’”¹³⁹.

Pozytywnie należy ocenić przeprowadzenie badań prenatalnych, jeżeli stoi za nimi cel terapeutyczny, np. rodzice decydują się dowiedzieć czy ich dziecko jest zdrowe, zaś w przypadku negatywnych wiadomości podejmą wszelkie starania, aby dziecko – mimo wad – bezpiecznie przyszło na świat, a w miarę możliwości, aby można je było poddać terapii prenatalnej lub tuż po urodzeniu. „Diagnostyka prenatalna daje np. szansę niesienia pomocy noworodkowi z wrodzo-

Encyklopedia Bioetyki, dz. cyt., s. 105; Kongregacja Nauki Wiary, Instrukcja *Donum vitae*. O szacunku dla rodzącego się życia ludzkiego i o godności jego przekazywania. 22.II.1987, nr 1.3. Za: J. Umiastowski, *Medycyna prenatalna*, w: A. Muszała (red.), *Encyklopedia Bioetyki*, dz. cyt., s. 302.

¹³⁸ Jan Paweł II, Encyklika *Evangelium vitae*. O wartości i nienaruszalności życia ludzkiego. 25.III.1995, nr 14. Za: J. Umiastowski, *Medycyna prenatalna*, w: A. Muszała (red.), *Encyklopedia Bioetyki*, Radom 2005, s. 302.

¹³⁹ *Katechizm Kościoła Katolickiego*, nr 2274. Za: J. Umiastowski, *Medycyna prenatalna*, w: A. Muszała (red.), *Encyklopedia Bioetyki*, dz. cyt., s. 302.

nymi wadami serca. Poród dokonuje się wówczas w specjalistycznym ośrodku, a dziecko jest szybko przygotowane do kardiochirurgicznego zabiegu. Dla wielu dzieci jest to jedyna szansa na przeżycie¹⁴⁰. „Niestety liczba chorób, wobec których można zastosować prenatalną terapię, jest stosunkowo niewielka, np. podawanie leków matce lub bezpośrednio dziecku (np. w zaburzeniach hormonalnych, metabolicznych, pracy serca), transfuzja krwi do naczyń płodowych, operacje chirurgiczne w wadach rozwojowych (np. umożliwienie spływania moczu lub nadmiaru płynu mózgowo-rdzeniowego do wód płodowych¹⁴¹, okresowe zamknięcie tchawicy w przepuklinie przepony płodowej, zamknięcie szczeliny przy rozszczepie kręgosłupa, transplantacja szpiku kostnego). Wiele metod terapeutycznych jest na razie w fazie eksperymentalnej lub – ze względu na ogromne koszty i duże ryzyko – są w rzeczywistości rzadko stosowane i to jedynie w wysoko wyspecjalizowanych ośrodkach”¹⁴².

Za etyczne uważa się również przeprowadzenie badań w celu wykrycia ewentualnie wady wrodzonej i przygotowanie się na urodzenie chorego dziecka, nawet jeśli jest to wada, której nie można wyleczyć ani przed ani po urodzeniu dziecka. Wówczas rodzice pragną przygotować siebie i najbliższe środowisko na przyjęcie tego daru, jakim jest chore dziecko. Niestety pogodzenie się z taką wiadomością często jest bardzo trudne dla rodziców, gdyż nierzadko wiąże się z różnymi przykrymi konsekwencjami ze strony osób trzecich. Ponadto rodzice, którzy dowiadują się, że ich dziecko będzie nieuleczalnie

¹⁴⁰ L. Szczepaniak, *Genetyka*, w: A. Muszala (red.), *Encyklopedia Bioetyki*, dz. cyt., s. 168.

¹⁴¹ Nadmiar płynu rdzeniowo-mózgowego występuje w wodogłowie, powodując, że mózg nie może się normalnie rozwijać i jest dużo mniejszy od normalnego mózgu. Gdyby dziecko przyszło na świat z tą chorobą, nie dałoby się mu już w żaden sposób pomóc, gdyż zmiany te są nieodwracalne, pomoc może jedynie interwencja chirurgiczna w okresie prenatalnym, która jest w tym przypadku wskazana.

¹⁴² D. Kornas-Biela, *Diagnostyka prenatalna*, w: A. Muszala (red.), *Encyklopedia Bioetyki*, Radom 2005, s. 102.

chore, potrzebują wsparcia społecznego ze strony specjalistów. Tymczasem bardzo często są pozostawieni sami sobie, sami muszą się borykać z wszelkimi trudnościami związanymi z posiadaniem chorego dziecka. Dlatego psychiczne przygotowanie się na urodzenie dziecka jest procesem niezwykle trudnym i nieczęsto się udaje. „Nie istnieją żadne służby psychologiczno-medyczno-duszpasterskie, które byłyby wyspecjalizowane w udzielaniu pomocy rodzicom w tej dramatycznej dla nich sytuacji. Trudno w okresie ciąży zintegrować taką informację w koncepcję siebie i swojej przyszłości, w plany rodzinne oraz w przywiązanie do dziecka”¹⁴³.

Na koniec rozważań dotyczących oceny celu i motywu przeprowadzania badań prenatalnych pragnę jeszcze wspomnieć o jednym problemie, który jest z tą tematyką związany. Chodzi o tzw. skrining genetyczny (ang. *screening* – ekranowanie, przesiewanie), czyli „populacyjne badanie przesiewowe – różne metody diagnostyki prenatalnej lub badania postnatalnego przeprowadzone w obrębie określonej populacji w celu wykrycia schorzenia genetycznego występującego w danej grupie etnicznej o wiele częściej niż w pozostałej części społeczeństwa”¹⁴⁴. Jest to zatem program, którego realizacja dokonuje się na skalę wybranej populacji i jest finansowana przez WHO. Do takich badań należą badania na obecność talasemii w rejonach basenu Morza Śródziemnego (Grecja Włochy, Cypr, Sycylia), niedokrwistości sierpowatokrwinkowej wśród Murzynów, choroby Tay-Sachsa wśród Żydów aszkenazyjskich, czy mukowiscydozy w rasie kaukaskiej¹⁴⁵. Takie badania przesiewowe w kierunku nosicielstwa pozwalają na skorzystanie z poradnictwa genetycznego i ewentualne poddanie się terapii. Skrining genetyczny, posługujący się metodami diagnostyki prenatalnej podlega takiej samej ocenie jak te metody, a zatem: ocenie ryzyka powikłań po badaniach oraz ocenie motywu, celu i wykorzy-

¹⁴³ Tamże.

¹⁴⁴ A. Muszala, *Skrining genetyczny*, w: A. Muszala (red.), *Encyklopedia Bioetyki*, Radom 2005, s. 404.

¹⁴⁵ Tamże, s. 405.

stania tych badań. Należy wspomnieć o tym, iż badania skringowe są moralnie nie do przyjęcia, jeżeli zmusza się kogoś do wykonania danego badania lub jeżeli – w przypadku wykrycia nosicielstwa jakiejś ciężkiej choroby – dyskryminuje się osobę dotkniętą chorobą. Na ten temat czytamy w Karcie Pracowników Służby Zdrowia: „Cel, ze względu na który może być żądana lub praktykowana diagnoza przedporodowa, powinien być zawsze dobroczynny dla dziecka i matki, by ukierunkować podjęcie interwencji terapeutycznych, dać pewność i spokój kobietom w ciąży zasmuconym z powodu wątpliwości odnośnie do deformacji płodu i skłonnych do przerywania ciąży, przygotować, w przypadku nieszczęśliwego wyniku, na przyjęcie życia naznaczonego upośledzeniem. Diagnoza przedporodowa sprzeciwia się poważnie prawu moralnemu, gdy w zależności od wyników prowadzi do przerywania ciąży. Badania stwierdzające istnienie jakiejś deformacji płodu lub choroby dziedzicznej nie powinny pociągać za sobą wyroku śmierci. Tak samo niedozwolone jest każde wskazanie i program władz cywilnych lub organizacji naukowych, które sprzyjają bezpośredniemu powiązaniu między diagnozą przedporodową i przerywaniem ciąży”¹⁴⁶.

b. Problem poradnictwa genetycznego

Na początku pracy wspomniałam o tym, że zapobieganie chorobom wrodzonym obejmuje również – obok diagnostyki prenatalnej – poradnictwo genetyczne. Już w starożytności podejmowano tematykę chorób dziedzicznych oraz zapobiegania im i radzenia sobie z nimi. W dzisiejszych czasach we wszystkich krajach świata przywiązuje się dużą wagę do problematyki chorób i wad wrodzonych. Spowodowane to jest faktem wzrostu liczby osób chorych, które mimo obciążenia defektem, decydują się na poczęcie dziecka, ale także lepszą diagnostyką chorób genetycznych i możliwością podjęcia

¹⁴⁶ Karta Pracowników Służby zdrowia, nr 61. Za: A. Muszala, *Skryning genetyczny*, w: A. Muszala (red.), *Encyklopedia Bioetyki*, Radom 2005, s. 408.

terapii prenatalnej lub postnatalnej. Pierwsze ośrodki, w których eksperci udzielali porady genetycznej, powstały jeszcze w latach trzydziestych XX wieku. Miały one wyraźny charakter i cel eugeniczny. Po drugiej wojnie światowej zaczęto otwierać w USA poradnie genetyczne, przypominające charakterem dzisiejsze. Do tej pory jednak w Japonii poradnie genetyczne nazywane są „centrami poradnictwa ochrony eugenicznej”¹⁴⁷.

Poradnictwo genetyczne jest częścią genetyki klinicznej. Zajmuje się określeniem ryzyka wystąpienia u dziecka wady genetycznej lub wrodzonej. Jak podają podręczniki dla studentów medycyny, poradnictwo genetyczne również „pomaga rodzicom w podjęciu decyzji co do antykoncepcji, sterylizacji, adopcji, sztucznej inseminacji, wykrycia nosicielstwa choroby, kierowania do ośrodków zajmujących się dziećmi upośledzonymi, diagnostyki prenatalnej oraz wskazań do przerwania ciąży”¹⁴⁸. Bardzo ważne jest, aby lekarz pamiętał, że jego relacja z pacjentką powinna być współpracą. „Doradca genetyczny powinien traktować pacjenta jako osobę zdolną do podejmowania podstawowych decyzji w zgodzie z preferowanymi wartościami. Pacjent powinien z kolei szanować sumienie lekarza i nie wolno mu wymagać od niego postępowania sprzecznego z jego systemem wartości. Zarówno pacjent, jak i lekarz mają pewne powinności moralne i mają obowiązek szanować wolność i godność drugiej osoby”¹⁴⁹.

Od tego, jaki jest wynik badania, często zależy dalsza decyzja pacjentki, dotycząca losów ciąży, to znaczy życia nowej istoty ludzkiej. Istotnym elementem poradnictwa genetycznego jest poinformowanie pacjentki przez lekarza o konsekwencjach prowadzenia testów prenatalnych. Pozytywny wynik badań prenatalnych cieszy rodziców, zapewnia im komfort psychiczny i ulgę. „W przypadku potwierdze-

¹⁴⁷ D. Komasa-Biela, *Poradnictwo genetyczne*, w: A. Muszala (red.), *Encyklopedia Bioetyki*, dz. cyt., s. 358.

¹⁴⁸ W. W. Beck, *Położnictwo i ginekologia*, Wrocław 1995, s. 145.

¹⁴⁹ A. Przyłuska-Fischer, *Wybrane zagadnienia etyczne poradnictwa genetycznego i genetyki medycznej*, „Zdrowie i Zarządzanie”, 6 (2004), nr 5, s. 14.

nia choroby płodu, rodzice stają przed niezwykle trudną decyzją¹⁵⁰. Muszą dokonać wyboru między selektywnym poronieniem i zakończeniem ciąży, a donoszeniem ciąży do czasu rozwiązania. W tym drugim przypadku wiedza o rodzaju wady u płodu pozwala na przeprowadzenie porodu (...) oraz na dokonanie właściwych przygotowań celem wykonania ewentualnego zabiegu operacyjnego, rozpoczęcia leczenia farmakologicznego lub dietetycznego. Stanowi też podstawę dla rozważenia możliwości wykonania prenatalnej interwencji terapeutycznej¹⁵¹. Dlatego też bardzo istotnym elementem poradnictwa genetycznego jest zasada niedyrektywnego doradzania rodzicom poczętego dziecka. Jan Paweł II pisze na ten temat: „Odkrycia ojca Grzegorza Mendla i genetyki, która z nich się wywodzi, pozwalają na ocenę ryzyka chorób dziedzicznych. Zadaniem odpowiedzialnego lekarza będzie więc określenie w rozległych ramach tych możliwych zniekształceń, które na podstawie uważnego studium drzewa genealogicznego osób zainteresowanych powołaniem do życia nowego istnienia wydają się prawdopodobne”¹⁵². Lekarz musi pamiętać, że to nie on, ale rodzice podejmują decyzje dotyczące swojego dziecka. Bez względu na decyzję rodziców lekarz musi im pomóc w podjęciu dalszych kroków. Lekarz nie ma prawa wyrażać własnej opinii jako jedyne słusznego zdania, ani nic sugerować rodzicom¹⁵³. Trzeba

¹⁵⁰ Najczęściej w takich przypadkach dochodzi do przerwania ciąży ze wskazań lekarskich. Za: J. Zaremba, *Diagnostyka prenatalna*, „Kosmos”, 43 (1994), nr 3-4, s. 368.

¹⁵¹ J. J. Pietrzyk, *Nowe perspektywy profilaktyki i leczenia chorób dziedzicznych i wad u płodu*, supl. 1: Międzynarodowa Konferencja „Postępy w neonatologii”, „Przegląd Lekarski”, (2002), nr 59, s. 2.

¹⁵² Jan Paweł II, *Zasady diagnostyki i terapii prenatalnej*. Przemówienie do uczestników kongresu „Movimento per la vita”, 3.XII.1982, nr 2, w: K. Szczygieł (red.), *W trosce o życie. Wybrane dokumenty Stolicy Apostolskiej*, Tarnów 1998. Za: D. Kornas-Biela, *Poradnictwo genetyczne*, w: A. Muszala (red.), *Encyklopedia Bioetyki*, Radom 2005, s. 360.

¹⁵³ P. Kądziołka, *Genetyka w położnictwie*, w: T. Pisarski (red.), *Polożnictwo i ginekologia*, Warszawa 2001, s. 19.

bowiem pamiętać, że pacjentem jest nie tylko matka, ale i poczęte dziecko, któremu przysługują prawa pacjenta. Porada genetyczna powinna być rzetelna, obiektywna, lekarz musi poinformować zarówno o tym, na czym polega choroba¹⁵⁴, jakie jest ryzyko jej wystąpienia u członków rodziny osoby chorej, jakie jest ryzyko przeprowadzenia badań prenatalnych i jakie są możliwości terapii danego schorzenia oraz złagodzenia objawów choroby. „Pomimo postulatu niedyrektywnego przekazu przez lekarza różnych niepomysłnych informacji, sposób ich przedstawienia rodzicom wpływa na ich decyzję o podaniu się diagnozie, często bez uwzględnienia ryzyka pomyłki co do jej wyników, ryzyka poronienia lub innych powikłań (np. prawdopodobieństwo poronienia w wyniku amniopunkcji jest większe niż wystąpienie choroby Downa u dziecka nawet czterdziestoletniej kobiety)¹⁵⁵. „W przypadku chorób uwarunkowanych genetycznie niezwykle ważny jest sposób przekazywania wyników badań, umożliwiający pacjentowi zrozumienie ich treści. (...) Wedle niektórych danych 21-75% osób nie pamięta lub nie rozumie przekazanych im w czasie porady informacji (...) Należy podkreślać właściwe zrozumienie przekazywanych informacji oraz praktyczną umiejętność przetłumaczenia wyników testów genetycznych na język zachowań umożliwiających podjęcie pozytywnych działań zapobiegawczych. Ocena ryzyka w sytuacji podejmowania decyzji zależy w znaczącym stopniu od sposobu prezentacji czy też ujęcia problemu. Zrozumienie wyników testów genetycznych w bardzo wielu przypadkach wymaga umiejętności myślenia w kategoriach prawdopodobieństwa, z czym nie zawsze pacjenci dają sobie radę¹⁵⁶. Jak podkreśla profesor Anna

¹⁵⁴ Rodzice muszą mieć świadomość konsekwencji choroby, które mogą przybrać postać ciężkiego kalectwa fizycznego, upośledzenia umysłowego, bądź mogą prowadzić do śmierci dziecka nawet niedługo po urodzeniu. Za: A. Latos-Bieleńska, *Poradnictwo genetyczne – cele i zasady ogólne*, „Pediatria Praktyczna”, 6 (1998), nr 3-4, s. 23.

¹⁵⁵ D. Kornas-Biela, *Diagnostyka prenatalna*, w: A. Muszala (red.), *Encyklopedia Bioetyki*, dz. cyt., s. 102.

¹⁵⁶ A. Przyłuska-Fiszler, *Wybrane zagadnienia etyczne poradnictwa genetycznego i genetyki medycznej*, „Zdrowie i Zarządzanie”, 6 (2004), nr 5, s. 15.

Latos-Bieleńska „niewłaściwe udzielenie porady genetycznej (...) jest (...) błędem w sztuce, mogącym tragicznie zaważyć na dalszych losach rodziny”¹⁵⁷. Dlatego rozmowa lekarza z rodzicami dziecka dotkniętego chorobą genetyczną lub rodziców z grupy podwyższonego ryzyka jest bardzo ważnym momentem. Nie może być przeprowadzana pośpiesznie, ale spokojnie w odpowiednich warunkach, z obojgiem rodziców równocześnie. Lekarz we właściwy sposób musi przygotować rodziców na wszelkie konsekwencje, które dopiero nadejdą i być pewnym, że rodzice wszystko zrozumieli.

Porada genetyczna jest potrzebna również pacjentkom, które nie należą do grup wysokiego ryzyka, ale również „z niepłodnością pierwotną, licznymi niepowodzeniami położniczymi, pierwotnym brakiem krwawień miesięcznych oraz małżeństwem krewniaczym”¹⁵⁸. „Poradnictwo genetyczne służy zawsze indywidualnym rodzinom ryzyka genetycznego, natomiast nie służy eugenicie. Jest ważne, aby zarówno lekarz jak i pacjenci zdawali sobie sprawę z takiej roli poradnictwa genetycznego. Korzystanie z porady genetycznej, w tym z diagnostyki opartej na badaniu materiału genetycznego osoby chorej czy osoby ryzyka genetycznego jest dobrowolne, a wyniki badań obejmowane są szczególną tajemnicą lekarską”¹⁵⁹. Niezwykle trudnym zadaniem, jakie stoi przed lekarzem pracującym w poradni genetycznej, jest pomoc pacjentom w przystosowaniu się do faktu, iż należą do grupy podwyższonego ryzyka. Czasem takie zadanie należy zrealizować przez odesłanie rodziców oczekujących chorego dziecka do poradni psychologicznej, skierowanie na psychoterapię lub pomoc w znalezieniu odpowiedniej grupy wzajemnego wsparcia (są to grupy wspólnotowo-terapeutyczne, których członkowie dotknięci są takim samym problemem i dzięki świadectwu i wzajemnej pomocy

¹⁵⁷ A. Latos-Bieleńska, *Poradnictwo genetyczne – cele i zasady ogólne*, „Pediatria Praktyczna”, 6 (1998), nr 3-4, s. 24.

¹⁵⁸ P. Kądziołka, *Genetyka w położnictwie*, w: T. Pisarski (red.), *Położnictwo i ginekologia*, Warszawa 2001, s. 19.

¹⁵⁹ A. Latos-Bieleńska, *Poradnictwo genetyczne – cele i zasady ogólne*, „Pediatria Praktyczna”, 6 (1998), nr 3-4, s. 24.

wspierają się nawzajem w swojej trudnej sytuacji). „Podkreśla się (...) konieczność wypracowania metody przeciwdziałania potencjalnym negatywnym konsekwencjom psychologicznym ujawnienia wyników testów genetycznych, takim jak poczucie winy za przekazanie choroby potomstwu. Wiadomo, że nawet negatywny wynik testu genetycznego może zrodzić problemy psychologiczne (np. poczucie winy za bycie zdrowym w rodzinie obciążonej podwyższonym ryzykiem choroby)”¹⁶⁰.

Poradnictwo genetyczne składa się z kilku etapów, z których każdy jest niezwykle ważny i ze strony lekarza nie powinno dojść do jakichkolwiek zaniedbań na żadnym etapie: zebranie wywiadu rodzinnego (dotyczy rodowodu genetycznego, chorób genetycznych, jakie pojawiły się w rodzinach matki i ojca nawet do kilku pokoleń wstecz), przeprowadzenie badań fizykalnych i genetycznych, postawienie diagnozy i przekazanie informacji na jej temat oraz udzielenie odpowiednich rad, a także katamneza, czyli gromadzenie wszelkich potrzebnych w tym konkretnym przypadku danych. Prawdopodobnie najważniejszym z tych etapów jest dokładne zebranie wywiadu genetycznego z ustaleniem rodowodu, gdyż „poprzez rodowód ustala się stopień pokrewieństwa oraz sposób dziedziczenia rozpatrywanej choroby. Określenie sposobu dziedziczenia może być jedną ze wskazówek trafności rozpoznania choroby uwarunkowanej genetycznie, a także ważnym elementem w prognozowaniu ryzyka powtórzenia tej choroby w rodzinie”¹⁶¹.

D. Kornas-Biela pisze: „Celem polityki zdrowotnej państwa w zakresie poradnictwa genetycznego jest identyfikacja rodzin z podwyższonym ryzykiem genetycznym oraz stopniowe zmniejszanie częstości chorób genetycznych w populacji. Cele te udaje się osiągnąć poprzez planowe badania prenatalne, przesiewowe badania noworod-

¹⁶⁰ A. Przyłuska-Fiszler, *Wybrane zagadnienia etyczne poradnictwa genetycznego i genetyki medycznej*, „Zdrowie i Zarządzanie”, 6 (2004), nr 5, s. 15.

¹⁶¹ A. T. Midro, *Rola badań genetycznych w ginekologii*, „Medipress Ginekologia-Położnictwo”, 5 (1999), nr 2, s. 22.

ków, sieć poradni genetycznych, dostępność selekcyjnej aborcji wobec dzieci zdiagnozowanych jako obciążone anomaliami dziedzicznymi i/lub rozwojowymi¹⁶².

Etyczna ocena poradnictwa genetycznego obejmuje również – jak to było w przypadku diagnostyki prenatalnej – ocenę motywu, czyli intencji oraz sposobu wykorzystania, które można oceniać jako moralnie dobre lub złe. Samo zaś udzielanie rad genetycznych, jeśli nie ma charakteru dyrektywnego, jest moralnie obojętne. Nie budzi bowiem zastrzeżeń fakt, iż narzeczeni czy małżonkowie przychodzą do poradni genetycznej w celu zaciągnięcia informacji o ryzyku wystąpienia choroby dziedzicznej u ich dziecka. Wręcz jest nawet wskazane, aby małżeństwa – zwłaszcza te z grupy podwyższonego ryzyka – domagały się takiej porady. Jest to niezwykle przydatne, gdy chodzi o podjęcie właściwej decyzji dotyczącej planów prokreacyjnych. Nie zawsze osoby z rodowodem genetycznym wskazującym na ryzyko wystąpienia choroby dziedzicznej muszą zaniechać poczęcia dziecka. Z kolei zdarzają się sytuacje, w których lepiej byłoby, aby rodzice wstrzymali się z podjęciem decyzji o poczęciu dziecka, w zamian za to zdecydowali się np. na adopcję. „Poradnictwo genetyczne może więc być pomocą dla odpowiedzialnego rodzicielstwa (wykorzystującego naturalne metody planowania rodziny, ale też wielkodusznie przyjmującego każde poczęte życie), dla usunięcia nadmiernych obaw przed poczęciem chorego dziecka, dla decyzji o powstrzymaniu się od poczęcia w sytuacji wysokiego ryzyka wystąpienia ciężkiej choroby genetycznej w rodzinie, dla podjęcia działań profilaktycznych przed planowanym poczęciem (np. terapia kwasem foliowym) oraz dla skorzystania z diagnostyki prenatalnej w celu podjęcia wczesnego leczenia, jeśli dziecko okaże się chore¹⁶³.

¹⁶² D. Kornas-Biela, *Poradnictwo genetyczne*, w: A. Muszala (red.), *Encyklopedia Bioetyki*, Radom 2005, s. 357.

¹⁶³ D. Kornas-Biela, *Poradnictwo genetyczne*, w: A. Muszala (red.), *Encyklopedia Bioetyki*, Radom 2005, s. 358.

Za nieetyczne uważa się wykorzystywanie porady genetycznej w celu podjęcia decyzji o poddaniu się sztucznemu zapłodnieniu lub sterylizacji lub stosowaniu antykoncepcji. Nadużyciem moralnym jest również wykorzystywanie informacji uzyskanych w wyniku przeprowadzenia wywiadu genetycznego i badań genetycznych dla celów polityki społecznej, która miałaby segregować ludzi ze względu na lepszy lub gorszy garnitur chromosomowy i na tej podstawie określać przydatność społeczną poszczególnych osób. Dlatego też w poradnictwie genetycznym obowiązuje szczególnie mocno zasada tajemnicy lekarskiej, gdyż jej niezachowanie mogłoby bardzo zaszkodzić pacjentom korzystającym z poradni genetycznej (np. represje dotycząc wstępowania w związki małżeńskie osób chorych ze zdrowymi – tzw. stygmatyzm). „Wszelka dyskryminacja tego rodzaju, dokonana czy to w imię rasy, czy też płci, czy też w imię koloru skóry, czy religii, jest zawsze niegodziwa”¹⁶⁴.

Podsumowując, można stwierdzić, że działanie lekarza w poradni genetycznej można uznać za moralnie bez zastrzeżeń, o ile zostaną uznane trzy podstawowe zasady poradnictwa genetycznego: zasada autonomii, zasada niekrzywdzenia i obowiązek działania na rzecz dobra pacjenta i zasada sprawiedliwości. Zgodnie z pierwszą z nich pacjent powinien być traktowany podmiotowo, należy odrzucić paternalizm lekarza, który stosuje, „wprawdzie dobroczynne, ale autorytarne podejście do pacjenta”¹⁶⁵. Druga zasada dotyczy niesienia pomocy pacjentom, którzy stykają się z trudną rzeczywistością w poradni genetycznej. Trzeba pamiętać, że lekarz ma służyć pacjentom, jest dla nich, a jego działanie ma się opierać na słowach przysięgi Hippokratesa *primum non nocere* – po pierwsze nie szkodzić. Dlatego lekarz we własnym sumieniu musi się zastanowić, jak wykorzystać wyniki testów genetycznych, aby służyły dobru pacjentów. Podstawą

¹⁶⁴ Kongregacja Nauki Wiary, Deklaracja *Quaestio de abortu*. O przerywaniu ciąży, 18.XI.1974, nr 11. Za: D. Kornas-Biela, *Poradnictwo genetyczne*, w: A. Muszala (red.), *Encyklopedia Bioetyki*, dz. cyt., s. 360.

¹⁶⁵ T. Biesaga, *Autonomia lekarza i pacjenta i lekarza a cel medycyny*, „Medycyna Praktyczna”, (2005), nr 6, s. 20.

postępowania lekarza powinna być – tak bardzo podkreślana przez E. Pellegrino – „dobroczynność względem pacjenta, realizowana we wzajemnym zaufaniu (*beneficence-in-trust*)”¹⁶⁶. „Medyczna interwencja oparta na wynikach testów genetycznych powinna pomóc pacjentowi. Należy porównać i zważyć na psychiczne korzyści płynące z otrzymania negatywnego wyniku testu z kosztami psychicznymi wpływającymi z otrzymania pozytywnego wyniku. Nawet pozytywny wynik może być traktowany jako korzystny, jeśli prowadzi do efektywnego leczenia lub jest podstawą podjęcia odpowiednich działań profilaktycznych”¹⁶⁷. Zasadę sprawiedliwości można zrealizować poprzez udostępnienie badań genetycznych wszystkim pacjentom, którzy ich potrzebują, niezależnie od ich możliwości finansowych oraz zapewnienie długoterminowej opieki rodzinom osób dotkniętych chorobami genetycznymi.

c. Psychologiczno-społeczne konsekwencje badań prenatalnych

Choć możliwości diagnostyki prenatalnej budzą wielki entuzjazm wśród zwolenników ich stosowania, to jednak często zapomina się o negatywnych skutkach, jakie niesie ze sobą poddanie się takim badaniom. O konsekwencjach natury zdrowotnej dla matki i dziecka pisałam szeroko we wcześniejszych paragrafach. Teraz pragnę się jednak zająć konsekwencjami natury psychologicznej i społecznej, które mają nie mniejsze znaczenie od tamtych, ale bardzo często są lekceważone i pomijane w ocenie badań prenatalnych.

Entuzjaści w sprawie diagnostyki prenatalnej twierdzą, że nie miała ona nigdy żadnego bezpośredniego związku z aborcją. Jednak trudno się z tym zgodzić, zważywszy na fakt, iż wiele matek, pragnących mieć dzieci, nie decyduje się na urodzenie, gdy dowiedzą się, że

¹⁶⁶ T. Biesaga, *Autonomia lekarza i pacjenta i lekarza a cel medycyny*, „Medycyna Praktyczna”, (2005), nr 6, s. 23.

¹⁶⁷ A. Przyłuska-Fischer, *Wybrane zagadnienia etyczne poradnictwa genetycznego i genetyki medycznej*, „Zdrowie i Zarządzanie”, 6 (2004), nr 5, s. 15.

ich dziecko jest obciążone wadą. „Rozszerza się liczba rodzin, w których każdy z członków dotknięty jest psychologicznymi konsekwencjami aborcji oraz rodziców, którzy pomimo wysokiego ryzyka genetycznego, decydują się na poczęcie ‘na próbę’ i nawet kilkakrotnie korzystają z selektywnej aborcji ‘defektywnego płodu’, a tym samym naznaczeni są prenatalną śmiercią zadaną kilkorgu dzieciom”¹⁶⁸. Okazuje się, że wraz z rozwojem diagnostyki prenatalnej wzrósł lęk przed urodzeniem dziecka chorego. Rodzice oczekują, że wynik badań prenatalnych będzie pozytywny, lękają się wyniku negatywnego lub nie dopuszczają do siebie nawet takiej myśli, że może tak być. Stosując psychologiczny mechanizm wyparcia negatywnych myśli powodują nieświadomie, że – gdy przyjdzie zła wiadomość – jeszcze trudniej im się z nią pogodzić.

Warto bliżej przyjrzeć się problemowi aborcji, gdyż jest to problem – jak się okazuje – nie tylko dotyczący dziecko, które się zabija, ale również rodziców, którzy obciążeni są psychologicznym ciężarem odpowiedzialności i często poczuciem winy. Problem aborcji ma również swoje konsekwencje społeczne. Aby je zrozumieć, należy najpierw przeprowadzić analizę źródeł ideologii aborcyjnej. Początków ideologii aborcyjnej można się dopatrywać w błędnych poglądach z XIX i XX wieku, które wynikały z licznych nie rozwiązanych problemów społecznych, ekonomicznych i politycznych¹⁶⁹. Uważano, że zło bierze się z biedy. Dlatego lękano się wzrostu demograficznego. Pojawiły się stanowiska, aby zahamować płodność biednych ludzi, których nie stać na utrzymanie rodzin wielodzietnych, i które są przyczyną nieszczęść na świecie. Pojawiła się idea kontrolowania urodzeń i planowania rodziny, co oznaczało akceptację nie tylko antykoncepcji, ale również sterylizacji czy kastracji, aż po legalizację aborcji. Obecnie – ze względów ekonomicznych – publikuje się ar-

¹⁶⁸ D. Kornas-Biela, *Diagnostyka prenatalna*, w: A. Muszala (red.), *Encyklopedia Bioetyki*, Radom 2005, s. 103.

¹⁶⁹ T. Biesaga, *Źródła ideologii aborcyjnej*, „Medycyna Praktyczna”, (2005), nr 3, s. 26.

tykuły, w których przeprowadza się analizy, które mają na celu wykazanie nieopłacalności posiadania, utrzymywania, leczenia czy rehabilitacji dzieci chorych. Dowodzi się, że lepiej przeznaczyć więcej pieniędzy na diagnostykę prenatalną, która wykryje defekty wrodzone a następnie na selektywną aborcję, niż na pomoc rodzinom z upośledzonymi dziećmi. Rodziców przekonuje się dzisiaj, że pozwalając urodzić się dzieciom chorym, obarczają niepotrzebnymi wydatkami innych obywateli, narażają na szkody finansowe całe społeczeństwo. Lepiej zatem usunąć niepotrzebne embriony, zanim przyjdą na świat ludzie gorszego gatunku.

„Wiązanie diagnostyki prenatalnej z aborcją czyni ją elementem współczesnej formy eugeniki¹⁷⁰ (eugeniki socjokulturowej), kontroli populacji, elementem prenatalnej eutanazji. (...) Dziecko zdiagnozowane jako nie spełniające oczekiwań zostaje uznane za ‘niechciane’, ‘osobę nie w pełni tego słowa znaczeniu’, ‘egzemplarz wybrakowany’, ‘życie pozbawione wartości’. Urodzenie takiego dziecka jest traktowane jako ‘zło moralne’, ‘zbrodnia’, ‘skrzywdzenie przez obdarzenie życiem’, a prosta kalkulacja potencjalnych korzyści i strat obliguje do niedopuszczenia do urodzenia”¹⁷¹. Modne stało się lansowanie hasła o zdrowym, silnym społeczeństwie, ze zdrowymi genami. Powoduje to spadek tolerancji dla osób chorych, niepełnosprawnych oraz dla ich rodzin.

Bardzo często stosuje się diagnostykę prenatalną jako element eugeniki, zasłaniając się hasłami „litości dla cierpiących”, „współczucia wobec pokrzywdzonych”. Prawdziwe cele tuszuje się chęcią obrony życia przed cierpieniem. Tymczasem nikt nie ma prawa decydować o życiu i śmierci drugiego człowieka. Nie można powiedzieć, że le-

¹⁷⁰ Eugenika (gr. *eugenēs* – dobrze urodzony) jest to „dyscyplina teoretyczno-praktyczna stawiająca sobie za cel poprawę ludzkiego gatunku, (...) ogół działań mających na celu eliminowanie genów chorobotwórczych z populacji”. Za: B. Chyrowicz, *Eugenika*, w: A. Muszala (red.), *Encyklopedia Bioetyki*, Radom 2005, s. 148.

¹⁷¹ D. Kornas-Biela, *Diagnostyka prenatalna*, w: A. Muszala (red.), *Encyklopedia Bioetyki*, dz. cyt., s. 103.

piej dla człowieka będzie, jeśli nie będzie żył, niżby miał cierpieć. Tym bardziej nie można powiedzieć, że należy zabić embrion, zanim się urodzi chore dziecko. Nie znamy przyszłości poczętego dziecka, nie wiemy, jak bardzo będzie cierpieć, czy ono samo nie wolałoby ze swoim cierpieniem żyć. Dokonując aborcji zabiera się dziecku prawo do powiedzenia własnego zdania na temat swojego życia. Zabiera mu się prawo życia, które jest prawem powszechnym, prawem wszystkich ludzi, prawem niezbywalnym. Tymczasem każdy człowiek ma prawo do dysponowania sobą i swoim życiem według własnego dobra. Przerywanie ciąży powoduje podporządkowanie czyjegoś życia własnej wygodzie, własnym korzyściom lub dążeniom. Aborcja powoduje „wzrost egoizmu i hedonizmu społecznego. Dokonywana jest w imię wolności, jednak każda wolność ma swoje ograniczenia wpływające z konieczności poszanowania uprawnień innych osób. Toteż społeczeństwo, które zezwala na aborcję, opowiada się przeciw prawom jednostki i wspólnoty, przeciw modelowi solidarności, jaki leży u podstaw rozwoju cywilizacji miłości”¹⁷².

Odkąd pojawiła się możliwość poddania się diagnostyce prenatalnej, spowodowała ona jednocześnie, że matki z niepokojem oczekujące na wynik badania, nie potrafią stworzyć więzi emocjonalnej z dzieckiem. Powoduje to złe samopoczucie matki w okresie ciąży, sprawia, że kobieta traktuje ciążę jako chorobę. Jednocześnie obojętne traktowanie poczętego dziecka przez jego matkę przyczynia się do deprecjacji sensorycznej, czyli pozbawienia dziecka bodźców, których potrzebuje do prawidłowego rozwoju. Matka – mimo wyczuwania obecności dziecka w swoim łonie, np. gdy dziecko się rusza – nie okazuje mu czułości, miłości. Mimo, że mogłaby do niego mówić (dziecko od piątego miesiąca życia prenatalnego słyszy głosy z zewnątrz a nawet rozpoznaje głos matki), to jednak czeka na werdykt lekarza ginekologa co do stanu zdrowia swojego dziecka. „Odmowę przywiązania do dziecka (...) można traktować jako formę

¹⁷² J. Kowalski, *Aborcja*, w: A. Muszala (red.), *Encyklopedia Bioetyki*, Radom 2005, s. 20.

przemocy prenatalnej (*fetus abuse*). Zastosowanie diagnostyki prenatalnej może również zaburzać kształtowanie się relacji uczuciowych dzieci z rodzicami, jeśli wiedzą, że ich stan zdrowia był prenatalnie testowany i urodziły się, bo spełniały odpowiednie kryteria (cechy tzw. 'zespołu ocalenia od aborcji'). Podobne problemy może przeżywać ich rodzeństwo¹⁷³. Problemy mogą się też pojawić w relacjach małżeńskich pary oczekującej dziecka. Jeżeli jedno z rodziców jest nosicielem wady genetycznej lub w historii jego rodziny były przypadki takich chorób, może się czuć odpowiedzialne za zdrowie dziecka, mieć poczucie winy, że naraża własne dziecko na cierpienie, zaś współmałżonka i pozostałe dzieci na ciężar opieki nad chorym dzieckiem. Może to być przyczyną kłótni małżeńskich oraz prowadzić do rozpadu małżeństwa.

Jeżeli zaś diagnostyka prenatalna prowadzi do aborcji, to jest już z pewnością przyczyną straszliwego kryzysu rodziny. Zostaje wymierzona przeciwko miłości, „bez której nie można żyć i bez której nie może funkcjonować ani jednostka, ani społeczność, także małżeńska i rodzinna. Bez miłości życie ludzkie traci sens. Człowiek czuje się dojrzały i realizuje siebie, gdy ma zdolność otwarcia się na innych, 'dawania się' innym. Buduje harmonię międzyludzką i zaufanie, co wyraża się przede wszystkim w poczuciu dziecka, któremu małżonkowie dają życie i możliwość harmonijnego rozwoju. Aborcja stanowi zanegowanie tego wszystkiego¹⁷⁴. Nie należy zapominać o tym, że diagnostyka prenatalna będąca na usługach aborcji jest pośrednią przyczyną powstania tzw. syndromu poaborcyjnego, który może się objawiać u kobiety jeszcze przez wiele lat po dokonaniu aborcji w postaci różnego rodzaju zaburzeń psychologicznych, jak np. ciągle poczucie winy za śmierć dziecka oraz w postaci konsekwencji fizjologicznych (niemożność kolejnego poczęcia lub donoszenia ciąży).

¹⁷³ D. Kornas-Biela, *Diagnostyka prenatalna*, w: A. Muszala (red.), *Encyklopedia Bioetyki*, Radom 2005, s. 104.

¹⁷⁴ J. Kowalski, *Aborcja*, w: A. Muszala (red.), *Encyklopedia Bioetyki*, dz. cyt., s. 20.

W czerwcu 2001 roku odbyła się we Frankfurcie nad Menem konferencja poświęcona inżynierii genetycznej, podczas której uchwalono rezolucję, której fragment brzmiał: „Rodzice mają prawo do spełnienia swojego życzenia posiadania dzieci, ale nie powinni podchodzić selektywnie do tych życzeń i odrzucać tych, które nie odpowiadają ich wyobrażeniom o zdrowym dziecku”¹⁷⁵.

Zakończenie

W artykule tym zostały przedstawione główne problemy etyczne związane z zastosowaniem i wykorzystaniem technik diagnostyki prenatalnej oraz bliskich temu poradnictwa i skriningu genetycznego. Jak wynika z powyższych rozważań, kontrowersje zrodzone na tym tle nie dotyczą samego faktu diagnozowania płodu. Problemem natury moralnej jest natomiast inwazyjność niektórych z tych technik, a co za tym idzie – ryzyko dla zdrowia matki i dziecka. Kontrowersje dotyczą również intencji, jaka przyświeca wykonywaniu badań prenatalnych oraz celu, jakiemu te badania mają służyć.

Ponieważ badania prenatalne wykonuje się na embrionach i płodach ludzkich, konieczne jest przyznanie im statusu osoby, co pozwoli na traktowanie ich z pełnym szacunkiem, który przysługuje każdemu człowiekowi. W oparciu o takie założenie, można sformułować oceny moralne dotyczące diagnozowania płodu i konsekwencji z tego wypływających.

Za etyczne uznano wykonywanie badań, których celem jest rozpoznanie wady wrodzonej płodu, co ma służyć podjęciu terapii prenatalnej, pomóc w przeprowadzeniu bezpiecznego porodu i zapewnić natychmiastową specjalistyczną pomoc lekarską tuż po urodzeniu.

¹⁷⁵ W imię godności i prawa do życia wszystkich ludzi, także embrionów. Rezolucja uchwalona podczas Forum Inżynierii Genetycznej Konferencji Niemieckiego Kościoła Ewangelickiego. Za: *Eugenika dzisiaj – czy zagrożone jest prawo do życia i godność człowieka?*, G. Pietruszewska (tłum.), „Postępy Psychiatrii i Neurologii”, 12 (2003), nr 4, s. 375.

Z uwagi na fakt, że nie wszystkie wykrywalne w okresie prenatalnym choroby można wyleczyć, za moralnie słuszne uznano również poddanie się badaniom prenatalnym także i w tych przypadkach, gdy – choć stwierdzony defekt jest nieodwracalny – rodzice pragną przygotować siebie i środowisko na przyjęcie chorego dziecka, zrozumieć jego wadę wrodzoną oraz stworzyć więź rodzicielskiego przywiązania z dzieckiem.

Niedopuszczalne z punktu widzenia etyki jest natomiast wykonywanie badań prenatalnych, jeżeli ich celem jest wykrycie wady wrodzonej i zakłada się, że gdyby taką wadę stwierdzono, wówczas przeprowadzi się aborcję. Takie postępowanie matki należy uznać za niemoralne. Również potępia się zachowanie wszystkich osób, które w takim działaniu matce towarzyszą, a więc małżonka, krewnych i znajomych, którzy zachęcają ciążarną do takiego działania, oraz lekarza, który utwierdza pacjentkę w tym przekonaniu, sugerując, że jest to najlepsze wyjście.

Za niemoralne uznano również wykonywanie badań prenatalnych z ciekawości, bez wskazań, co mogłoby zaszkodzić zdrowiu a nawet życiu dziecka. Dotyczy to również metod nieinwazyjnych, których negatywnych konsekwencji na przyszłość jak dotąd nie poznano.

Stwierdzono, iż – w przypadku, gdy matka ma dobre intencje, a lekarz uważa za konieczne wykonanie testów genetycznych – należy kierować się zasadą minimum ryzyka badań w porównaniu ze stopniem prawdopodobieństwa potwierdzenia choroby dziedzicznej u dziecka.

Konieczne jest stosowanie się lekarza do zasad poradnictwa genetycznego, we wszystkich jego obszarach: świadomej i dobrowolnej zgody pacjent na prowadzenie badań, rzetelna informacja, niedyrektywny przekaz, udzielenie porady najwłaściwszej dla danej sytuacji bez kierowania się jakimikolwiek pobudkami osiągnięcia korzyści materialnych czy innych z tego tytułu, podjęcie przez pacjenta decyzji dotyczących dalszego postępowania, z zachowaniem autonomii pacjenta i lekarza w kwestii wyznawanych wartości i poglądów.

Należy potępić skrining genetyczny, który służy eugenicie. Jest niedopuszczalne stygmatyzowanie i dyskryminacja ludzi dotkniętych chorobą. Osobom cierpiącym należy się wszelka pomoc ze strony najbliższych, ale również ze strony państwa. Za wartościowe i godne uznania uważa się tworzenie programów pomocy dla osób chorych i ich rodzin, pomoc materialną, programy profilaktyczne mające na celu uświadamianie społeczeństwa w kwestiach inwalidztwa, upośledzeń, kalectwa, oraz tworzenie grup wsparcia społecznego dla potrzebujących.

Nietetyczne jest takie wykonywanie badań prenatalnych, które w konsekwencji pociąga za sobą działania aborcyjne. Z jednej strony ma to implikacje natury społecznej, takie jak segregacja ludzi pod względem wyposażenia genetycznego, degradacja statusu osób chorych, manipulacja genami ludzkimi. Z drugiej zaś strony powoduje to indywidualne problemy o charakterze psychologicznym, takie jak syndrom poaborcyjny, poczucie winy i małowartościowości, samoobwinianie i samokaranie, zaburzenie relacji małżeńskich i rodzinnych, problemy natury fizjologicznej.

Bibliografia

- BAL JERZY, MAZURCZAK TADEUSZ**, *Metody analizy DNA – nowe możliwości diagnostyczne w mukowiscydozie*, „Pediatria Polska”, 66 (1991), nr 7-8, s. 111.
- BECK WILLIAM W.**, *Położnictwo i ginekologia*, Wrocław 1995.
- BIESIAGA TADEUSZ**, *Autonomia lekarza i pacjenta a cel medycyny*, „Medycyna Praktyczna”, (2005), nr 6, s. 20-23.
- BIESIAGA TADEUSZ**, *Etyczna ocena pozyskiwania komórek macierzystych*, „Bioetyczne Zeszyty Pediatrii”, (2003-2004), nr 1, s. 92-97.
- BIESIAGA TADEUSZ**, *Status embrionu – stanowisko personalizmu ontologicznego*, „Medycyna Praktyczna”, (2004), nr 7-8, s. 28-31.
- BIESIAGA TADEUSZ**, *Uzasadnienia norm moralnych w bioetyce*, „Medycyna Praktyczna”, (2004), nr 6, s. 23-25.

- BIESIAGA TADEUSZ**, *Źródła ideologii aborcyjnej*, „Medycyna Praktyczna”, (2005), nr 3, s. 26.
- CIECHOMSKA GRAŻYNA**, *Zarodki zagrożone*, „Gazeta Lekarska”, 168 (2005), nr 1, s. 9.
- DUDENHAUSEN JOACHIM W.**, **PSCHYREMBEL WILLIBALD**, *Położnictwo praktyczne i operacje położnicze*, Warszawa 2003.
- Eugenika dzisiaj – czy zagrożone jest prawo do życia i godność człowieka?*, „Postępy Psychiatrii i Neurologii”, 12 (2003), nr 4, s. 375-377.
- HOFMAN-WIŚNIEWSKA JUSTYNA**, *Raport: Badania prenatalne*, „Klinika ffx”, (1999), nr 12, <http://www.resmedica.pl/ffxraport1299.html>.
- JAKUBÓW KRYSZYNA**, **BOCIAN EWA**, *Diagnostyka prenatalna aberracji chromosomowych w I trymestrze ciąży – metody analizy cytogenetycznej trofoblastu*, „Ginekologia Polska”, 64 (1993), nr 4, s. 204.
- KACZMAREK PIOTR**, **KRASOŃ ANETA**, **JANIAK KATARZYNA**, **NOWICKI GRZEGORZ**, **CZICHOS EWA**, **RESPONDEK-LIBERSKA MARIA**, *Przydatność badania echokardiograficznego i poszerzonej sonografii w diagnostyce prenatalnej zespołu Edwardsa w materiale Zakładu Diagnostyki Wad Wrodzonych ICZMP (analiza 30 przypadków)*, „Ginekologia Polska”, 73 (2002), nr 7, s. 602.
- KOROHODA WŁODZIMIERZ**, *Czy inżynieria komórkowa stanowi zagrożenie*, „Polska Akademia Umiejętności. Prace Komisji Zagrożeń Cywilizacyjnych”, 3 (2000), s. 11-12.
- LATOS-BIELEŃSKA ANNA**, *Diagnostyka prenatalna wad rozwojowych i chorób uwarunkowanych genetycznie*, „Pediatria Praktyczna”, 6 (1998), nr 3-4, s. 23-24.
- MIDRO A. T.**, *Rola badań genetycznych w ginekologii*, „Medipress Ginekologia i Położnictwo”, 5 (1999), nr 2, s. 22.
- MORCINEC PIOTR**, *Ocalić (obraz) człowieka. Istota dyskusji o komórkach macierzystych*, „Symposium” 9 (2002), nr 1, s. 123-128.
- MUSZAŁA ANDRZEJ** (red.), *Encyklopedia Bioetyki*, Radom 2005, s. 20, 47, 98-105, 136-139, 148, 168, 218-221, 255, 299-302, 357-360, 404-408.
- NOWAK JERZY**, *Znaczenie i perspektywy genetyki w rozwoju nauk medycznych*, „Kosmos”, 43 (1994), nr 3-4, s. 348.
- PASZEWSKI ANDRZEJ**, *Sukcesy naukowe biologów a problemy etyczne*, „Postępy Mikrobiologii”, 39 (2000), nr 39, s. 9-13.
- PIETRZYK JACEK J.**, *Nowe perspektywy profilaktyki i leczenia chorób dziedzicznych i wad płodu*, supl. 1: *Międzynarodowa Konferencja „Postępy w neonatologii”*, „Przegląd Lekarski”, (2002), nr 59, s. 1-2.

- PISARSKI TADEUSZ** (red.), *Położnictwo i ginekologia*, Warszawa 2001, s. 17-19, 103-106, 193-195, 384.
- PRZYŁUSKA-FISZER ALICJA**, *Wybrane zagadnienia etyczne poradnictwa genetycznego i genetyki medycznej*, „Zdrowie i Zarządzanie”, 6 (2004), nr 5, s. 14-15.
- Rekomendacje Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego i Funduszu Ludnościowego Narodów Zjednoczonych (UNFPA) w sprawie zdrowia reprodukcyjnego Racot, 26-28 marca 2004*, <http://www.gpsk.am.poznan.pl/ptg/rekomendacjazdrowie.htm>.
- SZCZEPANIAK LUCJAN**, *Dylematy rodziców ciężko chorych dzieci związane z terapią komórkami macierzystymi*, „Bioetyczne Zeszyty Pediatrii”, (2003-2004), nr 1, s. 100-106.
- WRÓBEL J.**, *Etyczne aspekty technik biomedycznych oparte na komórkach macierzystych*, „Bioetyczne Zeszyty Pediatrii”, 1(2003-2004), s. 80-83.
- ZALEWSKI ZBIGNIEW**, *Czy istnieją granice postępu w badaniach naukowych w medycynie? Spór o komórki macierzyste*, „Sztuka Leczenia”, 8 (2002), nr 1, s. 49.
- ZAREMBA JACEK**, *Diagnostyka prenatalna*, „Kosmos”, 43 (1994), nr 3-4, s. 363-368.
- ŻELICHOWSKI MARIUSZ**, *Prawnokarna ocena pobierania embrionalnych komórek macierzystych*, „Czasopismo Prawa Karnego i Nauk Penalnych”, (2000), nr 2, s. 72-79.
- ŻOŁNIERCZYK PIOTR**, *Ocena skuteczności i bezpieczeństwa niektórych inwazyjnych metod diagnostyki prenatalnej*, „Medycyna Wieku Rozwojowego”, 1 (1997), nr 4, s. 600-617.

Cezary KACPRZAK

CHARAKTERYSTYCZNE MOTYWY FILOZOFII LEONARDA DA VINCI

Wprowadzenie

W niniejszym esej¹, który jest próbą oceny wybranych zagadnień filozoficznych zawartych w manuskryptach Leonarda da Vinci (1452-1519) chciałbym zebrać te myśli Florentczyka, które dałyby nam spójny obraz jego **filozofii przyrody**² (*philosophia naturalis*),

¹ Niniejszy esej to nieznacznie zmieniony ostatni rozdział rozprawy doktorskiej pt. *Filozofia przyrody Leonarda da Vinci*, napisanej pod kierunkiem prof. S t a n i s ł a w a Z i e m i a ń s k i e g o SJ i obronionej na Wydziale Filozoficznym Wyższej Szkoły Filozoficzno Pedagogicznej Ignatianum 20 marca 2007 roku.

² W czasach Florentczyka w skład *philosophia naturalis* wchodziło to wszystko, co wiązało się z szeroko rozumianą filozoficzną refleksją nad rzeczywistością. W notatkach Leonarda ten swoisty filozoficzny pluralizm dotyczył wszelkich możliwych dziedzin: fizyki, mechaniki, matematyki, astronomii, statyki, dynamiki, botaniki, biologii, anatomii, hydrologii, sztuki... Bardzo trafnie pisze S t e f a n S w i e ż a w s k i (*Dzieje filozofii europejskiej XV wieku*, T. V – *Wszechświat*, Warszawa 1974-1980, s. 29) o ówczesnych wpływach doktrynalnych na notatki Leonarda: [...], „Uprawiana więc wówczas filozoficzna fizyka w tak wielkim stopniu była filozofią przyrody, a nie fizyką w znaczeniu nauki szczegółowej, że z tej właśnie racji musiała się odznaczać takim samym stopniem wieloznaczności i różnorodności, jaki

lub, jak kto woli, szeroko rozumianej **kosmologii**. Rozprawka ta ma charakter krytyczny – i mam nadzieję, że ukaże ona zarówno to, co pierwotne i oryginalne, jak i to, co jedynie wtórne i pochodne w *Kodeksach* Leonarda. Warto zaznaczyć, iż historycy piętnastowiecznej myśli włoskiej zawartość manuskryptów Leonarda włączają w szeroko rozumianą *philosophia naturalis* uprawianą w największych ośrodkach renesansowej Italii. Między innymi współczesne badania takich „leonardystów” jak Maurice’a Daumasa (1910-1984)³ i Willy’ego Andreasa (1884-1967)⁴ wykazały, że pomijanie refleksji filozoficznej Leonarda (we wszelkiego rodzaju rozprawach historyczno-naukowych) spowodowane było bardzo późnym udostępnieniem szerokiemu gronu historyków jego jakże ciekawych *Kodeksów*. Zdaniem S. Swieżawskiego: W. Andreas był jednym z pierwszych „leonardystów”, który próbował obalić mit traktujący Leonarda jako „dyletanta” i „przepisywacza”. S. Swieżawski pisze: „[...] W. Andreas jest zdania, że w zakresie filozoficznego i badawczego podejścia do przyrody nikt, nawet P a r a c e l s u s, na północ od Alp nie może się mierzyć z L e o n a r d e m”⁵. W niniejszej rozprawce prezentując wybrane najbardziej charakterystyczne pojęcia filozofii Leonarda jako metodologiczny klucz w ich doborze przyjąłem następujące kryteria:

1. Staralem się uwypuklić takie pojęcia, które dla określonej dziedziny badań prowadzonych przez Florentczyka stanowiły najbardziej istotne i reprezentatywne elementy jego filozofii.

2. Ich ukazanie w tytule każdego punktu poszczególnego rozdziału ma swoje silne podstawy w samych tekstach Leonarda: Jest wyraż-

cechował refleksję filozoficzną wszystkich czasów, a więc i tej epoki, którą się zajmujemy”.

³ M a u r i c e D a u m a s, *Les sciences physiques aux XVI e et XVII e siècles*, [w] *Histoire de la science*, Paris 1957.

⁴ W i l l y A n d r e a s, *Deutschland vor der Reformation. Eine Zeitwende*, 4 Aufl., Stuttgart-Berlin 1943.

⁵ S t e f a n S w i e ż a w s k i, *Dzieje filozofii europejskiej XV wieku*, T. V – *Wszechświat*, Warszawa 1974-1980, s. 20, przypisy 13 i 14.

nie widoczne w prezentowanych, skorelowanych i zanalizowanych fragmentach jego filozoficznych pism.

3. Każdy tytuł rozdziału został celowo napisany w formie **tezy** (pewnego wstępnego założenia, twierdzenia), którego słuszności staram się następnie dowieść w treści każdego rozdziału.

1. Problem oryginalności poglądów Leonarda

Leonardo da Vinci – jak to wyraźnie dostrzec można w większości jego *Kodeksów* – dość sporo zapożyczył od swoich poprzedników, nie był jednak tylko bezkrytycznym kompilatorem ich dokonań. Jeśli idzie o myślicieli starożytnych, najwięcej zawdzięcza Toskańczyk **Arystotelesowi**⁶. Metoda korelacji, głównie tekstów Arystotelesa i Leonarda, jaką posłużyłem się w moich analizach, pozwoliła udowodnić, jak wiele jest w pismach da Vinci zapożyczeń, a czasami wręcz jawnych transkrypcji. Leonardo nie ogranicza się jednak tylko do antycznego świata filozofii i medycyny. W pismach fizycznych Florentczyka odnajdujemy echo pism średniowiecznych „filozofujących fizyków”. Natomiast w pismach odnoszących się do architek-

⁶ Zaproponowana przez E u g e n i o G a r i n a propozycja rewizji poglądów Leonarda przez pryzmat wpływów, jakie wywarły na nie filozoficzne pisma antycznych myślicieli doprowadziła mnie do hipotezy, iż to właśnie Arystoteles wywarł najsilniejszy wpływ na poglądy Florentczyka. Być może użyłem tutaj niefortunnego sformułowania, gdyż chciałem zaznaczyć, iż Arystoteles był tym antycznym filozofem, który wywarł największy wpływ na formowanie się koncepcji fizycznych Leonarda – a zwłaszcza takich pojęć jak: *locus proprius*, *motus naturalis*, *appetitus naturalis*, *locus naturalis*, *medium*... Wspominając Arystotelesa i jego koncepcję ruchu w kontekście teorii *impetus* silnie reprezentowanej zresztą przez Leonarda chciałem jedynie nadmienić, że w tej zaawansowanej koncepcji ruchu względem tej *Stagiryty* w niektórych miejscach Florentczyk wciąż jeszcze podtrzymuje pogląd arystotelesowski o wpływie powietrza na poruszające się ciało, więcej na ten temat patrz S t e f a n -S w i e ż a w s k i, *Dzieje filozofii europejskiej XV wieku*, T. V – *Wszechświat*, Warszawa 1974-1980, s. 278.

tury odnajdujemy nawiązania nie tylko do antycznych teoretyków architektury, ale również do teoretyków z czasów Leonarda⁷. Pisma anatomiczne Leonarda pozwalają przypuszczać, że teorie anatomiczno-fizjologiczne (Florentczyk wychodzi od *struktur powierzchniowych* ciała człowieka jako struktury statycznej – i dzięki niej próbuje zrozumieć dynamizm ciała i jego funkcje fizjologiczne) oddziaływały na innych późniejszych myślicieli, między innymi na Kartezjusza⁸. Dlatego teraz warto przedstawić ogólny charakter tez składających się na jego **filozofię przyrody**, czyli obraz jego filozofii sporządzony przez autora tej rozprawki na podstawie analizy *Kodeksów* Leonarda. Aby prezentacja nie nużyła czytelnika, ograniczę się jedynie do ukazania najważniejszych kosmologicznych poglądów Leonarda.

2. Przewaga teorii nad empirią w fizyce Leonarda

Objętościowo najwięcej uwagi w pismach kosmologicznych Leonardo poświęca pojęciu **ruchu**⁹, (w czasach Florentczyka fizyka

⁷ Leonardo nawiązuje i polemizuje z teorią wielościanów regularnych Platona zawartą w dialogu *Timaios*, najwięcej jednak uwagi poświęca dziełu *De Architectura* rzymskiego teoretyka Witruwiusza, gdyż kanon proporcji Witruwiusza silnie oddziałał na Leonarda i został przeniesiony na papier. Dzisiaj znamy go pod umownym tytułem *Człowiek Witruwiański*. W architektonicznych teoriach Leonarda można zauważyć znajomość pracy *De arte aedificatoria*, którą w 1450-1452 roku ukończył Leon Battista Alberti. Leonardo podążył w innym kierunku niż Alberti, ponieważ jego *Trattato della pittura* dotyczące malarstwa jest dziełem wybitnie nowatorskim i dotyczy, jak sama nazwa wskazuje, innych zagadnień.

⁸ Istnieje hipoteza nakreślona przez A. C. Crombiego (patrz: *Nauka średniowieczna i...*, s. 161), że Kartezjusz mógł znać część pism anatomicznych Leonarda, i nie jest to hipoteza wątpliwa, jeśli bliżej przyjrzymy się jawnym podobieństwom w wybranych fragmentach anatomicznych pism obu anatomów.

⁹ Może pojawić się zarzut w stosunku do autora tego eseju o ograniczenie się w ukazaniu koncepcji ruchu (u Arystotelesa i domyślnie u Leonarda) tyl-

(*philosophia naturalis*) była „zlepkiem refleksji filozoficznych” po-
mieszanych z tym, co dzisiaj nazwalibyśmy wynikami nauk szcze-
gółowych z czysto hipotetycznymi rozważaniami). Luporini powie,
że ruch¹⁰ jest dla Leonarda „daną najobszerniejszą i najogólniejszą”

ko i wyłącznie do aspektu lokalno-przestrzennego, a ściślej: do ruchu lokalnego. Warto jednak przypomnieć, iż Stagiryta w swoich analizach poświęcił ruchowi lokalnemu znacznie więcej miejsca niż innym typom ruchu. Autor tego eseju pominął kilka istotnych pojęć z biologii Arystotelesa, które traktują pojęcie ruchu w zupełnie innym znaczeniu niż te odnoszące się do ruchu lokalnego u Stagiryty, (np.: teoria formy substancjalnej żywej obdarzonej ruchem immanentnym-wsobnym), – dlatego, iż nie odnalazł podobnej interpretacji tych koncepcji w pismach Florentczyka. Autor – we wspomnianej rozprawie doktorskiej – przyjął jako zasadniczą metodę porównawczą tekstów Leonarda z jego poprzednikami, co w konsekwencji analizy tego typu ruchu doprowadziło autora rozprawy do twierdzenia, iż trudno by było zestawić odpowiednie fragmenty z powodu braku ich odpowiednich przykładów (u Leonarda). Co prawda pojawiają się u Florentczyka: kwestie ruchu wewnętrznego (Florentczyk próbuje wytłumaczyć – za pomocą enigmatycznego języka – rozumienie impulsu nerwowego); pojawia się również próba wytłumaczenia psychofizycznej dualności i przyczyny ruchu człowieka; lecz jest to materiał niewystarczający (raczej są to pewne przeblyski koncepcji biologicznych Leonarda), by porównać go z doktryną biologiczną wypracowaną przez Arystotelesa. Warto jeszcze dodać, iż teorię Luporiniego o „ruchu jako pojęciu o istotnym znaczeniu dla Leonarda” potwierdza również wybitny polski filozof, który kreśląc sylwetki filozofów XV wieku (w tym również Leonarda) o jego rozumieniu istoty ruchu pisał tak: „[zdaniem Leonarda] najwyraźniejszym znamieniem życia przenikającego cały wszechświat jest ruch [...]” – S t e f a n S w i e ż a w s k i, *Między średnio-wieczem a czasami nowożytnymi, Sylwetki myślicieli XV wieku*, Biblioteka „Więzi”, Warszawa 1983, s. 228.

¹⁰ Wyniki współczesnych badań (m.in.: A. Maier, S. Swieżawski) nad filozoficzno-fizycznymi zapiskami Leonarda na temat ruchu potwierdzają wykładnię prezentowaną przez C. Luporiniego przeszło 50 lat temu. Toskańczyk podobnie jak jego słynny poprzednik G i o v a n n i P i c o d e l l a M i r a n d o l a (1463-1494) w swoich traktatach podkreśla koncepcję przenikającego całe uniwersum ruchu. Ci dwaj filozofowie zgadzają się rów-

i trudno z tym polemizować, skoro sam Leonardo poświęca temu tematowi objętościowo najwięcej uwagi, a swoje osiągnięcia przenosi potem na naukę o ciężarach (*scientia de ponderibus*) i na anatomie, by ostatecznie w oparciu o jej wyniki sformułować swoje hipotezy odnoszące się do lotu ptaków¹¹. Wróćmy jednak do teorii Florentczyka. Leonardo będzie początkowo podtrzymywał stanowisko Stagiryty co do ἀντιπερίστασις, uzależniając ruch pocisku od powietrza:

„Impet jest mocą przeniesioną od inicjatora na rzecz ruchomą i utrzymywaną przez falę powietrza wewnątrz powietrza [...]”¹². Leonardo kreśląc swoje teorie dotyczące ruchu pocisku przejął przy okazji od Alberta Saksończyka „podział toru pocisku na trzy okresy”:

„[...] ten ruch jest różnorodny, mianowicie jest: naturalny, przypadkowy i partycypujący i ten partycypujący kończy się w jego największej sile, kiedy zamienia się z przypadkowego w naturalny i to

niez w tym, iż „[...]jeden ruch wszystko przenika, nadaje wszystkiemu moc i powoduje, że wszystko żyje [...]”. Więcej na temat panwitalizmu Leonarda i Pica patrz:

¹¹ Stefan Świeżawski, *Dzieje filozofii europejskiej XV wieku*, T. V – *Wszeczeństwo*, Warszawa 1974-1980, s. 250.

Do najważniejszych prac należy zaliczyć: G i a c o m e l l i R., *The Aerodynamics of Leonardo da Vinci*, Journal of Royal Aeronautical Society nr 34, 1930, (pp. 1016-1038); G i a c o m e l l i R., *Flight in nature and in science*, Journal of Royal Aeronautical Society nr 36, 1932 (pp. 578-597); G i a c o m e l l i R., *Gli scritti di Leonardo da Vinci sul volo*. Con prefazione del T. Gen. G.A.ri.; C r i s t o f o r o F e r r a r i. Roma: G. B a r d i, 1936; V e n t u r i G. B. (1746-1822), *Essai sur les ouvrages physico-mathématiques de Lionard Vinci, avec des fragmens tirés de ses manuscrits, apportés de l'Italie*. Lu à la première classe de l'Institut national des sciences et arts, (V i t t o r i o N u g o l i, 1911). Nowe spojrzenie (uwzględniające dokonania poprzedników) na problem wykorzystania teorii fizycznych przez Leonarda da Vinciego w kwestii lotu ptaków prezentuje bardzo ciekawa praca D o m e n i c o L a u r e n z a, *Leonardo Il volo*, Giunti Editore S.p.A. 2004.

¹² The Notebooks..., s. 89: „Impetus is a power transmitted from the mover to the movable thing, and maintained by the wave of the air within the air [...]”.

dzieje się w środku biegu i ten naturalny ruch jest silniejszy na końcu niż w każdym innym miejscu; przypadkowy ruch jest najsilniejszy w trzecim [stadium] i najslabszy przy końcu"¹³.

Leonardo, podobnie jak Saksończyk, uważał, że ruch pocisku dzieli się na trzy okresy. Pierwsza faza to ruch narzucony ciała przez *impetus*, w drugim okresie, jak czytamy u Leonarda, ciało porusza się ruchem przypadkowym, by w fazie trzeciej zmienić się w naturalny, (moment, kiedy pocisk spada w dół). W fazie drugiej Leonardo opisuje to, co dzisiaj nazwalibyśmy traceniem *pędu* pocisku wywołanym przez działanie oporu powietrza¹⁴ (*sily oporu*). Ostatecznie pocisk spada, gdy ciężkość ciała przewycięży nadany ciału *impetus* (ruch narzucony)¹⁵. Inaczej ujmując:

1. **Ruch narzucony** – przechodzi w: 2. **Ruch partycypujący**, a ten ostatecznie zmienia się w: 3. **Ruch naturalny**.

Streszczając, to, co dotychczas zostało powiedziane, możemy stwierdzić, iż początkowo Leonardo tkwi w argumentacji Arystotelesa nakreślonej w *Fizyce* (VIII, 10, 267 a);, gdzie Stagiryta mówi o środowisku pośredniczącym w ruchu (to znaczy Florentczyk posiłkuje się w swoich teoriach arystotelesowskim pojęciem „pośrednika-

¹³ The Notebooks..., s. 65: „[...] this movement is of many varieties, namely natural, accidental, and participating; and this participating movement ends in its greatest power when it changes from the accidental to the natural, that is in the middle of its course; and the natural is more powerful at the end than at any other place; the accidental is strongest in the third and weakest at the close”.

¹⁴ Liczne poglądowe rysunki Florentczyka ukazują studium badawcze oporu powietrza wobec skrzydeł ptaków podczas lotu. Współzależność pojęciowa silnie reprezentowana przez Leonarda pozwala mu na wykorzystanie i adaptowanie koncepcji impetusu podczas analizy lotu ptaków.

¹⁵ E u g e n i o G a r i n twierdzi, że największym wkładem Leonarda w rozwój teorii impetu było przejęcie tej koncepcji od Buridana na grunt własnych (również aerodynamicznych) dociekań, następnie rozwinięcie jej przez wprowadzenie impeto composito i najważniejsze dokonanie: „[...] tłumaczenie impetu działającego wraz z siłą ciężenia [...]”; G a r i n E., *Scienza e vita civile nel Rinascimento Italiano*, Bari 1965, s. 70.

medium”) i kilka notatek potwierdza ten tok rozumowania. W chronologicznie późniejszych zapiskach Florentczyka (wzbogaconych własną lekturą pism Alberta Saksończyka) wprowadza podział trzech faz ruchu pocisku, (teorię impetu prostego zastępuje definicją impetu złożonego (wł. *impeto composito*). **Ostatecznie:** mocno zagmatwane nazewnictwo Leonarda jak i silny wpływ tradycji nie pozwalają Florentczykowi na przezwycięzenie braków mechaniki średniowiecza. Jej najważniejszym brakiem – jak słusznie zauważa A. C. Crombie (1915-1996), którego analiza posłużyła mi jako rusztowanie dla własnych teorii, była:

„[...] niezdolność do adekwatnego traktowania p r z y ś p i e s z e n i a jako pojęcia różnego od prędkości”¹⁶.

Co do problemów z interpretacją teorii impetu złożonego (wł. *impeto composito*) to tkwi w niej jeszcze jedna trudność, mianowicie wyraźne separowanie – zarówno przez Saksończyka jak i Leonarda – ruchu naturalnego od wymuszonego, co wyraźnie przezwycięzył dopiero Galileusz w teorii bezwładności. Również naukę o ciężarach Leonardo opiera na teoriach Stagiryty. Problem ten pojawiał się przy okazji teorii *impetus*. Postawa Leonarda jeśli idzie o koncepcję *impetus*, jest dość charakterystyczną postawą reprezentowaną przez wielu fizyków epoki *Renesansu*, umownie nazywaną *irenizmem* (postawa charakteryzująca się w dążeniu do jedności na pozór nie dających się pogodzić dwóch dróg: *via antiqua* (Arystoteles) i *via moderna* (Ockham, Buridan). W niektórych miejscach Florentczyk wciąż jeszcze podtrzymuje pogląd arystotelesowski o wpływie powietrza na poruszające się ciało. Mieczysław Markowski podobnie scharakteryzował sylwetkę Wawrzyńca Londoriusa. Na gruncie polskim postawę zbliżoną do tej, jaką zajmował Wawrzyniec Londorius, prezentował Andrzej z Kokorzyna¹⁷.

¹⁶ A. C. Crombie, *Nauka średniowieczna i...*, s. 68.

¹⁷ Mieczysław Markowski, *Burydanizm w Polsce w okresie przedkopernikańskim*, Wrocław 1971, s. 8-9: „[...] Wawrzyniec Londorius [...] [zmienił] teorię Burydana, „godząc” ją z poglądami Arystotelesa i Awerroesa [...] Zgodnie z Burydanem twierdzi [też] Andrzej [z Kokorzyna]

Wracając do koncepcji impetus Toskańczyka – również i w tym przypadku (podobnie jak w podczas analiz zasady swobodnego spadania ciał Florentczyka) – przeszkodą w jednoznacznej ocenie był enigmatyczny język użyty przez Leonarda. Istotnym osiągnięciem w tej kwestii jest nie tyle sformułowanie konkretnej definicji¹⁸ – co można mu zarzucić jako istotny brak – ile przeniesienie tych zagadnień na inne obszary nauki. Florentczyk w pewnym fragmencie ukazuje nam wyraźnie to, co można założyć jako solidny fundament jego filozofii:, czyli łączenie różnych dziedzin wiedzy. Moja teza brzmi: Jak Leonardo widzi uzależnienie jednych pojęć od innych i poprzez to przechodzenie do wyjaśniania jednych teorii na podstawie innych, co można by nazwać współzależnością pojęciową, tak ja istotę siły jego filozofii przyrody widzę w jego rozumieniu współzależności i wzajemnego powiązania różnych gałęzi wiedzy (scienza universale). Trzeba równocześnie dodać, że ogólny charakter tej współzależności nie wychodzi poza ramy teoretycznych hipotez i z wyjątkiem badań hydrologicznych, anatomicznych, i aerodynamicznych mamy do czynienia z doktryną, w której przeważa aspekt teoretyczny. Tworząc projekt traktatu O postaci ludzkiej (wł. De figura umana) Leonardo nie tylko chciał oprzeć się na teorii proporcji, ale również ważną rolę pełniła w tym mechanika – będąca źródłem inspiracji dla tworzenia analogii ruchu maszyn prostych i człowieka, (postawa badawczo-teoretyczna, jaką zajmuje Leonardo w tych porównaniach, nie jest tak silna jak ta, którą reprezentuje Kartezjusz – uważany za najważniejszego propagatora mechanicyzmu w filozofii nowożytnej). Leonardo odniósł potem swoje odkrycia w mechanice do anatomii, gdzie interpretuje ciało człowieka i ciała zwierząt na sposób nieco mechanicystyczny, opisując ich działanie i ruchy przez odwołanie się

na], że ciało porusza się siłą nadanego impetu. Odchodzi jednak od Burydana, a zbliża się do Arystotelesa, gdy mówi, że ruch poruszającego się ciała jest wspierany przez powietrze [...]”.

¹⁸ Choć już sama kwestia interpretowania „akcydentalnego sposobu istnienia ciężkości” jest już pewnym przebłyskiem nowożytnego sposobu widzenia problemu.

do mechaniki. Jednocześnie należy powtórzyć raz jeszcze, że stawianie Leonarda na równi z silną mechanicystyczną doktryną Kartezjusza jest błędem. Co prawda Leonardo notatki te tworzy przy okazji przedstawiania swoich teorii anatomicznych, jednak ostateczna ich postać jest mniej mechanicystycznie radykalna, niż ta, którą prezentują filozoficzne prace Kartezjusza. Florentczyk zanotował: „Postaraj się, by księgę o Elementach mechaniki wraz z przykładami poprzedziło ukazanie ruchu i siły człowieka i innych zwierząt, a za ich pomocą będziesz zdolny udowodnić wszystkie swoje twierdzenia”¹⁹.

Pomimo tej oryginalności nie uniknął jednak Leonardo pewnych powtórzeń i transkrypcji łączących się ściśle z zagadnieniami fizycznymi poruszonymi przez Leonarda, które niewątpliwie są kontynuacją teorii fizycznych, mających swoje źródło w pismach Arystotelesa. Ich analiza pozwala uznać, iż Leonardo wyraźnie nawiązuje do antycznej teorii ruchów czterech elementów (żywiołów). Obydwaj myśliciele podają zbliżone właściwości w związku z definiowaniem ciał lekkich i ciężkich. Z rzeczy godnych odnotowania jest tutaj nakreślona po raz pierwszy, a potem zastosowana w dziedzinie anatomii *zasada minimum*.

Przypomnijmy: „Ponieważ ciężar, który nie ma podpory, spada najkrótszą drogą do najniższego punktu [...]”²⁰. [podkr. m., C.K.]. Dalej jednak Leonardo dokonuje transkrypcji 7 podstawowych równań dynamiki wziętych z Fizyki Arystotelesa, nie wnosząc nic nowego. Zatem można stwierdzić, że jeśli idzie o teorie fizyczne, w wielu miejscach Leonardo dokonał licznych zapożyczeń od pisarzy antycznych (głównie od Arystotelesa) i scholastycznych (głównie od Alberta Saksończyka). Nawet, jeśli nie dokonał znaczących odkryć (poza *impeto composito*), powinien być traktowany na równi z in-

¹⁹ The Notebooks..., s. 56: „Arrange that the book of the Elements of mechanics with its examples shall precede the demonstration of the movement and force of man and other animals and by means of these you will be able to prove all your propositions”.

²⁰ The Notebooks..., s. 16: „Because a weight which has no support falls by the shortest road to the lowest point [...]”.

nymi włoskimi mechanikami XVI w., takimi jak: Girolamo Cardano (1501-1576); Niccolò Fontana de Brescia Tartaglia (1499-1557) – którzy zajmowali się podobnymi kwestiami. Pamiętać należy, że Cardano przejął swoje poglądy na temat wagi i prędkości właśnie od Leonarda²¹.

Moją tezę mogę sformułować następująco: Badania Florentczyka, są ogniwem łączącym myśl Saksończyka z myślą Cardano, a co za tym idzie, dają mu stałe miejsce pośród renesansowych filozofów przyrody!

3. Człowiek²² i jego funkcje w pismach Leonarda

a) Religijność według Leonarda

Kodeksy Leonarda zawierają stosunkowo skromną liczbę notatek o charakterze religijnym. I jeśli już jakieś się pojawiają, to przeważnie w bardzo krótkiej formie. Większość z nich pisał Leonardo „gdzie popadnie”, wśród wielu innych notatek. Refleksje te powstawały przeważnie w wyniku określonych wydarzeń życiowych. I jeśli już pojawia się w nich odniesienie do Boga, to przeważnie towarzyszy mu jakaś uwaga natury moralnej. Przy okazji warto wspomnieć o pewnej koncepcji nazywanej przez jej twórcę Benedetto Crocego (1866-1952): *moralnością dzieła*. Sformułował ją na podstawie anali-

²¹ Więcej na ten temat patrz A. C. C r o m b i e, *Nauka średniowieczna i...*, dz. cyt., s. 165.

²² Koncepcja człowieka, jaka przebija przez pisma Leonarda, jest silnie indywidualistyczna. Zdaniem Leonarda nie tylko malarz, filozof, architekt, a więc człowiek, który zajmuje się zawodowo jakąś gałęzią wiedzy lub sztuki, lecz każdy winien być i dążyć do tego, by być wszechstronnie rozwiniętą osobą. Jego doktryna *scienza universale* – nauki uniwersalnej zakładała l'uomo universale – człowieka uniwersalnego. Nie jest to zresztą idea zupełnie nowa, przed Leonardem głosił ją Leon Battista Alberti (1404-1472) architekt, matematyk, poeta, propagator l'uomo universale.

zy tekstów Leonarda – jest ona widoczna (i wielokrotnie powtarzana przez samego Leonarda) w wielu notatkach Florentczyka traktujących dziedzinę malarstwa:

„Unikaj tych dociekań, z których wynikłe dzieło umiera razem z ich twórcą”²³.

Dla Leonarda, moralność była ściśle związana z artystycznym życiem, jedno wynikało z drugiego. Co więcej, umysłowi malarza-twórcy Leonardo wyraźnie nadaje cechy „boskości”. Tak jak Bóg stworzył ten świat i wszystko co się w nim zawiera, tak malarz wszystko co widzialne odtwarza na płótnie – jest więc w procesie kreacji (w sposób ograniczony) twórcą niczym Bóg²⁴. Zupełnie nowe spojrzenie na „dzieła pędzla i dłuta” jako wynik procesu myślowego, dawało pierwszeństwo namysłowi nad mechanicznym wykonaniem dzieła, stąd tak silnie akcentowany przez Florentczyka w tej twórczości myślowej namysł nad jego formą i ostatecznie – nad ważnością roli samego artysty w tym mentalnym procesie: „O śpiący! Czym jest

²³ The Notebooks..., s. 274: „Shun those studies in which the work that results dies with the worker”; *Aforismi, novelle e profezie di Leonardo da Vinci, Introduzione di Massimo Baldini*, Casa Editrice Newton Compton 1993, s. 16: „Fuggi quello studio del quale la risultante opera more coll’operante d’essa” (tłum. aut.).

²⁴ Leonardo da Vinci, *Traktat o Malarstwie*, Przełożyła, wstępem i komentarzem opatrzyła Maria

Rzepińska, Wrocław 1961. Zakład Narodowy im. Ossolińskich, Wyd. PAN. [*Trat.* 8, s. 195]: „Ten, kto gardzi malarstwem, nie kocha ani filozofii ani też natury. Jeśli będziesz gardził malarstwem, które jest wyłącznym naśladowcą wszystkich widzialnych dzieł natury, będziesz wtedy gardził subtelnym wynalazkiem, który z filozoficznym i bystrym rozmysłem rodzi i dźwiga wszystkie kształty natury – mórz i łądów, roślin i zwierząt, traw i kwiatów, które są otoczone cieniem i światłem. I zaprawdę malarstwo jest nauką, prawdziwie – zrodzonym dzieckiem natury, malarstwo również jest zrodzone z natury, lecz poprawiając ten sąd nazwiemy ją wnuczką natury; gdyż wszystkie rzeczy widzialne zostały przyniesione przez naturę, a i jej dzieci zrodziły malarstwo. Zatem możemy sprawiedliwie powiedzieć, że jest wnuczką natury i że jest związane z Bogiem”.

sen? Sen podobny jest do śmierci. Czemu więc nie dokonujesz takiego dzieła, byś po śmierci był podobny do doskonale żyjącego, żyjąc smem jesteś podobny do smutnych umarłych?”²⁵.

O życiu religijnym Leonarda wiemy niewiele. Choć trzeba podkreślić, że niemal większość swoich zamówień otrzymał od braci zakonnych i wielokrotnie mieszkał wraz z nimi pod wspólnym dachem²⁶. Faktem jest, że istnieje w Kodeksach Toskańczyka pewien fragment, który został napisany pod wpływem pism Stagiryty, a w nim Leonardo posługuje się terminem: Pierwszy Poruszyciel. Termin ten jest jednak użyty przez Leonarda okazjonalnie i jest bardzo prawdopodobne, że został zaczerpnięty od Arystotelesa, gdyż fragment powstał wtedy, kiedy Leonardo tworzył notatki o ruchu i ciężarze będąc jednocześnie pod dużym wpływem starożytnego myśliciela. Z dużym prawdopodobieństwem co do trafności mojej sugestii można stwierdzić: iż tak jak inni za pomocą pióra wyrażają swój stosunek do Boga, tak Leonardo dokonał tego za pomocą pędzla. Na jednej ze stron swoich Kodeksów zanotował krótkie memorandum, które może być interpretowane jako pewnego rodzaju krótka modlitwa: „Jestem posłuszny Tobie, Panie, wpierw z miłości, którą winienem żywić do Ciebie; i po wtóre, gdyż Ty potrafisz skracać lub przedłużać życie ludzkie”²⁷.

²⁵ The Notebooks..., s. 274: „O Thou that sleepest, what is sleep? Sleep resembles death. Oh, why not let thy work be such that after death thou mayst retain a resemblance to perfect life, rather than during life make thyself resemble the hapless dead by sleeping”. *Aforismi, novelle e profezie di Leonardo da Vinci, Introduzione di Massimo Baldini*, Casa Editrice Newton Compton 1993, s. 16: „O dormiente! O che cosa è sonno? Il sonno ha similitudine con la morte. O perché non fai adunque tale opra, che dopo la morte tu abbi similitudine di perfetto vivo, che vivendo farsi col sonno simile ai tristi morti?” (tłum. aut.; słowo: opra, obecnie: opera – dzieło, czyn).

²⁶ Tak było choćby w przypadku okoliczności powstawania obrazu do ołtarza głównego w kościele Zwiastowania, gdzie bracia serwicy „zaprosili go na swój koszt do klasztoru wraz z jego służbą”.

²⁷ The Notebooks..., s. 274: „I obey thee, Lord, first for the love which I ought reasonably to bear thee; secondly, because thou canst shorten or prolong the lives of man”.

b) Pojęcie Duszy²⁸ – aspekt fizjologiczny, etyczny i religijny

W Kodeksach Leonarda odnajdujemy dość gruntowne omówienie pojęcia duszy. Przypomnijmy to, co najważniejsze: dusza – zdaniem Leonarda – pełni funkcję centralną w ciele człowieka; bez duszy „[...] człowiek nie potrafi ani działać ani czuć”²⁹. Badania doprowadzą Leonarda do bardzo trafnych spostrzeżeń, mianowicie: „[...] materialny ruch wypływa i ma źródło w duchowym”. Jeśli czytelnik na moment przypomni sobie moją tezę o współzależności pojęciowej (por. pkt

²⁸ Bardzo ciekawej informacji dostarcza nam S t e f a n S w i e ż a w s k i, *Dzieje filozofii europejskiej XV wieku*, T. V – *Wszechświat*, Warszawa 1974-1980, na s. 44, przypis 141, który o wzajemnym przenikaniu się medycyny i fizyki i powstających w wyniku tej zależności teoriach dotyczących duszy pisze tak: „[...] rozważania filozoficzne na temat duszy to jak gdyby aneks do fizyki [...] medycyna była niejako [jej] częścią”.

²⁹ P i e r r e M a u r i c e M a r i e D u h e m analizując pisma fizyczne Leonarda zwrócił uwagę, iż motyw ten jest wielokrotnie przez Toskańczyka powtarzany (przywołuje nawet liczne porównania, iż tak jak piszczałkom organów jest potrzebne powietrze, tak ciału człowieka dusza); D u h e m P., *Études sur Léonard de Vinci*, Tom I-II-III, Paris, F. D e N o b e l e, 1906-13, 1955, t. II, s. 173-174. Faktem jest, iż w przypadku interpretacji tego fragmentu przez pryzmat biologii Arystotelesa można zarzucić Leonardowi, iż pomija biologiczną interpretację „procesu powstawania struktur tych organów”. Należy jednak mieć na uwadze fakt, iż stanowisko Leonarda co do duszy ograniczało się do ukazania równie istotnego – jak na tamte czasy problemu – mianowicie: połączenia duszy i ciała! Warto przytoczyć słowa S. Swieżawskiego, który tak skomentował wspomniany przez Duhema tekst Florentczyka: „Jak powietrze samo nie może grać bez tych piszczałek organowych, tak dusza potrzebuje ciała do spełniania swych zadań; dusza pragnie być złączona z ciałem – pisze Leonardo – gdyż bez narządów nie może działać ani odczuwać [...]” – S t e f a n S w i e ż a w s k i, *Dzieje filozofii europejskiej XV wieku*, T. II – Wiedza, Warszawa 1974-1980, s. 336. Ważna jest również interpretacja E u g e n i o G a r i n a: „Tutaj “dusza” jest niczym innym jak mocą poruszającą, zasadą ruchu z ciekawym posmakiem arystotelizmu [...] bez cienia rozdziału platońskiego” – E u g e n i o G a r i n, *Storia della filosofia italiana*, Editore: Einaudi 1997, s. 6.

6) zrozumie, że i tutaj znajduje ona w pełni swoje uzasadnienie: badania fizjologiczne nad naprężaniem i spinaniem mięśni doprowadzą Leonarda do bardzo ważnego problemu: do interwału czasowego, jak podkreśli Luporini: „[...] w tym przypadku przekazywania nerwowego [...]”. [podkr. moje, C.K.]. I znowu czytelnik dostrzeże współzależność pewnych pojęć i różnych dziedzin wiedzy. Pomijam przedstawianie sporu o siedzibę duszy, gdyż wykracza to znacznie poza ramy tego eseju. Przypomnę tylko, że Leonardo dla tego miejsca używa terminu: *nella parte giuditale* (wł.) – [w części sądzącej] występuje również w jego notatkach termin: *senso comune* (wł.) – [zmysł wspólny lub zmysł rozsądku], którego funkcję omówiłem już przy okazji uwag ogólnych na temat pojęcia duszy w pismach Leonarda. Nie ogranicza się da Vinci przy opisie funkcji duszy tylko i wyłącznie do notatek o charakterze anatomiczno-fizjologicznym. Uwagi o charakterze etycznym odnoszące się do duszy [ducha], znajdujące się wśród notatek Leonarda, mają swoje źródło (również) w pismach antycznego lekarza rzymskiego: Aulusa Corneliusa Celsusa³⁰

³⁰ Jak choćby ten fragment, w którym Florentczyk interpretuje myśli tego autora: *Aforismi, novelle e profezie di Leonardo da Vinci, Introduzione di M a s s i m o B a l d i n i*, Casa Editrice Newton Compton 1993, s. 21: „Da Cornelio Celso. Il sommo bene è la sapienza, il sommo male è il dolore del corpo. Imperoche essendo noi composti di due cose, cioe d’anima è di corpo, delle quali la prima è migliore, la peggiore il corpo, la sapienza è della miglior parte, il sommo male è della peggior parte e pessima. Ottima cosa è nell’animo la sapienza. Così è pessima cosa nel corpo il dolore. Adunque siccome il sommo male è ‘l corporal dolore, così la sapienza è dell’animo il sommo bene, cioe de l’om saggio, e niuna altra cosa e da a questa comparare”; [„U Corneliusa Celsusa. Najwyższym dobrem jest mądrość, najwyższym złem ból ciała. Gdyż jesteśmy złożeni z dwóch rzeczy (części), czyli z duszy i z ciała, z których pierwsza jest lepsza, a gorsze jest ciało. Mądrość pochodzi od części lepszej, najwyższe zło od gorszej i najgorszej części. Najlepszą rzeczą w duchu (w duszy) jest mądrość, tak też najgorszą rzeczą w ciele jest ból. Więc podobnie jak najwyższym złem jest ból ciała, tak mądrość jest najwyższym dobrem duszy (ducha), to jest mądrego człowieka, i żadna inna rzecz nie da się z nią porównać]” (tłum. aut.).

(25 p.n.e-50 n.e.; autora sławnego dzieła: *De Medicina*), a w kilku miejscach natrafiamy także na cytaty pochodzące z dzieła Dantego Alighieri (1265-1321) *La Divina Commedia* [Boska Komedia], wydanego w 1472 roku: „Dobry człowiek z natury pragnie wiedzieć”³¹. Podobny fragment znajdziemy w *Convivio*, i, I, Dantego. Leonardo namysł etyczny koncentruje się wokół sprawy prymatu duszy nad ciałem, prymatu kontroli i panowania nad samym sobą, prymatu wiedzy, mądrości i prawdy nad dobrami doczesnymi. Leonardo napisze tak: „[...] Ja wiem, że wielu uzna to dzieło za bezużyteczne. Ludzie tacy nie pragną niczego poza materialnym bogactwem i pozbawieni są absolutnie mądrości, która jest pokarmem i jedynym prawdziwym bogactwem umysłu. O ile bowiem godniejsza jest dusza niż ciało, o tyle znakomitsze jest władanie duszą niż ciałem”³². „Tak jak używa człowiek codzienności – taka też jest jego dusza” – powie Leonardo. Nie przesadzę, jeśli powiem, że owa wspomniana „moralność dzieła” doskonale pasuje do etycznych uwag Leonarda, który pojmował życie jako nieustanną twórczość (pracę). Jak zwykł mawiać: „Tyle ci zapłacą, ile cię to kosztowało”. I na koniec jeszcze jedno spostrzeżenie. Leonardo daje też kilka praktycznych rad dotyczących troski o zdrowie, sam z resztą, jeśli wierzyć podaniu G. Vasariego (1511-

³¹ The Notebooks..., s. 281: „Good men by nature wish to know”. *Aforismi, novelle e profezie di Leonardo da Vinci, Introduzione di Massimo Baldini*, Casa Editrice Newton Compton 1993, s. 6: „Naturalmente li omini boni desiderano sapere” (tłum. aut.).

³² The Notebooks..., s. 281: „[...] I know that many will call this useless work, men who desire nothing but material riches and are absolutely devoid of that of wisdom, which is the food and only true riches of mind. For so much more worthy as the soul is than the body, so much more noble are the possessions of the soul than those of the body”. *Aforismi, novelle e profezie di Leonardo da Vinci, Introduzione di Massimo Baldini*, Casa Editrice Newton Compton 1993, s. 6: „[...] So che molti diranno questa essere opra inutile, e questi uomini hanno solamente desiderio di corporal ricchezza, diletto, e interamente privati di quello della sapienza, cibo e veramente sicura ricchezza dell'anima; perché quant'è più degna l'anima che 'l corpo, tanto più degni sien le ricchezze dell'anima che del corpo”; (tłum. aut.).

1574), nie jadał mięsa i zachowywał umiar w jedzeniu i piciu oraz wstrzemięźliwość w życiu seksualnym (niektórzy mówią, że nigdy nie odbył aktu płciowego, mimo że nie był do tego zachowania czystości zobligowany jakimkolwiek ślubem). Leonardo napisał (w oryginale zapisano w formie wiersza):

„[...] jedz tylko wtedy, kiedy jesteś głodny, i to niewiele [...], mieszaj swoje wino z wodą, pij niewiele na raz [...]. Pozwalaj odpocząć swojej głowie i utrzymuj umysł w dobrym nastroju i pogodzie ducha. Unikaj rozwiązłości i stosuj dietę”³³.

c) Prymat procesu widzenia według Leonarda

Badania nad tą częścią notatek Leonarda pozwalają sądzić, iż początkowo opowiadał się on w tej materii za poglądami Platona, jednak potem rezygnuje z tej teorii na rzecz Arystotelesa. Przypomnijmy, że według Platona promień widzenia wychodząc z oka spotyka się z promieniami wychodzącymi od przedmiotu i wzdłuż osi widzenia tworzy jedno ciało. Stagiryta skrytykuje poglądy Platona w taki sposób: „Dlatego gdy chodzi o odbijanie się światła, to zamiast utrzymywać, że widzenie po wyjściu z oka zawraca wstecz, lepiej powiedzieć, że powietrze odbiera działanie kształtu [przedmiotu] i jego barwy tak długo, jak długo jest ono ciągle – a jest istotnie ciągle na gładkiej powierzchni; dlatego to powietrze z kolei przekazuje ruch wzrokowi, jak gdyby odcisk wosku przeszedł do ostatniej granicy”³⁴. Ostatecznie Leonardo porzuci teorię platońską na rzecz stanowiska Stagiryty:

„[...] każda rzecz przekazuje swój obraz do wszystkich miejsc, gdzie to jest widzialne i na odwrót; każda rzecz jest zdolna do wchłaniania obrazów rzeczy, które zwracają się do niej przodem. W konsekwencji, oko przekazuje swój własny obraz poprzez powietrze do

³³ The Notebooks..., s. 279: „[...] Eat only when you want and sup light [...], Let your wine be mixed (with water), take little at a time [...], Rest your head keep your mind cheerful. Shun wantonness, and pay attention to diet”.

³⁴ De anima, III, 12, 435 a 7-11.

wszystkich przedmiotów, które stoją naprzeciw i również otrzymuje – odbiera je na swojej własnej powierzchni skąd *sensus communis* zabiera i rozważa je i odsyła do pamięci te, które się podobają”³⁵ (zmiana kursywy C.K.).

Streszczając można by rzec: Florentczyk opowiadający się początkowo za teorią „rzutowania na przedmioty promieni wzrokowych”, opowie się ostatecznie za stanowiskiem Arystotelesa „podobieństw obrazów”, ale w przeciwieństwie do swojego poprzednika w swoich zapiskach mówi niewiele o roli „pośrednika”. Ujmując te zagadnienia w krótkich punktach można umownie podzielić jego dokonania na kilka punktów.

Leonardo zwrócił uwagę na pewne istotne problemy, między innymi:

1. Pyta o interwał czasowy w procesie widzenia.
2. Opisał efekt olśnienia i adaptacji.

3. Leonardo używa terminów: *sfera cristallina* (wł.) – *kula krystaliczna*. Zna i rozumie działanie żrenicy, używa terminu *la pupilla* (wł.) – *żrenica*, a także zna i używa innego terminu: *iride* (wł.) – *tęczówka*. Dzięki sekcjom oka, a także pracy Peckhama *Perspectiva communis* wydrukowanej w 1482 roku wiedział, że obraz na siatkówce jest odwrócony do góry nogami.

Do jego błędów można zaliczyć:

1. Utrzymywał, że widzenie odbywa się za pomocą soczewki a nie siatkówki. Dziś wiemy, że to siatkówka (łac. *retina*) będąc wrażliwą na światło jest receptorową częścią oka i to ona umożliwia nam widzenie. Soczewka natomiast umożliwia ostre widzenie przedmiotów położonych w różnych odległościach.

³⁵ The Notebooks..., s. 112: „[...] that each thing transmits its image to all places where it is visible, and conversely this thing is able to receive into itself all the images of the things which are facing it.

Consequently the eye transmits its own image through the air to all the objects which face it and also receives them on its own surface, whence the „*sensus communis*” takes them and considers them, and commits to the memory those that are pleasing”.

2. Nie wiedział, że za poprawne widzenie rzeczy jest odpowiedzialny mózg, stąd jego utrzymywanie, że poprawny obraz jest przywracany „wewnątrz oka”.

d) Proporcja jako charakterystyczny rys rzeczywistości

Jak większość jemu współczesnych architektów włoskich, tak i Leonardo wiele zawdzięcza rzymskiemu architektowi Witruwiuszowi. Większość renesansowych architektów traktowała „ludzkie ciało jako wzorzec dla dobrej architektury” – jak pokazuje jej historia – na różne sposoby. Poza Leonardem, który był zainteresowany taką interpretacją ciała ludzkiego, wspomnieć również należy o takich architektach jak: Leon Battista Alberti (1404-1472, *De arte aedificatoria*, pracy ukończonej około 1450-1452 roku a wydanej około 1485 roku we Florencji), który w dziesięciu tomach tego dzieła, tak jak to tylko możliwe, kreśli na różne sposoby budynki w oparciu o ciało człowieka – wychwalając jednocześnie geniusz Witruwiusza. Współczesne badania piętnastowiecznej myśli włoskiej każą nam widzieć w postawie inżyniersko-wynalazczej Albertiego bezpośredniego następcę Leonarda. Jak zaznacza S. Swieżawski przywołując cytaty pochodzący z Rossiego, ci dwaj architekci-inżynierowie „pobudzają do wysiłku badawczego w zakresie poszczególnych dyscyplin naukowo technicznych”³⁶. Obydwaj postulują ideę wiedzy uniwersalnej (scienza universale). Francesco di Giorgio Martini (1439-1502), w *Trattato di architettura civile e militare* (1465-1492) dokładnie oparł się na ścisłych porównaniach z ludzkim ciałem dla rzutów poziomych fa-

³⁶ P a o l o R o s s i, *Filozofowie i maszyny (1400-1700)*, tłum. A l i n a K r e i s b e r g, Warszawa 1978, s. 30: „[...] w pochwałę techniki, która pozwala na przemieszczanie ogromnych mas wody i skał, przebijanie gór i zasypywanie dolin, osuszanie bagien i zmienianie biegu wód, regulowanie koryt rzek, budowanie okrętów i mostów, machin bojowych i fortec, wreszcie otwieranie nowych dróg i szlaków handlowych [...]” – przytoczone w: S t e f a n S w i e ż a w s k i, *Dzieje filozofii europejskiej XV wieku*, T. VI – *Człowiek*, Warszawa 1974-1980, s. 296.

sad budynków, a także dla belkowania kościołów – i podobnie jak Leonardo – w wielu teoriach nawiązał do Witruwiusza. (Leonardo współpracował z nim około 1490 roku, kiedy to obaj zostali poproszeni o konsultacje przez Wydział Prac Nad Katedrą w Pawii). Franciszkanin Łukasz Pacioli „Paciolo” (1445-1514) w swoim *Divina proportione* (pracy wydanej w 1509 roku – pomógł mu sam Leonardo, a do współpracy³⁷ doszło w Mediolanie pomiędzy 1494-1499/1500 rokiem) wielokrotnie odwoływał się do Witruwiusza. Jest wielce prawdopodobne, że swój traktat *O postaci ludzkiej* (wł. *De figura umana*), który planował napisać Leonardo, mógł zostać zainspirowany właśnie ową współpracą dwóch teoretyków. Pacioli razem z Filaretem (właśc. Antonio di Pietro Averlino, także Averulino, 1400-1469) i Leonardem rozumieli postać człowieka w okręgu i kwadracie w takim znaczeniu, że „geometryczne figury mają swoje źródło-początek w ludzkim ciele”. Nie skończyło się tylko na takim obrazowym przedstawieniu. Leonardo, podobnie jak poprzednicy, za najbardziej szlachetną część ciała jako odniesienie do pomiarów uważał głowę, traktując ją jako początek-źródło pomiarów. Pamiętając, iż proporcja łączy się u Leonarda z doświadczeniem, miarą i liczbą, otrzymujemy zmodyfikowaną definicję malarstwa (zwaną przez Leonarda *scienza della pittura*), opartą na regułach, której pewne załączki widoczne są już u innego Florentczyka zwanego Masaccio (właściwie Tommaso di Ser Giovanni di Simone, 1401-1428). Należy również pamiętać o tym, że badania artystów Renesansu (wsparte o anatomię, perspektywę, geometrię) doprowadziły do niespotykanego dotąd na taką skalę w sztuce naturalizmu i naturalistycznego podejścia w ukazywaniu aspektów przyrody (z wyjątkiem grecko-helleńskiego okresu). Wszyscy najwybitniejsi artyści epoki Odrodzenia posiadali doskonałą wiedzę z zakresu anatomii, perspektywy, geometrii (wy-

³⁷ Warto również dodać, że między innymi dzięki tej współpracy mógł Leonardo poznać poglądy fizyczne wybitnego naukowca *B ł a ż e j a P e l l a c a n i e g o z P a r m y*, gdyż sam Łukasz Pacioli podkreśla, iż ten wybitny fizyk i matematyk epoki wczesnego Renesansu wpłynął na kształt jego matematycznej wiedzy.

starczy wymienić: Andrea di Michele di Cione, nazywanego il Verrocchio, ok. 1434-37-1488), Andrea Montegna (ok. 1431-13-1506), Sandro Botticelli, (właściwie Alessandro di Mariano Filippi, 1445-1510), Leonarda da Vinci (1451-1519), Rafaela Santi (znany również jako Rafael Sanzio, wł.: Raffaello Santi lub Raffaello Sanzio, 1483-1520), Luca d'Egidio di Ventura, (zwany Luca da Hortona lub Luca Signorelli, 1445-1524), Michelangela Buonarroti (Michał Anioł, Michelangelo di Lodovico Buonarroti Simoni, 475-1564). Warto zaznaczyć również, iż Leonardo jak i wspomniani wyżej architekci, mieli duże uznanie nie tylko dla Witruwiusza, ale również dla platońskiego dialogu Timaios. Wszystkich ich łączy także dobra znajomość tego dialogu, a sam Leonardo miał „duże uznanie dla teorii kosmologicznej zawartej w Timaiosie”³⁸.

Streszczając:

1. Poprzez liczne pomiary Leonardo ukazuje praktyczne rozumienie wyliczonych proporcji bazując na traktacie rzymskiego antycznego architekta.

2. To prowadzi go do bardzo ciekawej symbolicznej wykładni wszechświata: oto człowiek, mikrokosmos, jest wpisany lub inaczej zawiera się w okręgu – kulistym wszechświecie – makrokosmosie.

3. Proporcja, którą – zdaniem Leonarda – dostrzec można we wszystkich materialnych rzeczach, staje się jednym z najbardziej charakterystycznych pojęć jego filozofii przyrody.

Jako ciekawostkę można dodać, że Leonardo żywo był zainteresowany teoriami polskiego matematyka Witelona (1230- † 1280/1314), o którym wzmiankuje kilkakrotnie³⁹. Jest bardzo prawdopodobne, że Leonardo znał pisma polskiego matematyka; potwierdzają to fakty

³⁸ A n d r e C h a s t e l, *Leonardiana*, „Bibliothèque d'Humanisme et Renaissance” XVI (1954), s. 389.

³⁹ I tak A. C. C r o m b i e w swojej książce: *Nauka średniowieczna i...*, na s. 145, pisze tak: „Leonardo da Vinci, Maurolyco, Marcus Antoni de Dominis, Giambattista della Porta, Jan Marek Marci i Krzysztof Scheiner powoływali się w swoich pismach optycznych na Rogera Bacona, Witelona i Peckhama”.

i jego własne notatki. Około 1490, a także 1493-94 roku Leonardo miał kontakt ze słynną biblioteką Sforzów, w której znajdowały się prace Witelona nad perspektywą. Dowodzą tego te dwa fragmenty: „Spróbuj zdobyć Witelona, którego [praca] jest w bibliotece w Padwie, a także jego traktaty matematyczne”⁴⁰. I kolejna notatka: „U Witelona jest 805 wniosków dotyczących perspektywy”⁴¹. Jest zatem bardzo prawdopodobne, że kreśląc uwagi ogólne dotyczące mierzenia budowli publicznych mógł Leonardo opierać się na pracach tego polskiego naukowca.

Powróćmy jeszcze na moment do współpracy Leonarda z Paciolim. W jego traktacie rozpoznajemy metafizyczny chrześcijańsko-platoński charakter jego teorii. Będąc podporządkowany matematycznym regułom⁴² mógł metodę tę podsunąć Florentczykowi podczas wspólnej pracy, w kontekście której poniższa uwaga Leonarda staje się dla nas bardziej czytelna: „Niech nie czyta mych prac zasadniczych ten, kto nie jest matematykiem”⁴³. I gdzie indziej: „Kto gani najwyższą pewność matematyki, karmi siebie chaosem, i nigdy nie nakaze milczeć sprzecznościom nauk sofistycznych, które uczą jedynie wiecznego wrzasku”⁴⁴.

⁴⁰ The Notebooks..., s. 310: „Try to get Vitolone which is in the library of Pavia and treats on mathematics”.

⁴¹ Tamże, s. 310: „In Vitolone there are 805 conclusions about perspective”.

⁴² Współczesne badania wykazały, że również dla B ł a ż e j a P e ł a c a n i e g o z P a r m y, którego twórczość naukową znał Leonardo (zwłaszcza jego *scientia de ponderibus*), „jedyną, prawdziwą i absolutnie pewną wiedzą jest geometria”. Więcej na ten temat patrz S t e f a n S w i e ż a w s k i, *Dzieje filozofii europejskiej XV wieku*, T. V – *Wszechświat*, Warszawa 1974-1980, s. 50, przypis 175.

⁴³ *Aforismi, novelle e profezie di Leonardo da Vinci, Introduzione di Massimo Baldini*, Casa Editrice Newton Compton 1993, s. 4: „Non mi legga chi non è matematico nelli mia principi”; (tłum. aut.).

⁴⁴ *Aforismi, novelle e profezie di Leonardo da Vinci, Introduzione di Massimo Baldini*, Casa Editrice Newton Compton 1993, s. 3: „Chi biasima la somma certezza delle matematiche si pasce di confusione, e mai

3. Anatomiczno-fizjologiczne eksperymenty Leonarda

Biorąc pod uwagę znaczną objętość notatek anatomicznych Leonarda, jakie zachowały się do naszych czasów, w niniejszym eseju ograniczę się jedynie do uwypuklenia podstawowych i najważniejszych poglądów Leonarda w tej gałęzi wiedzy, jakie możemy wyczytać na podstawie analizy jego anatomicznych *Kodeksów*. Trzeba **powtórzyć** raz jeszcze pewien teoretyczny aspekt jego anatomicznych eksploracji:

1. „Siłą jego argumentów i skutecznego uwalniania swoich poglądów anatomicznych od średniowiecznego arystotelizmu stają się nie same tylko rysunki anatomiczne tworzone ręką geniusza, lecz również tekst”⁴⁵.

porrà silenzio alle contradizioni delle sofistiche scienzie, colle quali s'impára uno eterno gridore”; (tłum. aut.).

⁴⁵ Autorom wspomianej wielokrotnie rozprawy Leonardo *On Human Body*, Charles D. O'Malley (Uniwersytet Stanforda) i J. B. De C. M. Saunders (Uniwersytet Kalifornia) chodziło w tym zwrocie o zwrócenie uwagi, iż Leonardowi przyszło tworzyć w czasie, kiedy wciąż jeszcze silna była tradycja traktująca wyższość tekstu nad rysunkiem. W czasach tych wszelkiej maści „ufryzowani chirurdzy” patrzyli z wyraźną dezaprobatą na anatomiczne ilustracje. Dzięki ilustracjom wiedza anatomiczna mogła być lepiej przyswajana. Faktem jest, że na pedagogiczny aspekt (walor) ilustracji anatomicznych jako pierwszy zwrócił uwagę właśnie Leonardo. Był to przełom w traktowaniu ilustracji anatomicznych, współcześni Leonarda traktowali je jeszcze z dużą dezaprobatą, czego dowodem jest fakt, że jeszcze w XVI wieku Jacobus Sylvius wyrażał wyraźną niechęć do zanieczyszczania tekstu przez rysunki. Autorzy Leonardo On..., podkreślają fakt stopniowego oddalania się od autorytetu Arystotelesa na rzecz Galena – co potwierdza frazeologia i terminologia galenowska używana przez Leonarda. Jest to potwierdzone przez treść określonych twierdzeń anatomicznych Leonarda. Bo jak podkreślają autorzy Leonardo On..., s. 24: „[...] jest on pokrewny do zwykłych tekstów anatomicznych tego okresu i rzeczywiście respektujemy go jako brak systemu, lecz zauważa się w nim medyczny tekst tak jak u Galena”.

2. Leonardo opisuje i tłumaczy ciało i ruchy człowieka (a także zwierząt) poprzez odwołanie się do mechaniki – nie należy jednak utożsamiać stanowiska zajmowanego przez Leonarda z klasycznym mechanicyzmem reprezentowanym przez Kartezjusza.

3. Te dwie wyżej wspomniane tezy pozwoliły mi na zestawienie poglądów dwóch filozofów mianowicie Leonarda i Kartezjusza, ponieważ pewne fakty świadczą, że Leonardo wpłynął na poglądy Kartezjusza, a ten fakt ten ostatni myśliciel przemilczał. Oto dwa dowody: „Rękopisy Leonarda da Vinci były przepisywane w XVI w., a jego pomysły mechaniczne przywłaszczył sobie Hieronim Cardano (1501-1576) przekazując je Stevinowi, a przez Bernarda Baldiego – Galileuszowi, Robervalowi i Kartezjuszowi. Hiszpan Jan Chrzyciel Villalpando (1552-1608) wykorzystał jego koncepcję środka ciężkości i przekazał w obszernej korespondencji naukowej utrzymywanej z uczonym zakonikiem benedyktyńskim Marin Mersenne – siedemnastemu stuleciu”⁴⁶. [p.m.C.K.].

Jeśli przypomnimy sobie, że z tym ostatnim prowadził również korespondencję sam Kartezjusz⁴⁷, teza o wpływie Leonarda na Kartezjusza wydaje się być silna. Dlatego w kontekście tych rozważań uznałem za istotne przedstawienie ciekawej koncepcji *człowieka-maszyny*, która łączy ze sobą tych dwóch myślicieli.

4. Pewne odwołanie się do kilkakrotnie wspomnianego już w tym eseju Witruwiusza potwierdziło moją tezę o tym, że teoretycznym źródłem dla mechaniczno-anatomiczno-fizjologicznych hipotez Leonarda były również prace tego antycznego architekta.

5. Badania i sekcje czaszki pozwalają Leonardowi na wysnuć hipotez dotyczących lokalizacji *sensus communis* (*senso comune* (wł.) – *zmysł wspólny*). W przeciwieństwie do poglądu Stagiryty według Leonarda znajdował się w *trzeciej komorze mózgowej*. Sam

⁴⁶ A. C r o m b i e, *Nauka średniowieczna i...*, s. 161.

⁴⁷ Patrz liczne tego przykłady (między innymi: s. VII, XXXIV, XXXIX, 150, 163, 166, 179, 184) w dziele D e s c a r t e s a, *Człowiek, Opis ciała ludzkiego*.

opis działania tego *zmysłu centralnego* przejął Leonardo właśnie od Arystotelesa.

6. *Zasada minimum* która mówi, że „każda czynność naturalna odbywa się na najkrótszej drodze”, a którą Leonardo odnosi nie tylko do nauki o ciężarach, ale przede wszystkim do anatomii, biologii i fizyki, jest wielokrotnie wspomniana przez Kartezjusza w *Zasadach filozofii*, który pisze tak: „[...] każda część materii rozpatrywana z osobna nigdy nie dąży do tego, by poruszać się po liniach krzywych, lecz tylko po prostych [...]”⁴⁸. [p. m.C.K.]. To pozwala sądzić, że teorię tę również mógł zaczerpnąć Kartezjusz od swojego poprzednika.

7. Teorie *ciepła przyrodzonego*⁴⁹, *pneumy* i *płynów humoralnych*, została zaprezentowana przeze mnie jako kolejny dowód bardzo ciekawej ciągłości w podejmowanych anatomicznych zagadnieniach, które skrótowo przedstawia się następująco: Arystoteles – Galen – Leonardo – Descartes⁵⁰. W swoim ogólnym zarysie łączy ona ży-

⁴⁸ D e s c a r t e s, *Zasady filozofii*. Z oryginału łacińskiego przełożyła, opatrzyła słowem od tłumacza i przypisami I z y d o r a D a m b s k a, Wydawnictwo Antyk, Kęty 2001, s. 71.

⁴⁹ Jak wykazały badania K e n n e t h a D. K e e l e g o, *Leonardo da Vinci on Movement of the Heart and Blood*, London 1952, s. 49, w lewej komorze serca – zdaniem Leonarda – znajdowało się „siedlisko” sił witalnych człowieka. Zbieżność poglądów, co do roli lewej komory serca Leonarda i Kartezjusza nie jest przypadkowa i pozwala sądzić, iż Toskańczyk wpłynął na ukształtowanie się poglądów Kartezjusza na tę kwestię. Zdaniem K e n n e t h a D. K e e l e g o problem ciepłoty serca jest jednym z najbardziej charakterystycznych problemów nad jakim pracował Leonardo podczas anatomicznych badań.

⁵⁰ Należy w sposób zawężony rozumieć ową „ciągłość” pomiędzy wspomnianymi anatomami-filozofami działających w różnych epokach. To znaczy ukazane przeze mnie wybrane, lecz bardzo charakterystyczne anatomiczno-filozoficzne koncepcje miały za zadanie potwierdzić przypuszczenie, iż w różnych epokach powracano i próbowano na różne sposoby rozwiązać pewne anatomiczno-fizjologiczno-filozoficzne koncepcje. W przypadku hipotezy ciepła przyrodzonego znacznie bliżej Leonardowi do Arystotelesa niż do Kartezjusza. W koncepcji Kartezjusza owo ciepło przyrodzone (energia),

cie z obecnością ciepła w ciele. Teoria ta jest spotykana zarówno w filozofii Arystotelesa jak i przeziera się przez cały system Galena, a co najważniejsze, oba te systemy opierają się na zasadzie równowagi czterech jakości, czterech płynów, (Leonardo powie: *czterech elementów*), z których każdy posiada przeciwne stany i właściwości. Widoczna jest ona również w tekstach Leonarda. Cały system opracowany przez Galena, a przejęty potem przez Leonarda, dotyczył leczenia i regulacji tych przeciwieństw, bo jak pisał Leonardo: „Medycyna jest przywróceniem do ładu niezgodnych żywiołów; choroba jest niezgodą tych żywiołów wprowadzonych do ludzkiego ciała”⁵¹. [p.m.C.K.].

8. Na zakończenie warto raz jeszcze powrócić do wzajemnych podobieństw między Leonardem a Kartezjuszem. Okazało się bowiem, (o czym świadczą przedstawione i skorelowane przeze mnie fragmenty anatomicznych pism tych dwóch filozofów), że opis budowy oka dokonany przez Kartezjusza jest bardzo podobny do tego, jaki wyszedł spod ręki Leonarda, i trzeba zapytać: Czy obaj myśliciele

która zostaje wytworzona w sercu, służy po pierwsze do tego, aby wprawić w ruch krew i po drugie tworzy tchnienia, które przenoszą się na mięśnie i różne części ciała dając tym samym maszynie (człowiekowi) możliwość naśladowania różnych mechanicznych ruchów (rozumienie mechaniczyczne). Natomiast Leonardo utożsamia ducha życiowego z przyrodzonym człowiekowi ciepłem, które pochodzi od duszy, (czyli rozumienie antymechaniczyczne). Dlatego opierając się na wykładni A n d r z e j a B e d n a r c z y k a (patrz s. 145-147, [w] R e n é D e s c a r t e s, *Człowiek; Opis ciała ludzkiego*, PWN, Warszawa 1989) mogę założyć, iż w świetle ukazanych fragmentów, duch życiowy Leonarda ma pewne znaczeniowo zbliżone teoretyczne podobieństwo z pneumą Arystotelesa, gdyż zgodnie z wykładnią A. Bednarczyka (s. 141, tamże) ciepło z połączonego z nią pneumą uczynił Arystoteles narzędziem duszy, za pomocą, którego dusza sprawuje swoje funkcje. Podobnie – zdaniem Leonarda – ciepło i duch życiowy, które są wynikiem działania duszy (i od niego pochodzą) pełnią funkcję warunkującą życie w człowieku.

⁵¹ The Notebooks..., s. 279: „Medicine is the restoration of discordant elements; sickness is the discord of the elements infused into the living body”.

niezależnie od siebie (raczej: czy Kartezjusz opisał ten fenomen bez wpływu pism Florentczyka?) w taki sam sposób rozumieli działanie krystalicznej soczewki? Pamiętać należy, że Leonarda badania nad funkcją oka powstały około 200 lat przed zapiskami Descartesa. Ponadto w tekstach Kartezjusza pojawia się podobna teoria, która mówi, że źrenica w zależności od siły światła kurczy się lub rozszerza.

9. Teorię *pneumy* (grec. *tchnienie, powietrze, oddech*), rozwinął Arystoteles, a potem na grunt anatomii przeniósł ją Galen (129-199). W swoich anatomicznych teoriach również i Leonardo odniósł się do tej teorii. Leonardo utożsamiał owe *spiritus vitales* (lub *spiritus vitalis*) z przyrodzonym człowiekowi ciepłem – „Cała życiowa siła pochodzi od niego”. Descartes również nawiązał do tej antycznej koncepcji, gdy pisał: energia, która została wytworzona w sercu, służy po pierwsze do tego, aby wprawić w ruch krew i po drugie tworzy tchnienia, które przenoszą się na mięśnie i części ciała; ruch ten jest też podstawą działania mózgu. W ten sposób owo tchnienie jest odpowiedzialne za ruch człowieka. Tyle, jeśli idzie o aspekt teoretyczny anatomicznych pism Leonarda. W dziedzinie badań anatomicznych (strona praktyczna) do osiągnięć Leonarda należy zaliczyć:

1. Leonardo rozpoznał przegrodę mięśni sercowego [septum cordis].

2. Prawidłowo przedstawił zakrzywienie kręgosłupa i prawidłowo opisał jego budowę i działanie.

3. Jak podkreślają autorzy krytycznego dzieła na temat anatomicznych dokonań Leonarda (chodzi o autorów *Leonardo On The Human Body*), jeśli idzie o „przedstawienie *zatok szczękowych*”, to: „[...] Rysunki Leonarda musimy traktować jako pierwsze ukazanie *antrum* [...]”⁵². [p.m.C.K.].

4. Innowacyjna technika wstrzykiwania wosku do komórek mózgowych w celu dokładnego poznania ich kształtu zaowocowała tym,

⁵² Leonardo da Vinci, *Leonardo On The Human Body*, Translations, Text and Introduction by Charles D. O'Malley, Stanford University, and J. B. De C. M. Saunders, University of California, Dover Publications, inc., New York 1983, s. 46.

że Leonardo: „[...] jako pierwszy dokładnie przedstawił układ tych struktur [...]”⁵³.

5. Leonardo pomylił się co do poprawnej liczby kręgów; dziś wiemy, że kręgosłup składa się z 33 segmentów. Zamiast tej liczby Leonardo podaje liczbę 31 segmentów.

6. Pomimo błędnego utrzymywania przez Leonarda, że kość łokciowa pozostaje względnie sztywna, komentatorzy (autorzy dzieła Leonardo On...,) stwierdzają bardzo istotną dla nas uwagę, iż: „[...] ilustracje kładą nacisk swoją przenikliwą bystrością i zainteresowaniem na mechanizmy ciała [...], stopień dokładności naszkicowania kości wydaje się być w tej serii godny najwyższego szacunku i uwagi”⁵⁴. [p.m.C.K.].

7. Leonardo rozwinął swoją „kinematograficzną” metodę przedstawiania ruchu człowieka w rysunku⁵⁵. Dziś wiemy, że Leonardo pracował nad stworzeniem księgi o ruchu człowieka właśnie w oparciu o wyniki badań anatomicznych. Praca miała być zatytułowana: (wł.) *Libro del moto actionale – Księga o działaniu ruchu*.

8. W przypadku licznych rysunków dotyczących sekcji mięśni grzbietowych, współcześni anatomowie (autorzy *Leonardo On The Human Body*) stwierdzają:

„Leonardo wspaniale zlokalizował te grzbietowe mięśnie rozciągające się od karkowo-szyjnych kręgów do żeber, gdzie związane są częściowo z mechanizmem oddychania i stabilizacji szyjnych kręgów kręgosłupa i zatem pośrednio podtrzymania głowy. On powtórzył pewną myśl, którą ujął w postaci metafory, że te mięśnie podtrzymują głowę i szyję «jak maszt statku ze swoimi podporami»”⁵⁶.

⁵³ Tamże, s. 50.

⁵⁴ *Leonardo On The Human Body*, s. 54 i 489.

⁵⁵ Co zdumiewające, technikę tę zaadaptował również Leonardo do ukazania poszczególnych faz lotu ptaków i to zarówno w prezentacji ich lotu, jak i poszczególnych stadiów zanatomizowanych ruchów skrzydeł; badania te ukazuje praca D o m e n i c o L a u r e n z a, *Leonardo Il volo*, Giunti Editore S.p.A. 2004, s. 31-91.

⁵⁶ *Leonardo On The Human Body*, s. 73-74.

9. Natomiast poniższy fragment dostarcza nam bardzo interesującej informacji względem tych zawartych w pisach anatomicznych jego poprzedników. Tekst ten potwierdza, że Leonardo nie był jedynie anatomem kopiującym Galena, Awicennę, Mundinusa i innych autorów scholastycznych, lecz weryfikował ich badania: „Nadgarstek (rasetta): 7 kości. 8. kość jest podstawą kciuka”⁵⁷. Fragment ten tak komentują współcześni anatomowie (autorzy Leonardo On...): „Niewątpliwie jest on odmiennego zdania wobec źródeł tradycyjnych – bardzo wczesnych anatomów, którzy utrzymywali, że tych kości w nadgarstku jest 7”⁵⁸.

10. Leonardo w procesie odżywiania płodu kładł duży nacisk na rolę pępowiny. Liczne notatki ujawniają również jego zainteresowanie poznaniem fizjologii płodu. Rysunki ukazują również wiele detali anatomicznych [np.: widać *liścień (cotyledon)*], co potwierdza, że Leonardo dokonał sekcji ciężarnej kobiety⁵⁹.

11. Swoje badania Leonardo oparł na doświadczeniu praktycznym („[...] w celu uzyskania prawdziwej i kompletnej wiedzy o tym, zrobiłem anatomię więcej niż 10 ludzkich ciał [...]”), [p. m., C.K.], i jak trafnie zauważa Alfred Rupert Hall (do analiz tego historyka nauki odwoływałem się w kilku miejscach tej rozprawki): „Anatomowie, którzy uwolnili się, jakkolwiek częściowo, od swojej naturalnej skłonności stosowania się do poglądów starożytnych mistrzów, konstruowali nowy wzorzec obserwacji naukowej”⁶⁰.

12. Dlatego tak bardzo istotny jest dla nas pasaż, który dzisiaj można zaliczyć do anatomii patologicznej (mam na myśli przeprowadzoną sekcję stuletniego starca, po której Leonardo stwierdził u niego arteriosklerozę, (choć nazwa tego schorzenia powstała znacznie

⁵⁷ Tamże, s. 124.

⁵⁸ Tamże, s. 124.

⁵⁹ Istnieją poglądowe rysunki Florentczyka ukazujące ułożenie płodu w macicy. Obok rysunków Leonardo stworzył zapiski, w których próbował wytłumaczyć relacje pomiędzy matką a płodem (podtrzymując argumentację Awicenny 980-1037).

⁶⁰ Alfred Rupert Hall, *Rewolucja naukowa...*, s. 65.

później)... Jest to jedyne takie oświadczenie Leonarda i pierwsze odnotowane stwierdzenie arteriosklerozy w historii anatomii; (oświadczenie to jest kolejnym dowodem na potwierdzenie eksperymentalnego aspektu jego anatomicznych badań). Leonardo tak zdiagnozował przyczynę śmierci pacjenta: „Starzec ten na kilka godzin przed śmiercią powiedział mi, że żył 100 lat i że nie odczuwał żadnych innych dolegliwości poza brakiem sił i kiedy tak siedziałem przy jego łóżku w szpitalu Santa Maria Nuova we Florencji, on odszedł z tego świata bez żadnego poruszenia i oznak jakiegoś nieszczęścia. Przeprowadziłem jego anatomię w celu poznania przyczyn tak słodkiej śmierci i odkryłem, że przyczyną jego śmierci była niewydolność krwi w arteriach, które zasilają serce i inne członki, które znalazłem bardzo wysuszone, skurczone i uschnięte; i wyniki tej anatomii opisałem tutaj poniżej bardzo dokładnie. I przeprowadziłem też inną autopsję na dwuletnim dziecku i wszystko, co znalazłem było przeciwieństwem tego, co odkryłem u tego starca [...]”⁶¹. [p.m.C.K.].

13. Jeśli chodzi o *anatomię czynnościową*, która zajmuje się budową i działaniem poszczególnych narządów, to tej materii Leonardo poświęca dość dużo miejsca: m.in. opisuje funkcje i lokalizację *zmysłu wspólnego (centralnego)*, działanie poszczególnych mięśni: *biceps brachii, deltoid*; działanie i położenie *tensor fasciae latae, sartorius, gluteus maximus i medium*, i tak dalej...

⁶¹ The Notebooks..., s. 349: „This old man, a few hours before his death told me that he had lived a hundred years, and that he did not feel any bodily ailment other than weakness, and thus while sitting on a bed in the hospital of Santa Maria Nuova at Florence without moving or sign of anything amiss, he passed from this life. And I examined the anatomy to ascertain the cause of so sweet death, and found that it was caused by weakness through failure of blood and of the artery that feeds the heart and the lower members which I found to be very parched and shrunk and withered; and the result of this examination I wrote down very carefully. The other autopsy was on a child of two years old, and here I found everything the contrary to what was the case in the old man [...]”.

14. Leonardo zainteresowany jest również w przedstawianiu prawidłowej lokalizacji poszczególnych narządów, a także bada wzajemne ich stosunki. Teksty i rysunki z tej materii wchodzą w zakres tak zwanej anatomii topograficznej. Wielokrotnie Leonardo powtarza sobie: „[...] opisz każdy mięsień osobno, jego kształt i okolice, w jakiej on się kończy, opisz też jego istotę [...]”. Liczne przykłady pozwalają nam przypuszczać, że zakres badań mieści się między tymi gałęziami anatomii człowieka.

15. Odnajdujemy również teksty anatomiczne, które dla Leonarda-artysty mają ogromne znaczenie. Można je zaliczyć do anatomii powierzchni(owej) ciała: „[...] wykonaj nogę z całą jej rzeźbą i wypukleniami [...]”. Ostatecznie trzeba podkreślić, iż Leonardo w późniejszym okresie anatomicznej działalności znacznie wykraczał⁶² poza zagadnienia tematyczne dotyczące struktur powierzchniowych, a dotyczących jego zainteresowań jako artysty. (Anatomia Leonarda jest kolejną dziedziną nauki, w której tak wyraźnie daje się nakreślić płynne przejście wielokrotnie powtarzane przez samego Leonarda, mianowicie: z *scienza della pittura* do *scienza universale*). A jeśli dodatkowo przypomnimy sobie, jak ważny dla artystów był szczegół a dla anatomów system, wtedy dostrzeżemy, że anatomiczne prace Leonarda są pewną syntezą tych dwóch biegunów. Ponadto (co wyraźnie podkreślają autorzy *Leonardo On...*) mniej lub bardziej świadomie: „[...] Leonardo położył nacisk i uwydatnił różnice, jakie powstały podczas kreślenia pewnych struktur jego poprzedników z pamięci, a co on tak wspaniale kreślił poprzez własne obserwacje”⁶³.

⁶² Takim przykładem może być poglądowy rysunek Florentczyka ukazujący postacie w akcie płciowym. Jeden z nielicznych, ale jakże cennych szkiców przedstawiający akt płciowy według Leonarda. Jest to dowód na to, że podczas licznych sekcji Leonardo zainteresowany był nie tylko ukazywaniem i badaniem struktur statycznych (anatomia topograficzna), ale również procesami dynamicznymi – w tym przypadku: zapłodnieniem.

⁶³ Leonardo da Vinci, *Leonardo On The Human Body*, Translations, Text and Introduction by Charles D.O'Malley, Stanford Uni-

Ogólna moja teza brzmi następująco: Stopniowo inni anatomicznie zaczęli doceniać rangę tego zespolecia, a anatomiczne ilustracje stawały się ważnym dodatkiem w rozwoju anatomicznych badań, ich pedagogiczne wartości, choć nie bez walki, zaczęły być doceniane nawet przez największych przeciwników, „ale ostateczna integracja dokonała się dzięki niedocenianym często wysiłkom Leonarda da Vincięgo”. Parafrazując tekst Stagiryty, że „Każdy ruch wywodzi swą nazwę raczej od celu, do którego zmierza, niż od punktu wyjściowego [...]”⁶⁴; można uznać, że choć rysunki Leonarda ukazują pewne „statyczne struktury pozbawione dynamiki biologicznej”⁶⁵ to jednak cel, jaki założył sobie samotnik z Vinci dotyczył zrozumienia funkcjonowania ciała człowieka, a co za tym idzie, badania te miały nam potomnym dać [„pełną i kompletną wiedzę o człowieku”] i jeśli nawet zadanie to nie zostało wykonane w pełni, to należy pamiętać, że w osiągnięciu tego celu nie przeszkodziło mu „[...] ani skąpstwo ani niedbalstwo, lecz jedynie niedostatek czasu”.

5. Kosmologiczne hipotezy Leonarda

Punktem wyjścia dla rozważań kosmologicznych w tym eseju jest zaprezentowanie koncepcji czasu w ujęciu Stagiryty i Leonarda. Arystoteles sformułował pojęcie czasu w oparciu o ruch i o miarę. Leonarda uwagi na ten temat również mają silne podstawy w teoriach antycznych myślicieli. Leonardo, podobnie jak jego poprzednik, po-

versity, and J. B. De C. M. Saunders, University of California, Dover Publications, inc., New York 1983. s. 15.

⁶⁴ Arystoteles, *Fizyka*, V, 229 a 25-26.

⁶⁵ Więcej na ten temat patrz mój esej: *Anatomiczna myśl Leonarda* (tekst niepublikowany), gdzie podjąłem ciekawą wykładnię na temat pojęcia „substancji żywej” w pismach Leonarda. Punktem wyjścia dla tych dociekań stały się moje filozoficzne refleksje nad ontogenezą P. Lenartowicza i nad genialną pracą współczesnych amerykańskich anatomów pt.: *Leonardo On The Human Body*.

jęcia czasu używał tam, gdzie mowa o ruchu : „[...] wielkość, która porusza się, przyswaja sobie pewien stopień szybkości i to dzieje się na każdym etapie harmonicznego czasu [...]”⁶⁶. Aby wykazać, że definicja pojęcia czasu ma silne filozoficzne implikacje, przedstawiłem dwie współczesne ciekawe teorie. Jedna, mająca swoje silne fizyczne podstawy i uzasadnienie, została zarysowana przez S. Ziemiańskiego. Autor bardzo gruntownie omawia różnice między czasem historycznym a czasem ahistorycznym . W celu pełniejszego zapoznania się z tą argumentacją odsyłam czytelnika do artykułu S. Ziemiańskiego⁶⁷. (Aspekt fizyczny ukazany przez Stanisława Ziemiańskiego SJ

⁶⁶ The Notebooks..., s. 67: „[...] quantity when moving acquires at each stage of its movement a degree of speed; and so in each stage of harmonic time [...]”.

⁶⁷ Stanisław Ziemiański SJ. *Czas i jego implikacje filozoficzne*. „Rocznik Wydziału Filozoficznego TJ w Krakowie, 1999”, s. 102-114. Może pojawić się zarzut o to, że autor niniejszego eseju nie precyzuje, dlaczego wybiera tę, a nie inną współczesną interpretację czasu. W odpowiedzi na ten (domniemany) zarzut czynię w tym miejscu stosowne wyjaśnienia. Istotą tej prezentacji było ukazanie takiej definicji, która opierałaby się na wynikach jednej z nauk współczesnych (w tym przypadku na osiągnięciach fizyki), a która jednocześnie odnosząc się do filozoficznego aspektu tego problemu pozwalałyby ukazać, czy i na ile definiowanie czasu przez Arystotelesa, (Augustyna) i Leonarda było poprawne, a na ile nie. S. Ziemiański, najpierw ukazuje podstawowe założenia w definicjach ruchu u wspomnianych wyżej filozofów, potem sprzeczności i trudności w nich się znajdujące (zwłaszcza te u Arystotelesa, gdyż według niego, czas był jedynie ilością ruchu, lub inaczej: niejako pewnym odmierzaniem faz zbliżania się do określonego miejsca przez ciało będące w ruchu; w konsekwencji tak przyjętego rozwiązania Stagiryta miał trudności z opisem ciał, które poruszają się ruchem o zmiennej prędkości)...Następnie dociekania dotyczące czasu S. Ziemiański przenosi na grunt współczesnej fizyki. Według niej koncepcje antycznych filozofów są do utrzymania również dzisiaj, ale pod warunkiem, że czas utożsamia się z aspektem energii kinetycznej. To, co dzieje się w naszym życiu codziennym, a raczej pewne sposoby odmierzania przez nas czasu są niejako arbitralnie i umownie przyjęte i gdyby nie pewne pomocnicze elementy: kalendarze, zegary, datomierze, upływ czasu byłby niezauważalny.

uwydatnia nam, że problem interpretacji czasu i jego współczesna analiza nie należą do zagadnień łatwych). Druga koncepcja nakreślona przez Romana Ingardena (1893-1970), ukazuje nam człowieka, który z jednej strony jako „byt istniejący” jest od czasu niezależny, a z drugiej strony patrzy bezradnie „na niszczycielską rolę czasu”. Leonarda rozumienie czasu koncentruje się wokół jego „przemijalności” i niszczycielskiej roli: („O Czasie, pożerco wszelkich rzeczy! [...]”). Do rozważań tych nie wnosi jednak Leonardo nic nowego. Dużo większe znaczenie i ważność prezentują te notatki Florentczyka, w których Leonardo poruszając zagadnienia związane z anatomią i fizjologią, zacznie wprowadzać do swoich teorii element interwału czasowego.

a) Zjawiska meteorologiczne

Na początku prezentacji teorii dotyczących zjawisk meteorologicznych Leonarda warto podkreślić, iż podczas ich analizy zauważamy ich silne odniesienie do pism Arystotelesa⁶⁸. Wiedzę swą w tej dziedzinie czerpał Leonardo jak i jemu współcześni z ogromnej liczby dostępnych wówczas komentarzy jak i samego traktatu Arystotelesa *De coelo et mundo*. Leonardo przejął od Arystotelesa jego ogól-

Według współczesnej fizyki, prawdziwe zmiany zachodzą na poziomie makroskopowym – tam, gdzie zachodzą skomplikowane procesy energetyczne i gdzie zmiany tych procesów energetycznych dają się odmierzyć za pomocą różnych urządzeń. Ostatecznie S. Z., stwierdza, że czas nie upływa, lecz trwa, a odrębne jednostki czasowe, to wynik naszej projekcji, czyli czegoś arbitralnego, dzięki tym jednostkom staje się możliwe dzielenie czasu na „chwile”, „godziny”, „dni”, „lata”...czyli tych jednostek, na które składa się tak zwany czas historyczny, związany ze wzrostem entropii, który w rzeczywistości może okazać się tylko wytworem naszej psychiki i przyzwyczajień (wewnętrznego doświadczenia) niż faktycznie zachodzącym procesem w otaczającej nas rzeczywistości.

⁶⁸ Istnieje wiele fragmentów tekstów Leonarda, które wskazują, że Florentczyk korzystał z dorobku Arystotelesa.

ne rozumienie struktury wszechświata łącznie z podziałem na świat podksiężycowy i nadksiężycowy. W notatkach kosmologicznych Toskańczyka odnajdujemy również wpływy koncepcji mówiącej o harmonii i jedności całego kosmosu autorstwa Giovanniego Pico della Mirandola (1463-1494). W swojej wizji *imago mundi* Leonardo podtrzymuje tradycyjny model myślenia arystotelesowskiego (tj. środek (centrum) Ziemi jako planety koresponduje ze środkiem Wszechświata). By niepotrzebnie nie powielać tego, co już napisałem, ograniczę się do podania w punktach tego, co najważniejsze dla mojej prezentacji myśli Leonarda. Na początku uwypuklę **moje główne twierdzenie**, które brzmi następująco:

Na podstawie zanalizowanych fragmentów można przyjąć, że większość omówionych przez Leonarda zjawisk, (choć niewątpliwie Leonardo poświęca im dużo miejsca) ma jedynie charakter załączkowy i brak jego hipotezom konkretnych wniosków. Tak jest w przypadku jego hipotezy na temat powstawania deszczu, gradu i pioruna. Jego pozostałe hydrologiczno-geologiczne koncepcje można streścić następująco:

1. Wiemy, że Leonardo planował zebrać swoje hipotezy w jeden duży traktat, który miał nosić tytuł: *Del moto e misura dell'acqua – O ruchu i mierzeniu wody*. To, co zachowało się do naszych czasów, jak pisze Carlo Pedretti, jest: „[...] zbiorem idei lub spokrewnionych tematów wziętych również z innych manuskryptów [...]”.

2. W tej materii widzimy pewien postęp, gdyż na podstawie tych poglądów można mówić o próbie zerwania z tradycją. Przypomnijmy: w kwestii cyrkulacji wody Leonardo początkowo przejął teorię Pliniusza, rozbudowaną przez Alberta Wielkiego, który opisywał system cyrkulacji wody składający się z podziemnych rzek „sączących się” od oceanów. Dlatego ulegając tradycji początkowo wierzył, iż biegi podziemnych rzek formowały się i miały swoje źródło w głębinach oceanów, potem jednak zweryfikował tę teorię, podając za przynajmniej ich tworzenia: padający śnieg lub deszcz⁶⁹.

⁶⁹ Patrz Codex Hammer..., 14 A, folio 23 verso, s. 43.

3. Ponadto Leonardo widzi analogię fal powietrza z falami wodnymi. Za pomocą tego porównania tłumaczy zjawiska akustyczne, (co wydaje się potwierdzać moją ogólną tezę o współzależności pojęciowej).

4. Leonardo wiedział i wskazał, że centralną rolę w procesie cyrkulacji wody na Ziemi pełni Słońce, a konkretnie ciepło jego promieni. Liczne jego notatki świadczą o tym, że znał i rozumiał proces parowania wód spowodowany przez Słońce.

5. Najciekawszych odkryć dokonał Leonardo na polu geologii. Jego hipotezy dotyczące znalezionych muszli w różnych warstwach Ziemi mają mocne uzasadnienie we współczesnej teorii opisującej zjawisko fosylizacji ryb.

6. To pozwala tworzyć Leonardowi różne teorie o współzależności kosmosu i organizmu człowieka. Carlo Pedretti mówi nawet o „[...] ścisłej chronologicznej relacji pomiędzy manuskryptami anatomicznymi i hydro-geologicznymi [...]”. Ten aspekt dotyczy również innych dziedzin, mam na myśli podobne rozumowanie przez artystów Renesansu kwestii architektonicznych (np. w kwestii proporcji). Leonardo, który w swoich licznych studiach anatomicznych będzie stale powracał do opisu funkcji i działania ciała ludzkiego i ciał zwierząt; ostatecznie nigdy tej manieri nie przewyżczy, dlatego nazwanie go przez współczesnych anatomów (chodzi o autorów *Leonardo On...*) największym anatomem porównawczym od czasów Arystotelesa jest żadną przesadą.

7. Na podstawie bardzo wówczas popularnych teorii wyłożonych przez Platona w dialogu *Timaios* Leonardo stworzy pewną teorię harmonii czterech żywiołów, w której nawiąże zarówno do wspomnianego Platona jak i do Arystotelesa.

b) Astronomia Leonarda

Na jednej z wewnętrznych stron tego, co dziś nazywamy umownie *The Codex Hammer...*, a co stanowi dla nas współczesnych źródło wiedzy o poglądach Leonarda, ktoś napisał: „Książka napisana

przez Leonarda da Vinci, jako traktat o słońcu, Księżycu, przepływie wody, o punktach i ruchach⁷⁰.

A oto zarys tego, co stanowi moim zdaniem **wkład Leonarda** w tę dziedzinę wiedzy:

1. „[...] IL SOL NON SI MUOVE [...]”⁷¹. (RL 12669 v); choć jest to ważna notatka, można ją bowiem traktować jako próbę zerwania z tradycyjną geocentryczną teorią (trafnie zaznacza S. Swieżawski: „notatka ta zdradza skłonności heliocentryczne”⁷²), to jej jednoczesna lakoniczność nie pozwala nam na ostateczne rozpoznanie stanu wiedzy Leonarda.

2. Opierając się na argumentacji Carla Pedrettiego przyjąć należy, że Leonardo jako pierwszy wytłumaczył zewnętrzną jasność księżycą (*lumen cinereum*)⁷³. Mikołaj z Kuzy (Mikołaj Kuzańczyk, łac. Nicolaus Cusanus, właśc. Nicolaus Krebs, ur. ok. 1400-1464) również próbował wytłumaczyć ową *obscuritas* księżycy i argumentował podobnie jak Leonardo, lecz jego wyjaśnienia nie były tak pełne jak te Toskańczyka. Leonardo twierdził również, że obwód Ziemi wynosi około 7000 mil⁷⁴.

3. Leonarda był pierwszym wśród jemu współczesnych, który szczegółowo opisał fenomen koloru atmosfery.

⁷⁰ The Codex Hammer..., HAMMER 19, Folio iv verso, s. 47.: (wł.): – „Libro scritto de Leonardo vincto che tratta del sole della Luna del corso dell'acqua, de i punti, et de' i moti”; (tłum. aut.).

⁷¹ Antonina Valentini, *Leonardo da Vinci*, s. 415. Z wł.: „[...] SŁOŃCE NIE PORUSZA SIĘ [...]”. Notatka ta została napisana przez Leonarda niezwykle dużymi literami.

⁷² Stefan Swieżawski, *Dzieje filozofii europejskiej XV wieku*, T. V – *Wszechświat*, Warszawa 1974-1980, s. 87.

⁷³ The Codex Hammer..., s. 12.

⁷⁴ Co jest błędem, gdyż obwód Ziemi wzdłuż równika wynosi : 40 077 km a wzdłuż południka 40 009 km, Leonardo założył, że obwód Ziemi ma 7000 mil, 1 mila ma 1,609 km mnożąc to przez 7000 uzyskujemy wynik: 11 263 km...

4. Dużo wcześniej niż Galileusz, Leonardo mierzył się z zamiarem zbudowania lunety do obserwacji Księżyca. „Skonstruuj okulary [szkła] w celu zobaczenia księżyca większym”⁷⁵.

5. Leonardo podobnie jak Mikołaj z Oresme, Mikołaj Kuzańczyk i Mikołaj Kopernik uważał, że „ciężkość jest zjawiskiem miejscowym”. [p.m.C.K.]. Liczne implikacje teorii Leonarda, że „żaden element nie ma w sobie ciężkości ani lekkości, jeżeli się nie rusza”, wskazują jednocześnie na tezę: „że lekkość jest tylko aspektem ciężkości”, co pozwala sądzić za Luporinim, Garinem, Duhemem, Swieżawskim, że Leonardo tę hipotezę przejął od Saksończyka⁷⁶.

6. Współczesna analiza notatek (z wspomnianego wyżej *Kodeksu Hammer...*) dokonana przez wyżej wymienionych „leonardystów”, pozwala sądzić, iż Leonardo traktuje Ziemię jak inne planety, podkreślając jej fizyczno-materialną naturę (jest tym samym w opozycji wobec teorii, w których planety znajdujące się w sferze nad-księżycowej rozumiane są jako przezroczyste, szklane gigantyczne kule). Między innymi Leonardo porównuje budowę Ziemi z budową Księżyca doszukując się pewnych analogii.

7. Ostatecznie **moja teza brzmi**: Główną zasługą Leonarda w dziedzinie astronomii są jego badania nad **iluminacją**. Owa jedna „zabłąkana” notatka o słońcu nie daje nam pewności, co do ostatecznej trafności naszej oceny wiedzy Leonarda. Studia nad światłem i cieniem i ich wyniki są dla nas ważne dlatego, że wiążą się z techniką *chiaroscuro* (wł., dosłownie *światłocień*), a pierwszeństwo w jej teoretycznym stworzeniu i praktycznym wprowadzeniu należy przyznać Leonardowi. Ukoronowaniem tej techniki są malarskie dzieła

⁷⁵ TheNotebooks..., s. 52: „Construct glasses in order to see the moon large”.

⁷⁶ Por. Cesare Luporini, *Myśl Leonarda*, s. 50; Stefan Swieżawski, *Między średniowieczem...*, s. 224-225; Eugenio Garin, *Scienza e vita...*, s. 73-74; Pierre Duhem, *Études sur...*, t. II, s. 235.

Leonarda, a zwłaszcza portret *Giocondy*⁷⁷; wizerunek *Jana Chrzciciela*⁷⁸; *Anny Samotrzejcej*⁷⁹.

c) Wpływ Leonarda na nowożytną filozofię przyrody

Punktem wyjścia dla tych rozważań stało się dla mnie wspomnienie o zasadzie minimum, która widoczna jest w fizycznych teoriach Leonarda. Skorelowane fragmenty jego fizycznych Kodeksów pozwalają sądzić, że istnieje znaczne podobieństwo w argumentacji ockhamistów, Leonarda i Kartezjusza, co do ogólnego rozumienia ruchu lokalnego. W historii myśli fizycznej ma swoje miejsce także Leonardo, który żywo zainteresowany był teorią impetus. Po dokonaniu eksperymentów ze spadającymi kulami (zakładamy, że tak było, choć przebiegu samego eksperymentu Leonardo nie opisał), Florentczyk oświadczył: „Ciężar, który spada swobodnie, zyskuje stopień szybkości w każdym stadium tego ruchu”⁸⁰. Zatem jest już Leonardo (możemy tak sądzić w oparciu o ukazany wyżej tekst) o krok od teorii, iż „[...] prędkość wzrasta wprost proporcjonalnie do czasu spadania [...]”. Co istotne, pewne odnalezione fragmenty fizycznych pism Florentczyka dały silne podstawy, by zastanowić się nad rolą Leonarda w sformułowaniu prawa nazywanego: Zasadą swobodnego spadania (spadku) ciał⁸¹. Ostatecznie, – co podkreślają historycy nauki – Le-

⁷⁷ Datowany na około 1503-1506; olej na desce, 77 na 53 cm, Paryż, Luwr.

⁷⁸ Datowany na około 1513-1516 rok; deska, 69 na 57cm, Paryż, Luwr.

⁷⁹ Datowany na około 1510 rok, olej na desce, 168 na 130 cm, Paryż, Luwr.

⁸⁰ The Notebooks..., s. 68: „The weight which descends freely gains a degree of speed with every stage of movement”.

⁸¹ Ostatecznie Galileuszowi przypisuje się ustanowienie tego prawa, które mówi, że: „[...] ruch ciał swobodnie spadających jest ruchem jednostajnie przyspieszonym, ze stałym przyspieszeniem, niezależnym od ciężaru ciała”- więcej na ten temat patrz: Z b i g n i e w K a m i ń s k i, *Fizyka dla kandydatów...*, s. 93.

onardo zawdzięcza Saksończykowi nie tylko podobieństwo w podejmowanych zagadnieniach, ale przede wszystkim podobnie zawily technicznie i miejscami mocno enigmatyczny język. Jeśli zatem nie można jednoznacznie i bezspornie wskazać twórcy zasady swobodnego spadania ciał, to można przynajmniej powiedzieć, że Leonardo miał w tym swój udział. Geneza i rozwój fizycznej myśli Leonarda miała swój początek w traktowaniu pojęcia ruchu. Potem Florentczyk dość obszernie dyskutuje z samym sobą o zasadach impetus. Bardzo często stosuje Leonardo metodę wymyślania sobie fikcyjnego przeciwnika, którym jest sam Leonardo. Florentczyk używa terminu: *Lavversario oppone* – (wł.) przeciwnik sprzeciwiający się, między innymi dzięki tej metodzie Florentczyk polemizuje z platońską teorią geometrycznego wyobrażenia żywiołów jako brył; a także odpowiada na zadane przez siebie pytania dotyczące właściwości ciał ciężkich i lekkich. Nie poprzestaje jednak na tym i choć ostatecznie nie przezwycięży trudności związanych z niemożnością połączenia ruchu wymuszonego i naturalnego, ale już samo przedstawienie trzech faz ruchu pocisku⁸², jest kolejnym krokiem naprzód ku zasadzie przyspieszenia. Ważne jest jednak to, że pomimo pewnych braków (nowego spojrzenia na ruch naturalny i wymuszony), zanalizowane fragmenty tekstów Leonarda (1452-1519), Saksończyka (ok. 1316-1390) i Dominika de Soto (1494-1560) pozwalają traktować tych fizyków jako „bezpośrednich poprzedników Galileusza”. Czytelnik może zapytać tak: Skoro jasno widać, że teoria ta przebija się w późniejszych pismach fizycznych Leonarda to, dlaczego tak niewielu przyznaje Leonardowi uczestnictwo w stworzeniu fundamentu tej hipotezy?

Moja odpowiedź i jednocześnie **teza** jest taka: Częściowej odpowiedzi należy doszukiwać się w bardzo późnym (wiele jego pism

⁸² Leonardo podobnie rozumie i przedstawia „trajektorię pocisku” jako linię ciągłą zakrzywioną. Widać tutaj wyraźne nawiązanie do koncepcji Saksończyka. Leonardo przejął ją następnie i poszerzył o koncepcję siły ciężkości, która powodowała – zdaniem Leonarda – spadek ciała i tłumaczyła jednocześnie zakrzywienie lotu pocisku (linia lotu była kreślona i rozumiana przez Florentczyka jako linia ciągła wyraźnie zakrzywiona ku dołowi).

zostało opublikowano dopiero w XIX wieku, a niektóre nawet w XX, jak choćby te o anatomii) opublikowaniu notatek Leonarda. Istnieją przypuszczenia, że pewne teorie Leonarda wpłynęły na jego następców, o czym ci ostatni nie zawsze informowali. Jednocześnie sam Leonardo jest trochę „winien” takiemu stanowi rzeczy. „Duży nieład” w jego notatkach a także ich częściowe zaszyfrowanie to dodatkowe czynniki, jakie spowodowały komplikacje w jednoznacznym zapisaniu pierwszeństwa w sformułowaniu tej zasady. I gdyby nawet zostawić tę sprawę w jej dzisiejszym położeniu, to bezsporny wydaje się fakt uczestnictwa Leonarda i jego wpływ na rozwój szeroko rozumianej dynamiki.

6. Uwagi końcowe

Ukazana w niniejszym eseju ogólna charakterystyka umysłowości Leonarda jest krytyczną oceną wybranych aspektów i wyników jego wysiłków badawczych. W żaden sposób jednak nie wyczerpuje podjętego tematu, a raczej stanowi pewnego rodzaju impuls dla dalszych analiz, w celu pełniejszego zrozumienia zagadkowej postaci, jaką niewątpliwie był Toskańczyk. Zdaniem autora tej rozprawki konieczne było ukazanie nie tylko nawiązywania Leonarda do poglądów najważniejszych przedstawicieli filozofii starożytnej, ale równie istotne było wspomnienie niektórych przedstawicieli epoki średniowiecza, którzy wpłynęły na ukształtowanie się filozofii przyrody Leonarda⁸³.

⁸³ Aby chociaż w części oddać specyfikę uprawianej wówczas refleksji filozoficzno-przyrodniczej, a także by uzmysłowić jak szeroko był rozumiany przedmiot *philosophia naturalis*, pragnę oddać głos wybitnemu mediewiście M i e c z y ś l a w o w i M a r k o w s k i e m u, który w swoim dziele *Filozofia przyrody w pierwszej połowie XV wieku*, Wrocław 1976, (= *Dzieje filozofii średniowiecznej w Polsce*, IV), na s. 45 poruszając temat różnorodności tego, co powinno stanowić – zdaniem filozofujących fizyków – właściwy ich zdaniem przedmiot filozofii przyrody, pisał: „[...] Albert Wielki, Idzi Rzymianin i ich zwolennicy uważali, że przedmiotem filozofii przyrody

Mocno upraszczając można ją scharakteryzować jako **próbę połączenia wyniesionego od Arystotelesa empiryzmu z matematyczno-geometrycznym symbolizmem i refleksją nad platońskim dialogiem *Timaios*.**

Proces twórczy Toskańczyka zarówno w działalności artystycznej jak i naukowej, wciąż jeszcze przysparza kłopotów tym wszystkim, którzy próbują zgłębić jego sens. Alogiczność tematyczna Kodeksów – porzucanie w dowolnym miejscu prowadzonych notatek (bez podania powodu takiego postępowania), a co gorsza, zostawianie ich przez Leonarda bez żadnych konkluzji i uogólnień – wszystkie te przeszkody, na jakie natrafia badacz życia i dzieł Florentczyka, sprawiają, że zadanie to nie jest łatwe. Obietnice pojawiające się co jakiś czas na stronicach Kodeksów o planowanym uporządkowaniu i ukończeniu określonych dzieł (zwłaszcza dotyczące rozpraw naukowych: anatomicznych, hydrologicznych) pozostają tylko nigdy nie zrealizowanym życzeniem Florentczyka. Edmondo Solmi (1874-1912) przywołuje następujące stwierdzenie jednego z uczniów Leonarda, które doskonale ukazuje stosunek Leonarda do własnych dzieł: „Wydawało się, że drżał za każdym razem, kiedy tylko przystępował do malowania, i dlatego nigdy nie doprowadził do końca żadnej rozpoczętej rzeczy, wielkość sztuki pojmował bowiem w ten sposób, że wykrywał niedostatki w rzeczach, które innym zdawały się wspaniałe”⁸⁴.

jest ciało zmienne (corpus mobile) [...] [Awicenna] przyjmował ciało podpadające pod zmysły (corpus sensibile) za przedmiot filozofii przyrody [...] Według [Awerroesa] nauka ta dotyczy ciała naturalnego (corpus naturale), przyrody (natura) lub substancji w aspekcie zmienności (substantia mobilis) [...] O ile [Burydan] [...] twierdził, że przedmiotem filozofii przyrody jest „ten oto termin „byt zmienny” (iste terminus „ens mobile”) [lub ten oto termin „to, co zmienne” (iste terminus „ens mobile”)], o tyle Hesse przyjmował za przedmiot omawianej dyscypliny byt zmienny (ens mobile) lub to, co zmienne (mobile), uważając pierwsze określenie za przedmiot opisowy, a drugie – za przedmiot prawdziwy”.

⁸⁴ Edmondo Solmi, *La risurrezione dell'opera di Leonardo*, w dziele zbiorowym: *Leonardo da Vinci, Conferenze Fiorentine*, Milano 1910, s. 12.

Zacytowany wyżej fragment odnosi się nie tylko do malarstwa jako dziedziny uprzywilejowanej i najwyższej cenionej pośród wszystkich dziedzin sztuki przez Florentczyka, lecz stanowi pewnego rodzaju regułę w życiu naukowym Leonarda. Bardziej interesuje Toskańczyka zasygnalizowanie, postawienie problemu niż jego rozwiązanie. W konsekwencji doprowadziło to do tego, że na treść jego Kodeksów składają się głównie kwestie do rozwiązania, a nie kwestie rozwiązane, problemy i rozumowania wielokrotnie powtarzane, a nie wyciągnięte z nich wnioski ogólne. Inną jeszcze trudnością jest ogromna rozpiętość tematyczna jego pism. Gdy czytamy poszczególne Kodeksy, zdaje nam się, jak gdyby Florentczyk zapisał w nich całą swoją wiedzę. I nie byłoby w tym nic dziwnego, gdyby nie fakt, że swoje uwagi, komentarze, analizy myśli filozofów, czy wręcz przepisane całe fragmenty dzieł antycznych myślicieli, Leonardo zapisywał „gdzie popadnie”, czyniąc tym samym istny intelektualny labirynt: myśli, konkluzji, transkrypcji, powtórzeń⁸⁵, a także zamiarów stwo-

⁸⁵ Tak np.: jest w przypadku słynnego wprowadzenie w rozważania o czterech elementach, gdzie Leonardo przywołując słynny fragment mający swoje źródło u Anaksagorasa (z Kladzomen; gr. *Αναξαγόρας*; ur. ok. 500 p.n.e., zm. ok. 428 p.n.e.) nie czyni żadnych komentarzy, dlaczego przytacza ten a nie inny fragment. Brak jest uzasadnienia, dlaczego ten tekst został umieszczony przez Florentczyka jako punkt wyjścia dla tych rozważań, dopiero analizy innych fragmentów przeprowadzone przez autora tego eseju, pozwalają stwierdzić, że Leonardo przejął ten pogląd (to jest: o czterech pierwiastkach – elementach) od myślicieli starożytnych, głównie od Arystotelesa. Leonardo sugerował nawet (patrz: S.K.M. I 3 r.), że: „Książka zatytułowana O Przeobrażeniu z jednego ciała w inne, bez zmniejszania lub powiększania się (jego) substancji, została rozpoczęta przeze mnie; Leonardo da Vinci, 12 dnia lipca 1505 roku”. Fragment ten dawałby tym samym silne podstawy do stwierdzenia, że Leonardo kontynuował badania dotyczące przeobrażeń jednych elementów (żywiółów) w inne. Streszczając bardzo ogólnie: teoria ta zakładała, że cztery żywioły mogły przemieniać się jedne w drugie. Doktrynę tę przejął Leonardo od Arystotelesa, według którego woda przechodzi w powietrze i jest materią powietrza (Phys. Δ 5, 213 a 2; Θ 4, 255 b 9). Powstaje z powietrza, a powietrze z wody (Meteor.

zenia tematycznie-jednolitych Kodeksów⁸⁶. Dlatego zadanie, jakie postawił sobie autor tej rozprawki, polegające na ukazaniu filozofii przyrody Leonarda na podstawie tak niesystematycznie prowadzonych notatek (przez Toskańczyka) – nie należało do łatwych, ponieważ trudność wynikała przede wszystkim z tego, że sam Florentczyk nie dokonał żadnej sensownej „klasyfikacji notatek”. Pewne jest to, że do wielu podjętych tematów powracał Florentczyk wielokrotnie, lub jak w przypadku np.: badań anatomicznych prowadził je (z większymi lub mniejszymi przerwami) przez całe życie. Jeszcze inną trudnością (dostrzeżoną przez autora niniejszego eseju) podczas analizy tekstów Leonarda była kwestia tego, co planował – a co rzeczywiście wykonał Florentczyk. Metodologiczna⁸⁷ reguła Leonarda, jaką odnajdujemy na jednej ze stron Kodeksów, brzmi bardzo obiecująco: „Naprzód jednak, wykonam pewne doświadczenie, ponieważ moim

A, 340 a 24; De gener. et corr. B 6, 333 a 22). Ziemia i woda są materią ognia (Meteor. Δ 1, 379 a 16). W konsekwencji doprowadziło to Leonarda do bardzo ogólnego stwierdzenia, że wszystko pochodzi ze wszystkiego... Podobnych przykładów (jak ten ukazany wyżej) – tak odseparowanych, lecz nie skomentowanych przez Florentczyka w jego pismach jest znacznie więcej... Wspomniana wyżej rozprawa, jaką zamierzał napisać Leonardo, nie zachowała się.

⁸⁶ Jak choćby ten fragment (patrz: [B.M. 94 r.], a także [C.A. 190 r.]): „Zamierzam napisać traktat o naturze księżyca i w tym celu jest konieczne, że wpierw muszę opisać właściwe proporcje luster: równego, wklęsłego i wypukłego”.

⁸⁷ Stefan Swieżawski, *Dzieje filozofii europejskiej XV wieku*, T. II – *Wiedza*, Warszawa 1974-1980, na s. 47-48, idąc za interpretacją ukazaną przez J. H. Randa l l (jr), *The Development of scientific Method in the School of Padua*, „Journal of the History of Ideas” I (1940), s. 192-194, podkreśla, iż w epoce Renesansu: „[...] zaczęło się zarysowywać niezwykle płodne rozróżnienie między mniej lub bardziej usystematyzowaną, ale potoczną i zasadniczo przed naukową obserwacją, a systematycznym, świadomie i celowo przeprowadzanym eksperymentem [...]”. To cenne spostrzeżenie można odnieść do sylwetki Leonarda, w którego notatkach odnajdujemy takie pojmowanie empirii.

zamiarem jest przeprowadzić pewne doświadczenia i potem poprzez rozumowanie udowodnić, dlaczego takie doświadczenie musi być w ten sposób wykonane. I to jest prawdziwe prawidło, według którego teoretycy rzeczy naturalnych mają postępować, i chociaż przyroda zaczyna od przyczyny i kończy na doświadczeniu, to my musimy kontynuować od odwrotnej strony, to jest zaczynając – jak wyżej rzekłem – od doświadczenia, i z jego pomocą badać przyczynę”⁸⁸. Metoda ta przypomina bardzo wskazówki Arystotelesa z *Analityk wtórych*.

Pomimo zapewnień, tak na dobrą sprawę, udokumentowane doświadczenia i eksperymenty Leonarda ograniczyły się zaledwie do kilku dziedzin, mianowicie do: eksperymentów anatomicznych; hydrologiczno-geologicznych⁸⁹; a także do kilku mechanicznych urzą-

⁸⁸ *Aforismi, novelle e profezie di Leonardo da Vinci. Introduzione di Massimo Baldini*, Casa Editrice Newton Compton 1993, s. 13: „Ma prima farò alcuna esperienza avanti ch'io più oltre proceda, perché mia intenzione è allegare prima l'esperienza e poi colla ragione dimostrare perché tale esperienza è costretta in tal modo ad operare. E questa è la vera regola come li speculatori delli effetti naturali hanno a procedere, e ancora che la natura cominci dalla ragione e termini nella speranza, a noi bisogna seguire in contrario, cioè cominciando, come di sopra dissi, dalla speranza, e con quella investigare la ragione”; (tłum. aut.). *The Notebooks...*, s. 6: „First I shall test by experiment before I proceed further, because my intention is to consult experience first and then with reasoning show why such experience is bound to operate in such a way. And this is the true rule by which those who analyse the effects of nature must proceed: and although nature begins with the cause and ends with the experience, we must follow the opposite course, namely, begin with the experience, and by means of it investigate the cause”.

⁸⁹ *Leonardo da Vinci*, *The Codex Hammer formerly Codex Leicester*, Catalogue by *Jane Roberts*, Introduction by *Carlo Pedretti*, Royal Academy of Arts 1981, Printed In Italy. Poszczególne strony tego Kodeksu prezentują następujące doświadczenia (wymieniam te najbardziej charakterystyczne): folio 34 verso: eksperymenty Leonarda i opisy dotyczące rozmaitych syfonów wodnych, różnorodnych rur o skomplikowanych kształtach i ułożeniu – dokonywane w celu zrozumieniu przez Florentczyka przepływu ilości wody, w zależności od poziomu umiejscowienia określonej

dzeń. Zdecydowana większość projektów i genialnych rozwiązań inżyniersko-technicznych pozostała jedynie na papierze – a dokładniej: nie posiadamy wyraźnych dowodów na to, że Florentczyk rzeczywiście skonstruował maszyny, których szkice tak licznie pokrywają karty *Kodeksów*.

Kolejną trudnością, na jaką natrafił autor tego eseju, był specyficzny charakter pewnej metody prowadzenia zapisków przez Toskańczyka. Metoda ta spowodowała dużą trudność podczas odróżniania oryginalnych fragmentów myśli Florentczyka od myśli zapożyczonych od jego filozoficznych poprzedników⁹⁰. Florentczykowi daleko

tuby, kanału, rury, syfonu. (Florentczyk zajmował się w 1494 roku w Vigevano pracami budowlanymi na zamku Sforzów, tak by zapewnić księżnej – podczas letnich pobytów, możliwość dopływu wód z pobliskich źródeł (Kodeks [H. 78-79]); być może doświadczenia te miały związek z tamtymi pracami). Folio 34 recto wspomnianego wyżej Kodeksu Hammer..., ukazuje rysunki różnego rodzaju mis wodnych z towarzyszącymi im tekstami o ciśnieniu wodnym, jakie powstaje w obrębie krawędzi tych mis. Folio 3 verso ukazuje natomiast: liczne kolby wodne, a pod nimi rozrysowany płomień ognia i liczne doświadczenia z destylacją wody, jej skraplaniem itp. Folio 4 verso ukazuje badania koryt rzek, ich biegów, materii dna rzek itp. Bardzo ważne folio 5 verso ukazuje wpływ ustawianych przeszkód wodnych zmieniających prąd wody i w konsekwencji – ratujących brzegi rzek i mórz (patrz też: ff 13 r; 19 r; 13 A i 18 B). Liczne rysunki tego verso ukazują tamy wodne a także przedstawiają liczne wiry, prądy i ciśnienia wodne. Folio 6 recto z zamieszczonym tam tytułem: *Rozmaitość fal wodnych*, ukazuje wykonane przez Leonarda urządzenie do mierzenia ciśnienia wody na różnych głębokościach. Cały wspomniany Kodeks Hammer..., zawiera wiele eksperymentów potwierdzających, iż Florentczyk w tej materii dokonał wielu rozmaitych doświadczeń, które nie były tylko „eksperymentami myślowymi”.

⁹⁰ Na brak wyraźnej linii oddzielającej myśl Leonarda od jego poprzedników uniemożliwiającej tym samym precyzyjne dotarcie i ujęcie rzeczywistych przekonań Leonarda da Vinci natrafił również Stefan Swieżawski, który w jednej ze swoich prac dokonał analizy sylwetki tego filozofa: *Między średniowieczem a czasami nowożytnymi, Sylwetki myślicieli XV wieku*, Biblioteka „Więzi”, Warszawa 1983, s. 223.

przy tym było do metody wypracowanej np. przez Tomasza z Akwinu (1225-1274), u którego prezentacja określonego problemu odbywała się według ściśle określonego toku, w bardzo jasny dla czytelnika sposób. Każdy artykuł zaczyna się od pytania, które jest jednocześnie tytułem, a po nim następują: a) zarzuty, potem: b) argumenty za (często mające swoje źródło w pismach filozoficznych autorytetów: Arystotelesa (*Filozof*), Augustyna, Awicenny, lub bezpośrednio zaczerpnięte z *Pisma Świętego*); następuje: c) pozytywny wywód autora (tutaj Tomasza z Akwinu); a na końcu znajduje się: d) szczegółowa odpowiedź Tomasza na zarzuty z punktu a)⁹¹. Leonardo w przeciwieństwie do np. Św. Tomasza, nader rzadko zapisuje:

1. autora danej teorii,
2. autora lub tekst, którego dotyczy określony zarzut lub odpowiedź.

Czytelnik badający teksty Florentczyka nierzadko musi się domyślać, czy jest to tekst Leonarda czy transkrypcja innego dzieła filozoficznego.

Niechęć do prowadzenia systematycznych notatek jak i momentami zda się „afilozoficzna” postawa Leonarda wynikała po części z niechęci, jaką wyniósł Florentczyk w trackie kontaktów z hermetycznym środowiskiem (neo)platońskiej Akademii Florenckiej. W oczach jej uczestników Leonardo był niewykształconym człowiekiem, tj. nie posiadającym biegłości w dialektycznych dysputach (w Akademii kładziono głównie nacisk na rolę dialektyki i logiki). Myślę, że z powodzeniem można odnieść poniższy cytat, (który dotyczy postawy Angelo Ambroginiego (zwanego Poliziano, 1454-1494), również do osoby samego Leonarda da Vinci. W swoim monumentalnym dziele S. Swieżawski pisze: „Gdy więc Angelo Poliziano wyraża się z niechęcią o filozofii, to czyni tak dlatego, że w domi-

⁹¹ Fragment ten powstał w oparciu o wykład z Estetyki Profesora dr hab. Władysława Stróżewskiego, w Wyższej Szkole Filozoficzno-Pedagogicznej Ignatianum, podczas roku akademickiego 2005-2006.

nującej w szkołach roli dialektyki widzi jedną z głównych przyczyn zagłuszenia wegetującej tylko filologii⁹².

Postawa „afilozoficzna” Leonarda – to jego sprzeciw wobec „ufryzowanych dialektyków”, dla których nie argumenty wyniesione z doświadczenia, lecz biegłość w dialektycznej dyskusji miała największe znaczenie. Takim było (oczywiście nieco uproszczając) środowisko *Akademii platońskiej*, które stanowiło swoisty rodzaj „elity intelektualnej”. Ta *Platonica familia* nie traktowała poważnie Leonarda, który nader wszystko cenił doświadczenie i bezpośrednio związaną z nią wytwórczość nad „dyskursami pełnymi sofistycznych wrzasków” cechującymi spotkania członków *Akademii* w *villa Careggi* Ficina (Leonardo owe dysputy nazywał: *discorsi mentali*). Z drugiej strony postawa Leonarda jest postawą typowo filozoficzną reprezentującą tamten okres w filozofii – wystarczy wspomnieć postawę Kuzańczyka i jego rozumienie rzeczywistości (podobieństwo między makro- i mikrokosmosem) – Leonardo wielokrotnie powtarza, iż zadaniem artysty, badacza, filozofa jest odsłanianie najistotniejszych choć głęboko skrywanych zasad całej rzeczywistości, które to zasady skrywa przed nami Natura⁹³. Współczesne badania pokazują, iż Leonardo silnie wpisany był w postawę reprezentowaną przez wielu filozofów tamtej epoki. Trudność w precyzyjnym ukazaniu poglądów Leonarda wynikała z niewyraźnie przedstawionego stosunku samego Leonarda do filozofii. Dziś po wielu żmudnych badaniach „leonardystów” wiemy, że w swojej postawie Toskańczyk nie był odosobniony, po metodologicznej drodze w filozofii przyrody szedł ścieżką udeptaną przez średniowiecznych filozofujących fizyków, także przez Kuzańczyka, Marsyliusza z Inghen, Dominika z Flandrii i wielu innych.

Fakty te w sumie stanowiły dla autora tego eseju nie byle jaką trudność w próbie rzetelnego i wiernego ukazania zarówno umy-

⁹² S t e f a n S w i e ż a w s k i, *Dzieje filozofii europejskiej XV wieku*, T. III – *Byt*, Warszawa 1974-1980, s. 380.

⁹³ S t e f a n S w i e ż a w s k i, *Dzieje filozofii europejskiej XV wieku*, T. III – *Byt*, Warszawa 1974-1980, s. 398 i 403.

słowości Leonarda, (który swoją osobę jak i źródła swoich notatek otaczał mrokiem tajemnicy) jak również krytycznej oceny dorobku Toskańczyka. Kenneth Clark zauważył fakt, o którym wspomniałem już w tym eseju, że jeszcze na początku XX wieku, część „leonardyistów” przyjmowała pewną część tekstów będących tylko transkrypcją dokonaną przez Florentczyka jako jego własne teorie. Leonardo przytacza wielokrotnie memoranda, w których pisze, jakie książki ma aktualnie w posiadaniu, pisze o źródłach inspiracji, ale współczesny czytelnik podczas lektury *Kodeksów*, kiedy dokonuje odkrycia jakiejś transkrypcji dokonanej ręką Leonarda, dostrzega jednocześnie fakt, iż Florentczyk nie odnotowuje już źródła pochodzenia skopiowanego tekstu⁹⁴. Zaletą metody prowadzenia notatek przez Leonarda jest wy-

⁹⁴ Takiego odkrycia dokonałem w przypadku transkrypcji przez Leonarda: 7 podstawowych równań dynamiki Arystotelesa. Jeśli zaś idzie o kwestie „zasobów prywatnej biblioteki Leonarda”, to „leonardyści” w oparciu o zawartość poszczególnych Kodeksów Florentczyka, stworzyli listę dzieł, które były w posiadaniu Leonarda, bądź, które wpłynęły na ukształtowanie się poglądów Florentczyka. Lista ta (jak na „człowieka bez wykształcenia” – tak nazywał siebie Leonardo: „l'uomo sa[e]nza lettere”), jest imponująca: Leon Battista Alberti, *De pictura*; Alberto Magno, *Commentum in libros physicorum*; *Mineralium libri V*; Alberto di Sassonia, *De proportione velocitatum in motibus*; Dante Alighieri, *La Divina Commedia*; Jacopo Alighieri, *Dottrinale*; Al Kindi, *Libellum sex quantitatum*; Aristotele, *De physica*, *De meteoris*; Avicenna, *Il canone della medicina*; Ugo Benzi, *Tractato utilissimo circa la conservatione de la sanitate*; Guido Bonati, *Liber astronomicus*; Poggio Bracciolini, *Facezie*; Burchiello, *Sonetti*; Cecco d'Ascoli, *Acerba*; Cleomede, *De mundo*; Piero de' Crescenzi, *Libro dell'agricoltura*; Goro Dati, *Spera*; Paolo dell'Abaco, *Recholuzze del maestro Pagolo astrolacho*; Diogene Laerzio, *Vite dei filosofi*; Elio Donato, *Ars minor*; Euclide, *De ponderibus*, *De levi et ponderoso fragmentum*, *De prospectiva*; Marsilio Ficino, *Theologia platonica*; Francesco Filelfo, *Epistulae*; Angelo Fosinfronte, *De motu locali*; Federico Frezzi, *Quadriregio del decorso della vita umana*; Galeno, *Terapeuticorum libri XIV*; Francesco di Giorgio Martini, *Trattato di architettura militare e civile*; Giuniano Giustino, *Epitome delle Storie filippiche di Pompeo Trogo*; Guglielmo di Heytesbury, *De velocitatis augmentatione*; Isidoro di Siviglia, *Etymologiae*; Cristoforo Landino, *Formulario di epi-*

myślona przez niego postać fikcyjnego przeciwnika⁹⁵, którym tak na-

stole volgari; Lorenzo Guglielmo di Saona, Rethorica nova; Tito Livio, Deca I, III, IV; Mondino de' Luzzi, Anathomia; Giovanni di Mandinilla, Tractato delle più maravigliose cosse e più notabili; Ovidio, Epistulae; Luca Pacioli, De divina proportione; Giovanni Peckam, De prospectiva; Biagio Pelacani, Quaestiones de coelo et mundo, De ponderibus; Francesco Petrarca, Canzoniere; Piero della Francesca, De prospectiva pingendi; Platina, Dell'onestà voluttà; Plinio il Vecchio, Naturalis historia; Luca Pulci, Driadeo; Luigi Pulci, Morgante; Riccardo di Swineshead, De motibus naturalibus; Ermete Trismegisto, De alchimia; Giorgio Valla, De expetendis et fugiendis rebus; Roberto Valturio, De re militari; Vitelo, De prospectiva. (it.wikipedia.org/wiki/Leonardo_da_Vinci).

Zauważyłem, że źródłem aforyzmu Leonarda: „Mądrość jest córką doświadczenia”; *The Notebooks...*, s. 6: „Wisdom is the daughter of experience”, było dzieło Dante Alighieriego *La Divina Commedia*, a zwłaszcza pewien fragment tego dzieła: „Da questa instanza può deliberarti esperienza, se già mai la provi, ch'esser suol fonte ai rivi di vostr' arti”; *Paradiso, canto II, 94-96*: „Doświadczenie jedynie jest źródłem i fontanną, skąd twoje sztuki czerpią swoje strumienie” – Dante Alighieri, *La Divina Commedia*, Villaroel G. (curatore); Davico Bonino G. (curatore); Pomac C. (curatore); Gruppo Mondadori SpA, Nuovi Oscar Classici, 1989. Warto również podkreślić, iż pewne fragmenty rozprawy *De Anima* Stagiryty zostały nieznacznie zmienione przez Leonarda, który na ich podstawie ufundował własną teorię widzenia; (zwłaszcza fragmenty dotyczący przedmiotów wspólnych zmysłom – *De Anima*, III, 1, 425 a 17-19; por. z II, VI 418 a tamże). Podobnie ma się rzecz z nakreśloną przeze mnie w tym eseju koncepcją *zasady minimum*. Leonardo wielokrotnie cytuje tę zasadę, adaptując ją na grunt fizycznych i anatomiczno-fizjologicznych dociekań. Zapomina jednak dodać, że teoria ta ma swoje źródło w pismach Arystotelesa: „W rzeczywistości wszystkie dążą w linii prostej do środka”. Arystoteles, *O niebie*, II, 14, 296 a 32-33; P. Siwek.

⁹⁵ Tak zwany Lavversario oppone – (wł.) sprzeciwiający się, przeciwnik. (Takim przykładem, może być debata na folio 1 recto (s. 29, tamże) w Kodeks Hammer..., gdzie Leonardo polemizuje ze „zmyślonym przeciwnikiem” na temat właściwości Księżyca. Przeciwnik Leonarda zgadza się z nim, że światło Księżyca jest pochodną od światła Słońca, ale utrzymuje jednocześnie – w przeciwieństwie do Leonarda, że na Księżycu jest woda.

prawdę jest sam Leonardo. Dzięki tej metodzie próbuje Florentczyk rozwiązać określone problemy oraz uzasadniać twierdzenia i teorie z różnych punktów widzenia⁹⁶.

Wspomniana wyżej metoda Leonarda, ukazana w oparciu o zachowane *Kodeksy*, a także na podstawie analizy nietypowej umysłowości i sposobu pracy Toskańczyka, miała również swoje złe strony. Z powodu nieustannego „głodu wiedzy”, wchłaniania wszystkich możliwych informacji powstało tak wiele kart, że sam Leonardo mógł mieć kłopoty nie tylko z odnalezieniem poszczególnych twierdzeń, ale również z odseparowaniem istotnych od zupełnie zbędnych. Czas rzeczywiście mógł działać na niekorzyść Toskańczyka. Dowo-

⁹⁶ Natomiast folio 24 recto (s. 32, tamże) w Kodeks Hammer..., dostarcza nam ciekawego spostrzeżenia, iż podczas wykorzystywania w swoich argumentacjach – wspomnianej wyżej metody „fikcyjnego przeciwnika” – Leonardo posługuje się nie tylko tekstem, ale i rysunkiem. Obok małego szkicu syfonu Leonardo napisał: strumento dell’aversario – (wł.) przyrząd przeciwnika. Przekreśla go delikatnie Florentczyk dla wyraźnego zaakcentowania, że przyrząd jest nieprawidłowy, ale w taki sposób – by jednocześnie nie zamazać jego wyglądu, obok opisuje jego wady. Inny fragment: [B.M.175r. – Kodeks Arundel] prezentuje nam specyficzny dialog (w formie: pytanie-odpowiedź); jaki prowadził Leonardo sam ze sobą, przy okazji wyjaśniania właściwości czterech elementów (żywiółów): „Dlaczego ciężar nie pozostaje na swoim miejscu? Dlatego nie pozostaje, ponieważ nie jest podtrzymywany. Gdzie on powinien poruszyć się? On powinien poruszyć się w kierunku centrum. Dlaczego nie po innej linii? Ponieważ ciężar, który nie był podtrzymywany upada przez najkrótszą drogę do najniższego punktu, który jest w centrum wszechświata. Dlaczego ciężar wie jak odnaleźć tę najkrótszą drogę? Ponieważ on nie idzie jak bezsensowna rzecz i nie porusza się w wielu rozmaitych kierunkach”.

The Notebooks..., s. 15-16: „Why does not the weight remain in its place? It does not remain because it has no support. Where will it move to? It will move towards the centre. And why by no other lines? Because a weight which has no support falls by the shortest road to the lowest point, which is the centre of the world. And why does the weight know how to find it by so short a line? Because it does not go like a senseless thing and does not move about in various directions”.

dem na to jest choćby ten fakt, że przy większości tekstów Florentczyka brak jest wzmianek o przydatności danego twierdzenia, o jego ewentualnym późniejszym wykorzystaniu, czy choćby brak najbardziej niezbędnej informacji dotyczącej zaklasyfikowania danej teorii, twierdzenia, opisu. Zamiast tego, np. obok twierdzenia metafizycznego o istotnym znaczeniu pojawia się spis wydatków dotyczących przyborów do malowania zakupionych dla jednego z uczniów, czy też opis wierzchowca lub liczne prezentacje bajek, aforyzmów, lub choćby prezentacja tematów artystycznych. Niektórzy „leonardyści” (np. Kenneth Clark, [w] *Leonardo da Vinci*, s. 54.) brak uporządkowania przezeń manuskryptów tłumaczą, powołując się na jeden z jego tekstów z *Kodeksu* (obecnie w *British Museum*), brakiem czasu – z powodu licznych prowadzonych w tym samym czasie projektów artystyczno-naukowych. Niektórzy ową niestałość i brak koncentracji wokół jednego zagadnienia tłumaczą anormalną psychiką Florentczyka: „wyparciem seksualnym” sublimacją *libido* w żądze wiedzy, ale jest to chyba zbyt uproszczenie sprawy; choć w próbie rekonstrukcji życia Florentczyka nie należy tego faktu pomijać, (ale nie wolno również – tak jak to zrobił Freud – czynić z niego zagadnienia centralnego)⁹⁷.

Reasumując: każdy, kto sięgnie do niniejszego eseju, musi w swojej ocenie uwzględnić ukazane wyżej trudności. Stanowią one istotny element dla rozumienia efektu końcowego, jakim było przedstawienie myśli Florentczyka. Dlatego autor niniejszego eseju pragnie jeszcze raz powtórzyć, że rozprawka ta z powodu wymienionych wyżej ograniczeń i trudności – wynikających po części z nietypowego charakteru naukowego Leonarda – jest jedynie próbą ukazania bardzo ogólnych założeń filozofii Florentczyka: podejmowanych tematów w *Kodeksach* Leonarda, źródeł ich pochodzenia i inspiracji, trafności, a tak-

⁹⁷ S i g m u n d F r e u d, *Leonarda da Vinci wspomnienia z dzieciństwa*, [w:] *Poza zasadą przyjemności*, Przełożył Jerzy Prokopiuk, Państwowe Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 1994, s. 257-323.

że tam, gdzie tylko było to możliwe, uwspółcześnienia wybranych teorii i pojęć używanych przez Florentczyka. I jeśli podczas lektury tego eseju pewne jej fragmenty wprawiają w zakłopotanie czytelnika: ilością powtórzeń poszczególnych twierdzeń, liczbą niekończących się licznych powiązań tematycznych, w których (momentami) trudno odseparować elementy istotne od mniej istotnych, to należy jednocześnie pamiętać, że przyczyny takiej prezentacji tematycznej należy upatrywać u samych źródeł – mianowicie: w Kodeksach jak i w nietypowej psychice ich twórcy, Leonarda da Vinci.



Stanisław ŁUCARZ SJ

**PROBLEMATYKA CIELESNOŚCI W ANTROPOLOGII
KLEMENSA ALEKSANDRYJSKIEGO (ok. 150 – ok. 215)**

Streszczenie rozprawy doktorskiej¹

Celem prezentowanej rozprawy doktorskiej jest śledzenie intelektualnego trudu Klemensa Aleksandryjskiego w zakresie jego wizji człowieka. Antropologia to druga obok teologii dziedzina, w której nowa religia – chrześcijaństwo – wprowadzała w pierwszych wiekach swego najbardziej rewolucyjne zmiany. Opisanie ich i filozoficzne uzasadnienie stało się jednym z głównych zadań rodzącej się wtedy w bólach filozofii chrześcijańskiej. Owe zaś bóle to nie tylko konfrontacja nowej religii z ówczesną filozofią i kulturą, ale i kontrowersje wewnątrz samego chrześcijaństwa, wywołane przede wszystkim poprzez gnozę heterodoksyjną, która okazała się swoistą zdradą Ewangelii na rzecz hellenizmu. Prezentowana rozprawa doktorska skupia się zasadniczo na tej części antropologii Klemensa, która do tej pory opracowana była najsłabiej, a która była najczulszym punktem w zdominowanej wówczas przez platonizm filozofii Aleksandryjskiej, mianowicie na cielesności. Platoński i gnostycki dualizm duszy i ciała był dla filozofów chrześcijańskich pierwszych wieków, w tym także dla Klemensa Aleksandryjskiego, jednym z najpoważniejszych

¹ Prezentowana rozprawa doktorska ukazała się drukiem jako: S. Łuczarski, *Grób czy świątynia, Problematyka cielesności w antropologii Klemensa Aleksandryjskiego*, «Ignatianum» – WAM, Kraków 2007.

wyzwań, a było to wyzwanie podwójne, gdyż najpierw musieli go oni pokonać w samych sobie, a potem podjąć trud zwalczania go u swych przeciwników. Klemens okazuje się doskonałym przykładem zmagania na obu tych płaszczyznach. Nie przypadkiem bowiem deklaruje kilkakrotnie swą postawę wierności wobec reguły wiary Kościoła, a czyni to zapewne nie tylko po to, by odeprzeć zarzuty o niewierność, jakie mu stawiano, ale też i dlatego, że dla niego samego jako filozofa wierność ta wiązała się ze zmaganiem. Można je też zatem traktować jako zasadę stawianą samemu sobie.

Pierwsze dwa rozdziały są zarysem całości antropologii Klemensa poprzez jego spojrzenia na początek (ἀρχή) i cel (τέλος) człowieka. To całościowe spojrzenie na człowieka, przy ciągłym zwracaniu uwagi na ludzką cielesność, służyć ma właściwemu umiejscowieniu tejże cielesności w całej panoramie antropologicznej Aleksandryjczyka.

Klemens lokuje się w głównym nurcie filozofii okresu hellenistycznego, dla których w przeciwieństwie do okresu klasycznego w centrum stoi człowiek jako jednostka, a nie jako część społeczności miasto-państwo. To właśnie o człowieka jako jednostkę zagubioną w hellenistycznym kosmopolityzmie troszczy się filozofia tak medioplatońska, jak i stoicka i epikurejska, starając się – każda na swój sposób – ukazać sens i cel jego życia. Tę samą troskę niesie w sobie młode chrześcijaństwo, które, wprawdzie inaczej widzi zagubienie człowieka w świecie, ale w swym przesłaniu nie ogranicza się do jednego narodu, jak to było w Starym Testamencie, lecz kieruje się do wszystkich narodów, a w nich do każdego człowieka². Ten uniwersalizm antropologiczny połączony z troską o jednostkę charakterystyczny zarówno dla filozofii hellenistycznych jak i dla chrześcijaństwa jest szczęśliwym punktem stykowym, który pozwala Klemensowi autorowi rozwijać nową antropologię filozoficzną. Podobnie jak zresztą wszyscy filozofowie jego epoki jest eklektykiem. Widać to szczególnie wyraźnie w jego antropologii. Jego ogólna wizja człowieka jest ustawicznym przeplataniem się i przenikaniem wątków biblijnych

² Por. Mt 28, 19; Mk 16, 15-16; Łk 24, 47.

i filozoficznych przejętych głównie z medioplatonizmu, stoicyzmu i żydowskiej filozofii aleksandryjskiej. Ów eklektyzm nie jest jednak celem sam w sobie. To nie kolekcja najpiękniejszych poglądów znanych w filozofii, czy prezentacja własnej erudycji, ale tworzenie całościowej wizji człowieka przy wykorzystaniu wszelkich dostępnych źródeł. Jest to poszukiwanie całej prawdy o człowieku, w którym przewodnikiem jest Boski Logos. Ten zaś działa tak w Biblii, jak i w filozofii, choć w tej pierwszej Klemens odnajduje go w czystej postaci, podczas gdy filozofia grecka bywa że błędzi i to niekiedy znacznie. Tym niemniej jest bardzo cenna jako droga do prawdy oraz jako instrumentarium metodologiczno-pojęciowe, którym Klemens posługuje się z niezwykłą sprawnością. Nicią przewodnią jest dla niego wyszukiwanie ziaren Logosu rozsianych pomiędzy cierniami i składanie z nich całej kompozycji, ukazującej piękno człowieka i jego godność także w jego warstwie cielesnej, z taką podejrzliwością traktowanej zwłaszcza przez dominującą wtedy filozofię platońską.

Piękno zaś i godność człowieka biorą się stąd, że jest on dziełem Boga, chcianym i zaplanowanym jeszcze przed założeniem świata, a uczynionym według Jego obrazu czyli Logosu. Bóg stworzył człowieka w dwu etapach: najpierw jako ideę wzorczą istniejącą w Jego planie istnieniem intencjonalnym, potem zaś obdarzając go istnieniem autonomicznym, w postaci cielesnej. Od samego początku człowiek różni się od wszystkich innych stworzeń. Wszystkie inne stworzenia bowiem stworzył Bóg przez rozkaz, człowieka zaś ukształtował własnymi rękoma (ἐχειροποίησεν) i wszczepił mu coś swojego. Bóg powołał człowieka do życia i ukochał dla niego samego, bo ten go-dzien jest miłości, a czyni go takim właśnie to, co w nim Boskie. Tak zarysowany opis stworzenia u Klemensa wydaje się być wyłącznie odtworzeniem innymi słowami opisu biblijnego. Tak jednak nie jest, gdyż Klemens, gdzie tylko może, odwołuje się do mitologii, literatury i filozofii greckiej i znajduje zwłaszcza w tej ostatniej tyle podobieństw i potwierdzeń, iż przyznaje rację tezie o kradzieży Greków (furtum Graecorum), że mianowicie filozofowie greccy z Platonem na czele zapożyczyli swą wiedzę o człowieku z filozofii barbarzyń-

skiej, czyli z Biblii, nie przyznając się do tego. Cały opis stworzenia to ustawiczny dialog chrześcijańskiego filozofa Klemensa z jego oczyszczoną kulturą i filozofią, w poszukiwaniu pełnej wiedzy, która jest w jedności tych dwu pierwiastków, ponieważ i jedno i drugie prowadzi Boski Logos.

Podobnie jest w drugiej części ogólnej, antropologicznej wizji Klemensa, dotyczącej celu człowieka. Tym razem jednak Klemens rozpoczyna od przedstawienia różnych poglądów filozofów na cel człowieka, tworząc swoisty traktat o celu człowieka. Nie utożsamia się jednak z nimi i zapowiada przedstawienie własnych argumentów przeciwko nim. Próżno by jednak szukać w jego dziełach równie zwartego traktatu o celu człowieka przedstawiającego jego myśl. Są one natomiast rozproszone w różnych jego dziełach i na różnych miejscach. Klemens definiując cel człowieka daje bardzo wiele różnych odpowiedzi. Cały drugi rozdział jest systematyzacją tego obszernego materiału. Kluczem do systematyzacji jest zasada przechodzenia od celów najbardziej ogólnych do najbardziej konkretnych i szczegółowych. Można sprowadzić je do dziewięciu: pełna doskonałość, życie wieczne, poznanie Boga, kontemplacja oparta na prawdziwej wiedzy, οἰκεῖωσις, upodobnienie się do Boga, usynowienie, osiągnięcie doskonałej męskości, przebóstwienie. Ostatecznie człowiek zostaje przebóstwiony stając się bezafektywny i nieśmiertelny. Dusza uwalnia się od namiętności, a ciało zyskuje wraz z nią nieprzemijalność. Wtedy człowiek osiąga swą najwyższą doskonałość i prawdziwe piękno, które polegają na bezafektywności duszy i nieśmiertelności ciała. Już w warstwie terminologicznej widać, że także i tu nasz autor łączy Biblię i filozofię grecką. Połączenie to sięga jednak dużo głębiej. W niektórych momentach jest to wprost misterna praca tkacza kobierców, łączącego w jedną całość nici różnego pochodzenia i czyniącego je harmonijną całością. Spotykają się tu zarówno platonik ze swą kontemplacją i upodobnieniem się do Boga według możliwości, jak i stoik z οἰκεῖωσις i bezafektywnością, i chrześcijanin z życiem wiecznym, usynowieniem, doskonałą męskością (czyli człowieczeństwem) i nieśmiertelnością ciała. Wszystko to zaś znajduje swą syn-

tezę w idei przeobóstwienia, którą Klemens jako pierwszy wprowadza, a która przetrwa jako główne pojęcie zwłaszcza we wschodniej filozofii chrześcijańskiej aż do naszych czasów.

Poprzez rozdział trzeci wchodzimy wprost w problematykę ludzkiej cielesności, analizując ludzką ontogenezę w znaczeniu biologicznym, a więc powstawanie i rozwój osobniczy człowieka tak, jak to widzi Klemens. Także w tym przypadku nasz autor zaczyna od idei biblijnej wyrażonej w poleceniu Stwórcy: „Rośnijcie i mnożcie się...”³. Bóg dając człowiekowi moc rozrodczą czyni go swoim współpracownikiem (συνεργός τοῦ θεοῦ) w dziele stworzenia. Nie jest to współpraca symboliczna lub wyłącznie bierna na zasadzie dostarczenia miejsca do działania. Człowiek jest współpracownikiem aktywnym. Bóg każdorazowo stwarza duszę, a ściśle rzecz biorąc jej element rządzący (τὸ ἡγεμονικόν), człowiek zaś wraz z nasieniem dostarcza ducha cielesnego (πνεῦμα σαρκικόν). Rządzący element duszy przyswaja sobie element podległy, którym jest właśnie ów duch cielesny. Tworzą one jedność na zasadzie stoickiej οἰκεῖωσις. Ten pierwszy zarządza funkcjami intelektualnymi, ten drugi odpowiada za ciało. Klemens dokonuje tu zręcznej syntezy platońskiego kreacjonizmu ze stoickim traducjanizmem, która okazuje się zarazem syntezą działania Bożego i ludzkiego. Człowiek jest więc syntezą tego, co Boskie i tego, co ludzkie, co duchowe i cielesne, nie tylko w sensie złożenia, ale i przekazywania życia, rozwoju i działania. Człowiek jest harmonią w tej mierze, w jakiej każdy z tych dwu elementów spełnia swoje funkcje. Dysharmonia pojawia się wtedy, gdy to, co podległe, zaczyna rządzić.

Kolejny rozdział jest opisem tego harmonijnie funkcjonującego organizmu, a więc jest przedstawieniem budowy i fizjologii według naszego autora. Klemens zna najświeższe teorie ówczesnych szkół medycznych, przede wszystkim szkoły aleksandryjskiej. Wykorzystuje je jednak z rzadka, głównie po to, aby użyć ich jako argument w sprawach natury antropologicznej, czy teologicznej. Tam jednak,

³ Por. Rdz 1, 20.

gdzie to czyni, wykazuje się dokładną i szczegółową wiedzą o budowie i funkcjonowaniu organizmu ludzkiego. W harmonijnym jego funkcjonowaniu widzi wyraz Bożej harmonii i działania. Stąd też nie ma problemu w wyprowadzaniu zeń wniosków co do Boskiego działania w innych dziedzinach.

Piąty rozdział poświęcony relacjom ciała i duszy jest szczegółową analizą wielkiego trudu Klemensa w harmonizacji tych dwu części, z których składa się człowiek. Nasz autor staje tu w samym centrum napięć związanych z różnymi koncepcjami dotyczącymi tego układu: od mitologii począwszy, poprzez różne szkoły filozofii greckiej aż po Biblię. Uwidacznia się to w całym szeregu modeli relacji ciało-dusza, które Klemens po części czerpie z tych różnych tradycji, a po części sam tworzy. Widać tu wyraźnie, jak pozostaje on nieodrodnym synem tradycji platońskiej, której nie starczał sam dyskurs, ale potrzebowała obrazu i symbolu, by wyrazić to, czego nie da się ująć w ściśle zdefiniowane pojęcia. Jednocześnie Klemensowa interpretacja tychże modeli pokazuje za każdym razem, jak od negatywistycznego rozumienia ciała, kieruje się on ku jego pozytywnej wizji, jaką przynosi chrześcijaństwo. Szczególnie jasno widać to w interpretacji sztandarrowego dla Platona modelu relacji ciało-dusza jako grobu. Dla Klemensa ciało przez zwycięstwo Chrystusa nad grzechem przemienia się z grobu (τάφος) w świątynię (ναός). Nie ulega wątpliwości, że nasz autor ciągnie za sobą cień helleńskiego negatywizmu w stosunku do cielesności, ale gdzie tylko znajduje okazję czy to w tekstach samych filozofów, czy też na zasadzie przeciwstawień z Biblią, stara się ów cień przewyciężyć pokazując, gdzie leży prawda o ciele i o jego harmonii z duszą. To nie cielesności ma się wyrzekać dusza, ale przywiązania do ciała w postaci namiętności. Nienawiść do ciała jest dla niego równa z bezbożnością. Jednakże owa harmonia duszy i ciała w człowieku polega na pierwszeństwie i panowaniu duszy nad ciałem pod każdym względem. Człowiek to nie wspólnota duszy i ciała, a jedynie ich złożenie. Wspólnota (κοινωνία) bowiem oznacza równouprawnienie, co w przypadku duszy i ciała jest zaburzeniem porządku, brzydota i początkiem grzechu. Złożenie (σύνθεσις) zaś ma

charakter opisowy i oznacza – jeśli wziąć pod uwagę Klemensowe użycie tego słowa – twór artysty, którym w tym przypadku jest Boski Logos, nadający mu swe prawa, które należy przestrzegać.

Kolejny rozdział poświęcony jest ludzkiej płciowości. Fakt istnienia dwu płci to temat często poruszany w filozofii starożytnej. Także Klemens nie przechodzi obok niego obojętnie. Co więcej, niektóre jego wypowiedzi niewłaściwie interpretowane dały asumpt do podejrzeń Klemensa o mizoginizm, a nawet „bezbożną” teorię pochodzenia kobiety. Zdaniem Klemensa różnicowanie płciowe dotyczy tylko ciała, a nie duszy. Dusze mężczyzn i kobiet są takie same. Stąd też w sferze tego, co duchowe i intelektualne przysługuje obydwu płciom ta sama godność i mają one te same prawa. Różnice pomiędzy płciami lokują się na poziomie ciała, ale pociągają za sobą skutki w różnych sferach ludzkiego życia: przede wszystkim w sferze biologiczno-rozrodczej, ale też rodzinnej, społecznej i religijnej. Ciało kobiety jest słabsze, bardziej poddane bierności, a przez to mniej doskonale i podatniejsze na namiętność. Mężczyzna jest silniejszy, aktywniejszy, pełniejszy w swej cielesności. Do natury mężczyzny przypisane jest działanie, do natury kobiety bierność. Stąd też to mężczyzna pełni rolę dominującą we wszystkich dziedzinach. Klemens posunie się aż tak daleko, że dopatrzy się pewnej analogii pomiędzy relacją mężczyzny i kobiety a relacją rządzącego elementu duszy i ciała. Co więcej, uzna za wskazane, aby z racji na kobiecą słabość *stosownie ograniczyć wolność kobiet i nałożyć im dyscyplinę wstydlivości, aby przez lekkomyślność nie odeszły od prawdy*⁴. Tak więc równouprawnienie na poziomie duszy z powodu słabości ciała owocuje jego brakiem w praktyce. Wszystko to jednak z powodu troski o cel ostateczny człowieka, w którym kobieta uczestniczy na równi z mężczyzną. I to właśnie dążenie do tego celu jako jedyne uzasadnia wyłamanie się kobiety spod posłuszeństwa mężczyźnie. Jeśli mąż nie pomaga jej, albo przeszkadza w drodze do Boga, to rolę męża przejmuje Bóg sam. On staje się podporą i współnikiem, obrońcą i wy-

⁴ Paed. III 58,1.

bawcą, bo jego wybrała jako wodza i przewodnika⁵. Gdy zaś osiągnie cel wspólny wszystkim stanie się ona *męska i doskonała* (ἀνδρική καὶ τελεία). Przy czym męskość należy rozumieć tu alegorycznie, jako pełnię człowieczeństwa w Chrystusie.

Jak to było widoczne w ostatnim i w poprzednich rozdziałach, ciało wiąże się z namiętnościami (πάθη). Wyjaśnieniu i analizie tego związku poświęcony jest rozdział siódmy. Jako że jest to jedno z centralnych pojęć filozofii okresu hellenistycznego, w tym także filozofii wczesnochrześcijańskiej, wyjaśnione jest dość obszernie jego pochodzenie, przemiany znaczeniowe oraz jego filozoficzne rozumienie. Greckie słowo (πάθος) posiada tak szerokie spektrum znaczeniowe, że nie jest się w stanie oddać go jednym słowem w jakimkolwiek innym języku. Oznacza ono *afekt* czy polskie *namiętność*, ale też *stan emocjonalny, wzruszenie, uczucie, doznanie, wrażenie i utrapienie*. Z naszego punktu widzenia ma to dlatego taką wagę, gdyż to właśnie Klemens Aleksandryjski wprowadził je do filozofii chrześcijańskiej jako pojęcie techniczne, wykorzystując je w całej jego wieloznaczności, a uwolnienie się od namiętności (bezafektywność) – ἀπάθεια czyniąc jednym z najważniejszych celów chrześcijanina i człowieka w ogóle. Klemens określa naturę ludzką jako (ἐμπαθηῶ οὐσα), a więc *skłonną do namiętności, poddaną namiętnościom* lub *doznającą ich*. Wylicza on trzy poziomy, na których owa skłonność, czy doznawanie dochodzi do głosu. Pierwszym jest już sam fakt stworzoneści człowieka. Człowiek nie jest panem swego istnienia i już ta człowiecza przygodność, rodzaj pierwotnej bierności, staje się bramą dla πάθη. Na tym poziomie cielesność nie odgrywa jeszcze żadnej roli. Jej znaczenia pojawia się na poziomie drugim, na którym owa skłonność do namiętności czy poddania wynika z posiadania ciała. Jeśli bowiem dusza nosi w sobie tylko ową stwórczą bierność, to ciało jako materia, którą kształtuje i rządzi dusza, ma w sobie jeszcze bierność dodatkową, wynikającą z fundamentalnej bierności i nierozumności

⁵ Por. A. Brontesi, *La soteria in Clemente Alessandrino*, Roma 1972, 414-415.

materii. Ponadto, i tu wchodzimy na poziom trzeci, ciało ma pewne potrzeby, których zaspokajanie wynika z konieczności utrzymania go przy życiu nie tylko w sensie indywidualnym ale i gatunkowym takie jak głód, pragnienie, potrzeby seksualne mające na celu przekazywanie życia potomstwu i tym podobne. Rzeczą podstawowej wagi jest, iż z zaspokajaniem tych potrzeb związana jest przyjemność (ήδονή), która jest jedną z podstawowych namiętności. Jest ona czymś okazjonalnym i dodatkowym, nie należy do istoty owych potrzeb, ale im nieodłącznie towarzyszy i to właśnie tu pojawia się główne zagrożenie moralne. Istnieje bowiem ryzyko, że człowiek zamiast rozumem, będzie w zaspokajaniu tych potrzeb ciała kierował się przyjemnością i popadnie w niewolę πάθη. Nie jest to tylko teoretyczne niebezpieczeństwo, stało się ono bowiem faktem już na początku istnienia ludzkości, poprzez grzech pierwszych rodziców. Pierwsi ludzie skuszeni poprzez przyjemność popadli w niewolę namiętności. Dla naszego autora nie był to jakiś automatyzm wynikający z owej skłonności do namiętności, ale wolna decyzja człowieka zwiedzinygo przez szatana. Na tym też polega istota grzechu pierworodnego – to fałszywy wybór kierowania się tym, co nierozumne. Klemens podejrzewa, że ów fałszywy wybór polegał na przedwczesnym w stosunku do tego, co Bóg postanowił, współżyciu seksualnym pierwszych rodziców. W ten sposób cały rodzaj ludzki znalazł się w niewoli πάθη. Wprawdzie każdy człowiek jest wolny, lecz jego wolność jest uwarunkowana sytuacją świata, który na skutek grzechu pierwszych rodziców jest zdominowany przez pożądlivość. Przez to skażone pożądlivością miejsce, w którym człowiek się rodzi, wzrasta i podejmuje decyzje, ulega w praktyce i wchodzi w zniewolenie namiętnościami. Jego sytuacja jest beznadziejna, gdyż sam nie może sobie pomóc. Tu też Klemens najbardziej różni się od stoików, dla których uwalnianie się od namiętności i osiągnięcie stanu bezafektywności było dziełem człowieka. Zdaniem Klemensa może dokonać się ono jedynie dzięki łasce Boga, a dzieje się to w stosunku do całej ludzkości poprzez wcielenie Logosu. Tak więc, jak ciało stało się bramą dla namiętności i zniewolenia, tak też i ciało wcielonego Logosu staje się bramą

wyzwolenia i zwycięstwa. Klemens przejmując hellenistyczną naukę o namiętnościach i twórczo ją rozwija. Z wielką finezją pokazuje rolę ciała, które nie jest złe samo w sobie, niesie jednak z sobą pewne zagrożenie. Tak więc i w tym przypadku widać, jak jego filozofia staje się miejscem dialogu pomiędzy kulturą grecką i chrześcijaństwem.

Ostatni rozdział niniejszej pracy poświęcony jest wcieleniu Logosu. Wcielenie Logosu to wielka Klemensowa wizja stanowiąca centrum jego filozofii i teologii. Można by wręcz powiedzieć, iż Klemens jest urzeczony wcieleniem. Stanowi ono dla niego klucz do wszystkich etapów rozwoju świata i człowieka. W pewnym sensie wszystko dzieje się dzięki wcieleniu i poprzez nie, wszystko jest jego wyrazem. To swoista apoteoza cielesności w różnych jej wymiarach. Pierwszym etapem wcielenia jest dla Klemensa samo zrodzenie Syna-Logosu z Ojca. Bóg-Ojciec jest absolutnie bez kształtu i bez imienia, natomiast Logos, zrodzony z Ojca, ma już swoje określenie, swój kształt i imię, co nazwie on περιγραφή. To tylko na podstawie owej περιγραφή Syna możemy coś powiedzieć o Ojcu. Ta περιγραφή jest pierwszą formą cielesności Syna-Logosu, jest to zarazem pierwsze uzewnętrznienie się Boga. Ten Syn-Logos pozostaje w łonie Ojca, jest Jego Logosem wewnętrznym. Kolejny etap wcielenia to dalsze uzewnętrznienie się Syna-Logosu, które dokonuje się w stworzeniu. Logos widoczny jest w stworzeniu poprzez jego harmonię i porządek. W szczególny sposób zaś widoczny jest w człowieku, który jest Jego obrazem. Następny etap uzewnętrznienia i zarazem wcielenia to działanie Logosu przez proroków. Kształt czy ciało, które przyjmuje tu Logos, jest znacznie konkretniejsze niż w zrodzeniu Syna przez Ojca, czy w stworzeniu. Jest on tu głosem Boga. Ten głos na tym specyficznym etapie wcielenia dociera nie tylko do Izraela. Jego odbiorcami stają się także filozofowie greccy. Szczytowym punktem uzewnętrznienia się Boga i wcielenia jest przyjęcie przez Logos ludzkiego ciała. Rzeczywistość ta trwa na sposób sakramentalny w Kościele, a w jego ramach szczególnie i w Eucharystii.

Motywy tego Boskiego działania jest φιλανθρωπία, a więc miłość Boga do człowieka, a celem zbawienie. Logos bierze na siebie ludzką cielesność wraz z cierpieniem i śmiercią. Tu rodzi się problem pełnej bezafektywności Logosu. Z jednej strony Logos pozostaje w pełni bezafektywny (ἀπαθής), z drugiej zaś przyjmuje ludzkie ciało ze wszystkimi jego cechami, a więc także z jego podatnością na afekty. Do obydwu tych zasad Klemens przywiązuje wielką wagę. Stąd też na wszystkich etapach przyjęcia ludzkiego ciała przez Logos będzie uwydatniał to, co dowodzi Jego bezafektywności. Logos sam siebie poczytna w łonie Dziewicy, bez udziału mężczyzny, sam się rodzi, zaspokaja – owszem – potrzeby ciała, ale nie dlatego, żeby musiał to czynić, lecz po to, by inni nie mieli wątpliwości, iż posiada prawdziwe ludzkie ciało. Gdy chodzi o duszę, jest w pełni bezafektywny – ἀπαθής τὴν ψυχὴν. Jego dusza z racji dziewiczego poczęcia nie posiada też ducha cielesnego (πνεῦμα σαρκικόν), bo tego w nasieniu dostarcza mężczyzna. Rolę tegoż ducha w zawiadywaniu ciałem spełnia specjalna święta moc. Z drugiej strony ciało wcielonego Logosu doświadcza w pełni całego ludzkiego losu, z jednym wyjątkiem: nie staje się narzędziem grzechu, gdyż strzeże go i rządzi nim w pełni bezafektywna dusza. Bierze jednak w wolności na siebie skutki grzechu w postaci cierpienia i śmierci. W Logosie wcielonym otwiera się nowa era dla ludzkiego ciała. Wyrwane z łańcucha przekazywanego przez nasienie ducha cielesnego, jest ukształtowane od nowa, tak jak ongiś ciało pierwszego człowieka. W tym sensie Logos wcielony to rzeczywiście nowy Adam, który od nowa rozpoczyna historię ludzkiej cielesności. Przez to staje się wzorem i zbawicielem także ludzkiej cielesności. Klemens wypracował bardzo oryginalne i optymalne zarazem rozwiązanie w ramach systemu filozoficznego, w którym myślał i funkcjonował. Dziwaczne z naszego punktu widzenia postulaty dotyczące niekonieczności zaspokajania potrzeb cielesnych wcielonego Logosu, które ściągęły na niego zarzuty doktryzmu, są koniecznością systemową. A może i czymś więcej niż koniecznością systemową? Może on sam widział w nich nie tylko logiczny postulat, lecz rzeczywistość faktycznie zrealizowaną w Lo-

gosie wcielonym i otwartą dla jego uczniów. Zapewne cieszyłby się i uznawał za dowody na prawdziwość swojej teorii przypadki osób znanych nam z historii, które przez całe dziesięciolecia żyły odżywiając się jedynie pokarmem eucharystycznym⁶.

Podobnie jak w poprzednich rozdziałach, tak i w tym widać jak Klemens wchodzi w dialog pomiędzy ówczesną filozofia i chrześcijaństwem. Tym razem filozofem, z którego czerpie najwięcej okazuje się Filon Aleksandryjski, ale nawiązuje też do stoików i ich rozumienia Logosu, czy nawet do Ksenofanesa. Bardzo duża bliskość do Filona i jego rozumienia Logosu sprawia, że ten ostatni rozdział wydaje się szczególnie przeniknięty teologią. Okazało się to nie do uniknięcia. Byłoby niewiernością wobec Klemensa i wielu innych filozofów hellenistycznych z kręgu nie tylko filozofii chrześcijańskiej, ale i żydowskiej, tworzyć swoisty „filozoficzny” destylat jego myśli, tak jak my dziś rozumiemy filozofię, czyli jako „ograniczającą się do tych danych, które dostępne są świadomości bez udziału czynnika nadprzyrodzonego”⁷. Dla Klemensa i jemu współczesnych filozofia była totalnym dążeniem do mądrości i jej owoców. Dlatego też w dążeniu tym czerpali ze wszystkich dostępnych im źródeł, nie wykluczając niczego. Zapewne uznaliby ograniczenia, które sobie nakładamy, za zdradę prawdziwej filozofii. Przecież jako chrześcijanin nie mógł nie czerpać z tych źródeł, które dla niego były najpożywniejsze. A przyznać trzeba, że, choć ten szlak przetarł już przed nim Filon Aleksandryjski, to jego sytuacja, po 200 latach od czasów Filona, nie była korzystna. Był swoistym dziwolągiem tak dla swoich, jak i dla pogan. Dokonał odważnej syntezy dwóch zdawało się sprzecznych światów myślowych. Wiele jej elementów przetrwało do naszych czasów, inne zostały odrzucone, ale pozostała przetarta droga, którą poszli inni, tworząc gmach nowej filozofii.

⁶ Św. Brat Niklaus von Flüe (1417-1487) 20 lat bez jedzenia i picia; Teresa Neumann (1898-1962) 35 lat bez jedzenia i picia; Marta Robin (1902-1981) 52 lata bez jedzenia i picia.

⁷ P. Lenartowicz, J. Koszteyn, *Wprowadzenie do zagadnień filozoficznych*, Kraków 2002, 20.

Co praca ta wnosi do współczesnej filozofii?

Przede wszystkim jest ona wypełnieniem pewnej luki w badaniach nad antropologią Klemensa Aleksandryjskiego, w których po macoszemu traktowano, albo wręcz pomijano sprawy cielesności. Na naszego autora patrzono zasadniczo jako na platonika, dla którego ciało nie miało specjalnego znaczenia, a jeśli już miało to raczej negatywne. Jest zupełnie inaczej. Klemens nie tylko zajmuje się ciałem, ale je docenia i widzi jasno jego wartość i godność, których jednak nie można oderwać od chrześcijańskiego poglądu na człowieka, według którego zbawiany jest cały człowiek: zarówno dusza jak i ciało, bo też ludzką duszę i ludzkie ciało wziął na siebie Boski Logos. Widać tu wyraźnie, jak ten przedstawiciel wczesnego chrześcijaństwa, oskarżanego dziś o wrogość ciała, walczył o pozytywne nań patrzeć.

Drugą ważną sprawą jest przypomnienie pewnego sposobu uprawiania filozofii, który nie nakłada sobie arbitralnych ograniczeń do danych tylko rozumowych. Dla Klemensa i jemu współczesnych filozofia była umiłowaniem prawdy, a nie metody dochodzenia do niej. Stąd też przy świadomości stosowanych metod, nie byli ich niewolnikami. Z arystokratyczną swobodą poruszali się pomiędzy nimi, nie budując sztucznych granic pomiędzy tym, co pochodzi z powtarzalnego doświadczenia i tym, co jest skutkiem jednorazowych doświadczeń w relacjach międzyosobowych, a szczególnie relacji z Bogiem, którą zwiemy objawieniem.

Trzecim ważnym elementem jest niesłychana dialogiczność. Klemens wchodził ustawicznie w odważny dialog ze wszystkimi elementami kultury swoich czasów. Na ile się dało, ze wszystkich czerpał. Zdaniem niektórych w pewnych kwestiach za daleko się zapędził, ale i to miało swoje znaczenie, gdyż dając okazję do krytyki swoich poglądów, pobudzał ich też do szukania prawdy.

Pewnym brakiem niniejszej pracy może się wydawać brak etyki cielesności, której Klemens poświęca wiele miejsca zwłaszcza w *Pedagogu*. Jest to brak w tym sensie względny, iż tematyka ta jest dość dobrze opracowana w pozycjach obcojęzycznych. Także w języku polskim pojawiło się w ostatnich latach kilka przyczynków jej

poświęconych. Jest ona też problematyką na tyle szeroką, że, gdyby chcieć ją potraktować tak, jak na to zasługuje, musiałaby zająć nieproporcjonalnie wiele miejsca. Ze względu na polskiego czytelnika wydaje się, że będzie rzeczą dobrą poświęcić temu tematowi osobne opracowanie.

Wiesław SZUTA

CZŁOWIEK W UJĘCIU KS. TADEUSZA ŚLIPKI SJ ORAZ WYBRANYCH POLSKICH TOMISTÓW WSPÓŁCZESNYCH – PODOBIENSTWA I RÓŻNICE

Wprowadzenie

Poglądy filozoficzne ks. T. Ślipki SJ, a wśród nich i etykę, czyli filozofię moralności można umiejscowić w ramach tomizmu. Etyka ta ze względu na stosunek do celu ostatecznego posiada cechy etyki eudajmonologicznej. Ponadto z tej racji, że w centrum zainteresowania jego etyki znajduje się człowiek jako osoba, jego godność, jak również jego wyjątkowa pozycja w świecie bytów przygodnych, etyka ta jest powszechnie uznawana za przynależącą do nurtu personalistycznego¹. Ks. profesor T. Ślipko jest więc obecnie uważany

¹ Por. „Personalizm (w antropologii filozoficznej). Pogląd, że osoba ludzka i jej problemy są głównym przedmiotem filozofii człowieka. Personalizm rozwinął się głównie na gruncie filozofii chrześcijańskiej, m.in. u Jacquesa Maritaina (1882-1973), Emanuela Mouniera (1905-1950) i Karola Wojtyły”. Cytuję za: *Oksfordzki Słownik filozoficzny*, Warszawa 2004, wyd. II, red. naukowa J. Woleński, s. 290. Warto na temat personalizmu przeczytać odpowiednie hasło w: *Słowniku terminów i pojęć filozoficznych*, red. A. Podsiad, Warszawa 2001, s. 619-620; *Leksykon pojęć teologicznych i kościelnych*, Wydawnictwo WAM Kraków 2002, wyd. II, red. naukowa H. Pietras SJ, s. 238-239; *Mały słownik etyczny*, pod. red. naukową S. Jedyńaka, Bydgoszcz 1999, s. 195-196. O wpływie personalizmu na nurt

za jednego z czołowych przedstawicieli personalizmu chrześcijańskiego, pozostającego w ścisłym kręgu etyków tomistów. Ewa Podrez² napisała o ks. Ślipce, że jest on personalistą i do tego jeszcze perfekcjonistą. Według niej perfekcjonizm ks. Ślipki wywodzi się ze specyficznej „interpretacji funkcji i zakresu doskonalenia moralnego”, a konkretnie – zdaniem E. Podrez – chodzi o „reinterpretację treści i ujęcia doskonalenia”. Natomiast „teoria wartości ma za sobą sankcję doświadczenia; przeżycie wartości ma swoją własną odrębną treść, jednocześnie pozostając w relacji do przeżycia dążenia do celu i imperatywu moralnego”³.

Dla uwidocznienia pierwiastka perfekcjonistycznego w etyce ks. Ślipki w kontekście specyficznie rozumianych *wartości* – *wzorów* warto odnieść się bezpośrednio do słów ks. Profesora na temat wartości: „Chociaż ukazują podmiotowi (czytaj, osobie – W. Sz.) odpowiadającą mu formę doskonałości – i w tym znaczeniu są „*dla niego*” – mimo to nie wchodzą w skład jego bytowej struktury jako jeden z czynników niezbędnych do integralności tej struktury, czyli – w tym znowu sensie nie są „*jego*”. (...) „W podsumowaniu można krótko stwierdzić: jakością w człowieku jako podmiocie rozumnego działania jest jego udoskonalenie się moralne zgodne z określoną wartością, natomiast sama wartość jako model, „*na kształt*” którego to doskonalenie się dokonuje, nie jest jakością, ale obiektywnym wzorcem, inaczej prototypem doskonalenia się człowieka”⁴.

Na początku w ramach przedstawienia jego założeń antropologicznych należy przedstawić poglądy ks. profesora T. Ślipki na czło-

arystotelesowsko-tomistyczny w filozofii chrześcijańskiej pisze R. Darowski w: *Filozofia człowieka*, Kraków 2002, s. 47.

² Profesor Ewa Podrez napisała prace z zakresu antropologicznych i metafizycznych podstaw aksjologii chrześcijańskich, w której sporo miejsca poświęciła charakterystyce stanowiska personalistycznego i perfekcjonistycznego ks. T. Ślipki. Chodzi o pozycję: *Człowiek byt wartość*, Warszawa 1989, a szczególnie o rozdział czwarty, strony 59-69.

³ Podrez E. *Człowiek byt wartość*, Warszawa 1989, s. 61-62.

⁴ Ślipko T. *Zarys etyki ogólnej*, Kraków 2004, s. 209.

wieka, które można określić jako substancjalizm. Z tej więc racji koncepcja człowieka jako osoby mieści się w ogólnofilozoficznych założeniach tomizmu. Rzeczą oczywistą jest, że mówiąc o człowieku w tej perspektywie, dotyka się problemu jego natury, godności, praw i powinności moralnych⁵. Stanowią one podstawowe elementy antropologii filozoficznej ks. T. Ślipki, uprawianej w duchu personalizmu i perfekcjonizmu⁶ w ramach myśli tomistycznej, a szerzej ujmując, w chrześcijańskiej wizji człowieka.

By uniknąć pewnych niejasności, na wstępie należy zauważyć, że „chrześcijańska antropologia”, jaką reprezentuje ks. Ślipko jako chrześcijański personalista, może być rozumiana w dwojaki sposób: 1) jako filozoficzna nauka o człowieku pozostająca w zgodzie z myślą chrześcijańską i Objawieniem, nie podważająca żadnych podstaw wiary, oraz 2) jako teologiczna nauka o człowieku oparta na danych wziętych z Objawienia. W związku z tym pojawia się trudność rozumienia przydawki „chrześcijańska” w wyrażeniu: „filozofia chrześcijańska”. Jeśli bowiem antropologia chrześcijańska swe twierdzenia opiera na aurytecie religijnym, zgodnie z drugim sposobem rozumienia, to traci swoją autonomię, przyjmując charakter nauki teologicznej⁷. Jeśli zaś myśl chrześcijańska jest jedynie źródłem inspiracji i normą negatywną dla filozofii, można taką filozofię nazwać chrześcijańską. W swoim dorobku filozoficzno-etycznym ks. T. Ślipko konsekwentnie trzymał się pierwszego sposobu rozumienia chrześcijańskiej antropologii.

W tym artykule będzie chodziło o próbę zanalizowania treści kryjących się w definicji osoby ludzkiej jako bytu psychofizycznego w oparciu o myśl antropologiczną ks. T. Ślipki. Zostanie również dokonane porównanie antropologicznych poglądów T. Ślipki z pogląda-

⁵ Podrez E. *Człowiek byt wartość*, art. cyt., s. 68.

⁶ Na temat personalizmu a szczególnie pierwiastka perfekcjonistycznego natury ludzkiej w kontekście doskonałości moralnej, idealnego wzorca w rozwoju osoby ludzkiej w myśli etycznej ks. Ślipki wypowiada się Ewa Podrez. w artykule: W kręgu myśli etycznej ks. Tadeusza Ślipki, „Życie Katolickie”, nr 4 (1985), s. 57.

⁷ Więcej zob. Darowski R. *Filozofia człowieka*, Kraków 2002, s. 43-48.

mi innych wiodących personalistów – tomistów, którzy reprezentują współczesną polską filozofię chrześcijańską. Należą do nich m.in. M. Gogacz, T. Styczeń, M. Krąpiec, K. Wojtyła. Do tego porównania zostaną wykorzystane te fragmenty z wybranych publikacji ks. Ślipki, w których posługiwał się pojęciem osoby, ujmowanej od strony różnych jej aspektów bytowych, m. in. w jej wewnątrzbytowej strukturze.

1. Antropologiczne poglądy T. Ślipki

W swoim podstawowym i najbardziej znanym podręczniku etyki ks. T. Ślipko stwierdził, że: „człowiek jest bytem pochodnym. Swe istnienie zawdzięcza Bogu jako Bytowi nieskończonemu, stanowiącemu zarazem ostateczne źródło wszelkiego innego bytu”⁸. Jest to fundamentalne twierdzenie etyki teocentrycznej⁹, nie wyłączając chrześcijańskiej. Jeszcze szerzej definiuje człowieka w następującym sformułowaniu: „Człowiek jest bytem substancjalnym (nie tylko wiązką aktów świadomościowych), w którego strukturze występują dwie konstytutywne zasady, nawzajem do siebie ostatecznie niesprowadzalne, a mianowicie pierwiastek materialny (ciało) oraz pierwiastek duchowy (dusza nieśmiertelna). Obydwie są jednakowo realne, ale dzięki temu, że pozostają we wzajemnej relacji istotowej, stanowią elementarne części składowe jednej (czyli wewnątrznie jednolitej) natury człowieka”¹⁰. Jest to stwierdzenie typowo dualistyczne, choć niekoniecznie w sensie platońskim. Według tych dwóch stwierdzeń do kompleksowego poznania człowieka konieczne jest ujęcie

⁸ Ślipko T. *Zarys etyki ogólnej*, Kraków 2004, s. 62.

⁹ Na ten temat wypowiedziała się E. Podrez, twierdząc, że analiza dążenia przez człowieka do celu – w myśli ks. Ślipki – znajduje swoje ostateczne uwarunkowania w Dobru Najwyższym. Zob. *W kręgu myśli etycznej ks. Tadeusza Ślipki*, art. cyt., s. 54-55.

¹⁰ Ślipko T. *Zarys etyki ogólnej*, Kraków 2004, s. 62

transcendentnego i duchowego wymiaru jego natury¹¹. Zdaniem ks. Ślipki na terenie badań etycznych należy brać pod uwagę nie tylko te aspekty obiektywnej rzeczywistości ludzkiej, ale również wpływ świata immanentnego i materialnego¹². Człowiek jest osobą, uważa ks. Ślipko, ponieważ jest bytem rozumnym i dlatego jako „osoba jest podmiotem sprawczym wszelkiego działania, niezależnym i samoistnym w porządku bytów przygodnych. W języku scholastyków przybrało to formę zasady: *actiones sunt suppositorum*, czyli przyczyną sprawczą działania podmiotu jest on sam”¹³. Kolejną jego tezą z zakresu filozofii człowieka jest twierdzenie wynikające z elementów kształtujących wielkość i godność człowieka oraz jego prymat nad światem ożywionym i nieożywionym¹⁴. Człowiek jako osoba z natury swej jest istotą społeczną. Z tego wynika jego charakter dynamiczny: człowiek ciągle się staje osobą, która doskonali siebie¹⁵

¹¹ Ewa Podrez stwierdza, że ks. Ślipko przeprowadza opis człowieka jako osoby, właściwy dla substancjalistycznej i spirytualistycznej etyki tomi-
stycznej, stąd ujmuje osobę jako byt psychofizyczny, rozumny i wolny i na
tej antropologicznej podstawie buduje: „teorię obiektywnego i absolutnego
porządku moralnego. Wstępnym warunkiem zbudowania teorii obiektywne-
go i absolutnego porządku moralnego jest przyjęty zbiór założeń antro-
pologicznych, metafizycznych, epistemologicznych”. Więcej zob. w: *W kręgu
myśli etycznej ks. Tadeusza Ślipki*, art. cyt., s. 55.

¹² Por. *Zarys etyki ogólnej*, s. 62.

¹³ Tamże: s. 64.

¹⁴ „W świecie bytów przygodnych człowiekowi przysługuje rzeczywisty
prymat w stosunku do całej przyrody, zarówno nieożywionej, jak i ożywo-
nej”. Tamże.

¹⁵ Por. tamże: „W wyniku swojej rozumnej działalności tworzy on świat
zewnętrznych i wewnętrznych wartości, czyli świat kultury, ale równocze-
śnie pomnaża swoją wewnętrzną doskonałość. Na rozwój człowieka skła-
dają się, więc zarówno pierwiastki zewnętrznego postępu, jak i duchowego
rozwoju”. Zob. również: „Człowiek wyposażony w taki atrybut staje się siłą
dynamiczną, samodzielną substancją; pełnym i autonomicznym podmiotem
istnienia i działania, w tym właśnie różny od innych występujących w przy-
rodzie podmiotów działania, że jest bytem samowiednym i samowładnym.

przy wydatnej pomocy drugich tj. społeczeństwa¹⁶. W *Zarysie etyki szczegółowej* ks. T. Ślipko zawarł dwie definicje godne zacytowania, a dotyczące człowieka jako osoby. Nawiązuje w nich do poglądów J. Maritaina. Pierwsza z nich brzmi: „Osoba jest to pełna, indywidualna substancja natury intelektualnej, rządząca swoimi czynami, *sui iuris*, autonomiczna we właściwym tego słowa znaczeniu”¹⁷. Druga zaś: „Osoba – to podmiot samoistny, samowiedny i samowładny, dzierżący prymat w obrębie widzialnego stworzenia, podporządkowany jedynie absolutnemu Bogu”¹⁸. Tak rozumiana koncepcja osoby ludzkiej jest utrzymana w tomistycznej wersji antropologii substancjalistycznej, typowej dla etyki ks. Ślipki i większości personalistów chrześcijańskich.

W języku filozoficznym oznacza to, że człowiek staje się ‘osobą’”. Tenże: *Życie i pleć człowieka*, Kraków 1978, s. 132; „Szczególnie duchowe uzdolnienia człowieka decydują o jego specyficznym ‘ludzkiej naturze’. Należy do nich rozum i wola, za pomocą których człowiek działa jako człowiek, czyli jako byt samoistny, samowiedny i samowładny. Wszystko to zaś można zawrzeć w jednym zdaniu: człowiek działa jako osoba”. Tamże: s. 112.

¹⁶ „Społeczeństwo jest zatem zwrócone w stronę osoby ludzkiej. Realizując takie czy inne elementy dobra wspólnego zmierza do stworzenia pełnych warunków rozwoju dla dobra osoby ludzkiej, (...). Społeczeństwo jest zatem dla osoby, a nie osoba dla społeczeństwa”. T. Ślipko. *Granice życia. Dylematy współczesnej bioetyki*. Warszawa 1988, s. 275. „Cały człowiek jako byt psychofizyczny jest zarazem osobą i istotą społeczną, ale to nie znaczy, że jest zarazem całością i częścią (innej całości). (...) Człowiek jako osoba jest substancją ujednostkowioną, a więc należy do kategorii bytów samoistnych (absolutnych), nie zaś relacyjnych. Natomiast skierowanie tejże osoby do współżycia i współdziałania z innymi ludźmi w ramach stałej z nimi wspólnoty (czyli społeczności) dokonuje się w sferze relacji, nie zaś bytów samoistnych”. *Zarys etyki szczegółowej*, t.2, *Etyka społeczna*, Kraków 2005, s. 100. Zob. również tamże: s. 98-99, oraz *Sens życia – sens dziejów Refleksje ze stanowiska filozofii i etyki chrześcijańskiej*, „Studia Filozoficzne” nr 4 (185) 1981, s. 117-118.

¹⁷ *Zarys etyki szczegółowej*, t.2, *Etyka społeczna*, Kraków 2005, s. 94.

¹⁸ Tamże.

Na tym etapie rozważań wypada jeszcze wspomnieć o tezach z zakresu filozofii człowieka, dotyczących rozumnych działań ludzkich. Dynamizm charakteryzujący człowieka przejawia się poprzez jego dążenia. Dążenie to tendencja bądź skłonność określonej osoby (bytu) względem czegoś. Można wyróżnić dwojaki rodzaj dążenia: naturalne oraz świadome. Dążenia naturalne (*appetitus innatus*) utożsamiają się z wewnętrzną strukturą i nastawieniem rzeczy względem czegoś, co jej odpowiada. Np. dążeniem naturalnym jest dla umysłu zdolność poznawania prawdy, a dla woli zdolność osiągania dobra. Dążenia świadome (*appetitus elicited*) polegają na działaniu, czyli aktach określonej władzy poznawczej względem jej przedmiotu. W zależności od tego, czy chodzi o władzę zmysłową czy też duchową, mówi się o dążeniu zmysłowym bądź rozumnym¹⁹.

W ten sposób została sformułowana krótka charakterystyka osoby jako bytu złożonego z pierwiastka duchowego i materialnego w oparciu o kilka wybranych cytatów z wiodących publikacji ks. T. Ślipki, uzupełniona rozbudowanymi przypisami. Teraz pora na krótkie przedstawienie antropologicznych koncepcji kilku wymienionych wcześniej współczesnych polskich tomistów, personalistów chrześcijańskich, celem dokonania pewnych porównań.

2. Antropologia w ujęciu Mieczysława Gogacza

M. Gogacz jest typowym przedstawicielem tomizmu konsekwentnego mocno powiązanego z tomizmem egzystencjalnym²⁰. Jest filozofem, który dokonał rzetelnej analizy problemu złożenia z istnienia i istoty w bycie rozumnym jednostkowym, przygodnym (czy jak to określił ks. Ślipko, bytem pochodnym), jakim jest człowiek²¹. „Człó-

¹⁹ Więcej na ten temat zob. w: *Zarys etyki ogólnej*, Kraków 2004, s. 66-70.

²⁰ Gogacz M. *Filozofia chrześcijańska w Polsce Odrodzonej*, „Studia Philosophiae Christianae” 5 (1969) z. 2, s. 67.

²¹ Temu zagadnieniu poświęcił artykuł pt. *Z zagadnień antropologii filozoficznej*, „Studia Philosophiae Christianae” 17 (1987) z. 2. Warto wy-

wiek jest człowiekiem dzięki temu, że stanowi go istnienie i istota, w której forma scala możliwość duchową i możliwość materialną, podmiotujące przypadłości. Trzeba także dodać, że zapoczątkowujące człowieka istnienie, aktualizujące istotę, jest z tą istotą powiązane w bytową jedność²². Już po pierwszym cytowanym fragmencie można się łatwo przekonać o różnicy między tomizmem ks. Ślipki, a tomizmem uprawianym przez M. Gogacza. Chodzi o zagadnienia ontologiczne występujące na terenie antropologicznych założeń, między innymi dotyczące wewnątrzbytowych relacji w bycie ludzkim²³. Dla M. Gogacza jako przedstawiciela tomizmu konsekwentnego człowiek to przede wszystkim suma świadomości i wolności. Zaznacza on, że uznanie człowieka za byt świadomy było w tradycji filozoficznej traktowane jako racjonalizm, natomiast uznanie człowieka za byt wolny zaliczało się do woluntaryzmu²⁴. M. Gogacz ten problem rozwiązał kompromisowo przez propozycję sumy jednego i drugiego. W tym punkcie można dopatrzeć się zbieżności jego poglądów ze stanowiskiem reprezentowanym przez ks. Tadeusza Ślipkę. Natomiast M. Gogacz daleki jest od perfekcjonizmu, ostrzegając, że cel ostateczny, jakim jest dla człowieka Bóg, nigdy nie będzie zrealizowany za życia, lecz dopiero po śmierci, wobec tego, zagadnienia te nie powinny wchodzić bezpośrednio w zakres etyki. Winna je rozpatrywać tylko teologia. Konkludując twierdzi, że gdy do etyki wprowadzamy treści religijne, mamy do czynienia z teologią moralną²⁵. Zatem M. Gogacz nie przyjmuje stanowiska perfekcjonistycznego, przy-

mienić kilka tytułów rozdziałów, np. *Człowiek jako suma swych działań*, *Człowiek jako podmiot swych działań*, *Tomistyczne ujęcie człowieka jako istniejącego bytu jednostkowego*, *Relacje osobowe*.

²² Gogacz M. *Z zagadnień antropologii filozoficznej*, art. cyt., s. 189.

²³ O fakcie pomijania różnicy między istnieniem a istotą w kontekście struktury bytowej człowieka w myśli filozoficzno-etycznej ks. Ślipki wspomina też R. Darowski w: *Filozofia jezuitów w Polsce, T. Ślipko – dane biograficzne*, Kraków 2001, s. 306-327.

²⁴ Gogacz M. *Z zagadnień antropologii filozoficznej*, art. cyt., s. 185.

²⁵ Tamże, s. 197.

najmniej w wąsko rozumianej etyce, co znowu oddala go od stanowiska przyjętego przez ks. T. Ślipkę.

Choć więc antropologia i etyka M. Gogacza jest zdecydowanie odmienna od prezentowanych poglądów ks. T. Ślipki, to z tej racji, że obydwie mieszczą się w ramach filozofii chrześcijańskiej, występuje też w nich wiele elementów podobnych.

3. Etyka niezależna Tadeusza Stycznia SDB

Ks. Tadeusz Styczeń znany jest jako propagator etyki niezależnej. Charakteryzuje go typowe antropologiczne spojrzenie na człowieka z pozycji personalistycznej, dlatego według niego osoba ma się zupełnie „inaczej” i stoi „wyżej” aniżeli wszystko inne w świecie. Stąd człowieka należy afirmować dla niego samego²⁶. Jest to personalistyczne spojrzenie na człowieka - osobę jako podmiot i przedmiot działania. „Osobie jako osobie należne jest po prostu uznanie wyrażające się odpowiednim czynem osoby, czynem afirmacji jej godności ze strony osoby. Powinność moralna czynu jest, więc powinnością „ze względu” na osobę i powinnością – zarazem – osoby. Jest powinnością afirmowania godności drugich, także własnej, bez względu na cokolwiek innego [bezinteresowność] poza osobową godnością [miłość]”²⁷. Spróbujmy odszukać podobieństwa w myśleniu obu wybitnych personalistów (Ślipko – Styczeń). Wspólne są obydwu pierwiastki teistyczne i spirytualistyczne w ich antropologii i filozofii moralności. T. Styczeń pisze: „Człowiek jednak wraz z istnieniem otrzymał od Istnienia wolność. Dzięki temu jest nie tylko czymś, lecz kimś, nie tylko naturą, ale osobą, czyli podmiotem wolnego działania. Lecz właśnie także osobą o takiej oto naturze, o tak określonej strukturze i wraz z nią. Ona została osobie dana, ona też jest przez

²⁶ Styczeń T. *Prawda o człowieku a etyka*, „Roczniki Filozoficzne” 30 (1982) z. 2, s. 44-46.

²⁷ Styczeń T. *Zarys etyki*, cz. I, *Metaetyka*, Lublin 1974. s. 15.

osobę w sobie zastana wraz z właściwą dla niej dynamiką”²⁸. Ks. T. Styczeń podobnie jak ks. T. Ślipko podkreśla zależność etyki od tez antropologii filozoficznej. Powiada on, że filozoficzna teoria człowieka z punktu widzenia metodologicznego jest racją dla tez etycznych, lecz nie przesłanką dla nich. Obydwaj Profesorowie (Styczeń – Ślipko) są zgodni, co do faktu wzajemnej zależności etyki od antropologii, jednoznacznie podkreślają również ich autonomię w stosunku do siebie²⁹. Kolejną cechą wspólną jest częste odwoływanie się do podstawowych wartości aksjologicznych (*bonum, veritas, pulchrum*) oraz do naczelnej zasady etycznej (*bonum est faciendum*). Zgodni są również co do formułowania i interpretowania norm etycznych, np. w etyce szczegółowej³⁰. Czynnikiem różniącym ks. T. Stycznia od ks. T. Ślipki jest uprawianie przez ks. profesora Stycznia tomizmu lowańskiego. Niektórzy uważają go za specyficzną odmianę tomizmu tradycyjnego. Stwierdziliśmy na początku artykułu, że ten ostatni prezentuje ks. Ślipko. Również podejmowanie próby łączenia tomizmu z elementami filozofii analitycznej daje się zauważyć w koncepcji człowieka i w etyce omawianego personalisty lubelskiego³¹.

Ks. profesor Tadeusz Styczeń zbudował specyficzną terminologię, swoisty język oraz metodologię. Wyróżnia go to wśród całej licznej grupy polskich tomistów. Jego personalizm wydaje się jednak bardzo zbliżony do omawianego w tym artykule personalizmu ks. T. Ślipki.

²⁸ Kamiński S., Styczeń T. *Doświadczalny punkt wyjścia etyki*, „*Studia Philosophiae Christianae*” 4 (1968) z. 2, s. 65.

²⁹ Styczeń T. *Antropologia a etyka*, „*Zeszyty Naukowe KUL*” 13 (1970) nr 4, s. 35-42, a szczególnie s. 39; zob. *Prawda o człowieku a etyka*, „*Roczniki Filozoficzne*” 30 (1982) z. 2, s. 75 -88.

³⁰ Por. *Prawda o człowieku a etyka, ...*, s. 47-51.

³¹ Gogacz M. *Tomizm egzystencjalny na tle odmian tomizmu*, art. cyt., s. 68.

4. Człowiek według Mieczysława Alberta Krapca

M. A. Krapiec dominikanin, czołowy polski tomista³², autor bogatej serii prac z metafizyki ogólnej i szczegółowej, nawiązywał do poglądów J. Maritaina i E. Gilsona, rozwinął teorię analogii, współpracując ze S. Kamińskim poruszał wiele zagadnień z metodologii filozofii. Zabierał głos również w sprawach filozofii człowieka³³. Związany z Katolickim Uniwersytetem Lubelskim, wraz z prof. Stefanem Swieżawskim prezentuje tomizm egzystencjalny, który stał się kierunkiem dominującym³⁴ w polskiej współczesnej filozofii tomistycznej. Do najbardziej znanych jego pozycji z zakresu filozofii człowieka należą: *JA – człowiek* oraz *Człowiek i prawo naturalne*. Od zacytowania fragmentów tych pozycji rozpoczniemy prezentację jego poglądów antropologicznych, stojących u podstaw jego filozofii moralności, a następnie będziemy szukać podobieństw i różnic między jego stanowiskiem, a koncepcjami T. Ślipki, „Osoba ludzka jest bytem o najdoskonalszym sposobie bytowania: bytuje jako samoświadomy podmiot, a więc jako byt w sobie i dla siebie, co się nieustannie przejawia w stosunku „ja” do „moje” w danych bezpośrednich naszego poznania. Będąc bytem, podmiotem, człowiek nie jest już zapodmiotowany w innym bycie i dlatego nie może być pojęty jako „część” tejże ewentualnej całości. Jest bytem autonomicznym, samoistniejącym. Nie zyskuje swego istnienia od „całości”, a więc przyrody i społeczeństwa. [...] Byt osobowy jest więc sam dla siebie zupełnym, tworzącym najwyższą całość bytową”³⁵. Już po tym cytacie

³² „W Polsce czołowym tomistą jest Mieczysława Albert Krapiec (Szkola lubelska na KUL, tomizm egzystencjalny)”, Darowski R. *Filozofia człowieka*, Kraków 2002, s. 47; zob. noty bibliograficzne w: Principia, Informator filozofii polskiej, t. XL, Kraków 2004, s. 177.

³³ M. Gogacz, *Tomizm egzystencjalny na tle...*, art. cyt., s. 75.

³⁴ Tamże: s. 75; tenże również *Filozofia chrześcijańska w Polsce Odrodzonej*, „Studia Philosophiae Christianae” 5 (1969) z. 2, s. 72-73 oraz tenże *Współczesne interpretacje tomizmu*, ZNAK nr 13 (1963), s. 1350-1353.

³⁵ Krapiec M. *Człowiek i prawo naturalne*, Lublin 1993, s. 139.

można łatwo doszukać się podobnych ujęć definiujących człowieka jako byt osobowy, jednostkowy, autonomiczny i samowładny u obydwu porównywanych filozofów. W następnym cytowanym fragmencie dojdzie dynamizm bytu ludzkiego oraz aspekt ciągłego rozwoju zmierzającego do moralnej doskonałości osoby ludzkiej. Zwiększa to jeszcze bardziej podobieństwo w koncepcjach osoby pomiędzy o. Krapcem a ks. Ślipko. M. A. Krapiec pisze: „Człowiek będąc konkretnym, jednostkowym *compositum*, w którym elementy materialno-zmysłowe oraz racjonalno-wolitywne stanowią zwartą jedność – jedność dynamiczną, podległą ciągłemu rozwojowi i doskonaleniu – swą pełnię życia osobowego osiągnąć może przez aktualizację swych potencjalności. Powolny, wieloetapowy i wielostronnie uwarunkowany rozwój wszystkich władz ludzkiej natury, „niesamodzielnosc” ludzkiej egzystencji, obejmująca prawie jedną czwartą życia człowieka, uzależnia go od różnych zespołów osób drugich i stanowi jedną z podstaw faktu organizowania się ludzkich jednostek w grupy społeczne rozmaitego rodzaju”³⁶. Ojciec M. A. Krapiec w odniesieniu do praktycznego działania człowieka pisze w swojej drugiej pozycji (*Ja – człowiek*), poświęconej zagadnieniom antropologicznym i moralnym: „Tak więc w postępowaniu praktycznym jak gdyby »stwarzam się« jako człowiek; dobieram dla siebie poprzez moje uczynki, których bym nawet na zewnątrz nie ujawnił, »osobową twarz«. Dziedzina wolnych decyzji jest tą jedyną dziedziną, w której człowiek

³⁶ Tamże: s. 145. Zob. również s. 30: „, Każdy człowiek, jako spencjalizowany, osobowy byt, jest przyporządkowany wewnętrznie do aktualizowania swoich potencjalności duchowych, zwłaszcza zaś intelektualnych i wolitywnych. Poprzez to właśnie człowiek żyje, by wykształcić i doprowadzić do maksymalnej doskonałości (*optimum potentiae!*) swoje bogate potencjalności intelektualne i wolitywne. Doskonalenie poznania w jakiegokolwiek dziedzinie, doskonalenie sił wolitywnych czyni nie tylko samą osobę lepszą i lepszymi jej dzieła, ale bogaci zarazem inne osoby, społeczeństwo ludzkie”. Do tego cytatu wypada dodać wyjaśnienie terminu „potencjalizacja”. W rozumieniu o. Krapca to: zdynamizowanie osobowego bytu, płynące głównie z materialnych warunków bytowania. Tamże; s. 30.

»konstruuje siebie« i transcenduje przez to przyrodę, która wszystkim innym bytom nadaje zdeterminowaną naturę i zdeterminowany przez naturę sposób postępowania. Człowiek musi sobie swą osobową naturę przez akty swej wolnej decyzji »ukonstytuować« i zdeterminować się do takiego właśnie sposobu postępowania”³⁷. Zbliżoną definicję człowieka, wzorowaną na przemyśleniach o. Krapca podał w swojej pracy A. Andrzejuk: „Człowiek jako podmiot moralności przejawia się jako bytowa jedność. We własnej świadomości człowiek także jawi się sobie jako „ja” – sprawca swoich czynów. Zasadą tej jedności jest bycie osobą, jednostkowym i indywidualnym bytem, przejawiającym się w aktach intelektualno-wolitywnych. Akty tego rodzaju noszą nazwę decyzji”. Decyzja jest wyrazem autonomii osoby ludzkiej, poprzez którą jest ona twórcą zarazem własnej osobowości jak i (w pewnej mierze) – przedmiotów swego działania.”³⁸ Warto dodać, że w tej pracy A. Andrzejuk porusza problemy filozoficznych podstaw etyki tomistycznej. Już sama zacytowana tu definicja ujmuje człowieka rozumianego jako podmiot

Należy zaznaczyć, że terminologia używana przez „Wielkiego Dominikanina” wymaga dobrej znajomości ontologii. Filozofia bytu, przenika u niego całość zagadnień filozoficznych, w tym też filozofie moralności. Z tego powodu język M. A. Krapca jest dość hermetyczny dla przeciętnego czytelnika. Tym się różni język lubelskiego Filozofa od języka, jakim posługuje się jezuita T. Ślipko, języka przystępniejszego i łatwiejszego. Obydwaj poruszają podobne zagadnienia, można by stwierdzić, że mówią o tym samym, ale każdy adresuje swe wypowiedzi do kogoś innego: pierwszy do metafizyków, tomistów czy nawet do teologów, natomiast drugi do etyków, personalistów, filozofów chrześcijańskich, ale też do mniej przygotowanego filozoficznie odbiorcy, niekoniecznie tomisty.

³⁷ Krapiec M. *Ja – człowiek*, Lublin 2005, s. 268.

³⁸ Andrzejuk A. *Prawda o dobru*, Warszawa 2000, s. 48.

5. Tomizm transcendentalny Kardynała Karola Wojtyły

Kard. Karol Wojtyła, późniejszy papież, sługa Boży, wielki filozof i etyk poświęcił wiele uwagi antropologii. Gdy mówimy o jego filozofii, to możemy ją określić jako tomizm transcendentálny³⁹, który wyodrębnił się, przy dużym wpływie metody fenomenologicznej, z tomizmu lowańskiego. W tej sprawie wypowiada się M. Gogacz: „Tomizm transcendentálny, rozumiany w taki sposób, że analiza fenomenologiczna wyprzedza wyjaśnienie filozoficzne, uprawiał w etyce ks. K. Wojtyły”⁴⁰. Zaliczany do czołowych etyków personalistów i uprawiający metodę fenomenologiczną, Karol Wojtyła jednocześnie odrzuca samą fenomenologię jako metafizykę, która „ułatwia analizę faktów etycznych na płaszczyźnie zjawiskowej i doświadczałnej”⁴¹. Jako personalista bliski jest też ujęciu perfekcjonistycznemu, co wiadać wyraźnie w odniesieniu do doskonałości moralnej. Mamy tu stanowisko podobne do ujęcia ks. T. Ślipki⁴². Podstawowe studium an-

³⁹ Gogacz M. *Tomizm egzystencjalny na tle odmian tomizmu*, w: *W kierunku Boga*, red. B. Bejze, Warszawa 1989, s. 69; tenże o tomizmie transcendentálnym zob. *Z zagadnień antropologii filozoficznej*, „*Studia Philosophiae Christianae*” 17 (1981) z. 2, s. 187: „Ujęcie bytu jako skomponowanego z istnienia i istoty, lecz analiza nie bytu, a tylko tego ujęcia, rozważanie więc tego, co poznane, jako miary i racji bytów istniejących, czyni metafizykę tomizmem transcendentálnym. Widoczne tu jest zmieszanie tomizmu poprzez szkotyizm z kantyzmem, fenomenologii z egzystencjalizmem”.

⁴⁰ Tamże: s. 68.

⁴¹ *Mały słownik etyczny*, pod. red. naukową S. Jedyńaka, Bydgoszcz 1999, s. 284; zob. również na temat łączenia tomizmu z fenomenologią (chodzi o myśl filozoficzno-etyczną K. Wojtyły) M. Gogacz, *Filozofia chrześcijańska w Polsce Odrodzonej*, „*Studia Philosophiae Christianae*” 5 (1969) z. 2, s. 49-79, szczególnie s. 75.

⁴² „Zwróciliśmy poprzednio uwagę, że autorzy ci przyjmują ścisłą zależność i współdeterminację personalistycznego i perfekcjonistycznego pierwiastka moralności. Oczywiście ze względu na metodologiczne rozbieżności tych koncepcji (ks. Ślipki i kard. Wojtyły) trudno mówić o jednym, wspólnym programie etyki; można natomiast zwrócić uwagę na charaktery-

tropologiczne K. Wojtyły⁴³, zawierające głębokie implikacje etyczne *Osoba i czyn*, jest w swej koncepcji oparte na przekonaniu, że: „czyn jest szczególnym momentem danym w oglądzie – czyli doświadczeniu – osoby”⁴⁴. Kardynał K. Wojtyła patrzy na człowieka jako osobę przez pryzmat doświadczenia fenomenologicznego w kontekście ludzkiego czynu. „Człowiek jako osoba jest ukonstytuowany w znaczeniu metafizycznym jako byt, poprzez własne „suppositum”: jest tym, który od początku istnieje i działa, chociaż działanie w pełni ludzkie (*actus humanus*), czyli czyn, pojawia się dopiero na pewnym etapie rozwoju. Jest to konsekwencja złożoności natury. Pierwiastek duchowy poznania – świadomości oraz wolności – samostanowienia stopniowo opanowuje somatyczne i pierwotne psychiczne warstwy społeczeństwa”⁴⁵. W następnym ujęciu dotyczącym wsobności i nieprzechodniości ludzkiego bytowania rysuje się zbieżność myśli omawianych personalistów (ks. Ślipko i kard. Wojtyła). Do tego dochodzi „wewnętrzność”⁴⁶ jako pełnia realizacji osobowej podmiotowości

styczną dla tych autorów tendencję do wiązania pierwiastka personalistycznego i perfekcjonistycznego w etyce”. Zob. E. Podrez, *Człowiek byt wartości*, Warszawa 1989, s. 125 – 137, szczególnie s. 137.

⁴³ Wypada również wspomnieć o drugim studium antropologicznym *Miłość i odpowiedzialność*, które jeszcze mocniej akcentuje treści etyczne. Oba dzieła stanowią swoisty „traktat o człowieku”, jak to ujęli wybitni polscy etycy personaliści z ks. prof. T. Stycznem na czele. Zob. wprowadzenie do wydania IV, *Miłość i odpowiedzialność*, Lublin 1986, s. 10.

⁴⁴ Wojtyła K. *Osoba i czyn*, Kraków 1985, s. 14; zob. również: „Będzie to mianowicie studium czynu, który ujawnia osobę: studium osoby poprzez czyn. Taka jest bowiem natura korelacji w doświadczeniu, w fakcie „człowiek działa”, że czyn stanowi szczególny moment ujawnienia osoby”. Tamże: s. 15.

⁴⁵ Wojtyła K. *Osoba podmiot i wspólnota*, RF 24 (1976) z. 2, s. 10.

⁴⁶ „Otóż ta właśnie „wewnętrzność” i „wsobność” jako pełnia (w znaczeniu doświadczalnym i przeżyciowym) realizacja osobowej podmiotowości ludzkiego „ja” przejawia się i zarazem urzeczywistnia w samoposiadaniu i samopanowaniu. Człowiek przeżywa siebie jako podmiot osobowy, o ile sobie uświadamia to, że sam siebie posiada i że sam sobie panuje. Świa-

ludzkiego „ja”, które ukazuje się i realizuje poprzez samopanowanie i samoposiadanie⁴⁷. Ks. T. Ślipko wraz z kard. Karolem Wojtyłą – Janem Pawłem II aprobuje klasyczną definicję osoby podaną przez Boecjusza: *persona est rationalis naturae individua substantia*. Przy czym pierwszy odwołuje się do interpretacji J. Maritaina, o czym już wspomniano wyżej, drugi natomiast rozszerza ją o element „suppositum”⁴⁸ jako podstawę bycia podmiotem i odnosi go do podmiotowości człowieka zawartej w założeniach filozoficznych Arystotelesa i św. Tomasza⁴⁹. Kolejny element w koncepcji człowieka to stwierdzenie, że jest to „ktoś” a nie „coś”.⁵⁰ By zaś osoba była w pełni suppositum, należy przyjąć jeszcze jeden aksjomat, mianowicie, że jest inna od wszystkich bytów, które ją otaczają⁵¹. Dla kard. Wojtyły ta

domość, ściślej mówiąc samoświadomość związana z czynem, związana ze sprawczością jako samostanowieniem, warunkuje owo przeżycie”. Wojtyła K. *Osoba podmiot i wspólnota*, „Roczniki Filozoficzne” 24 (1976) z. 2, s. 16; również na temat nieprzechodniości i wsobności wypowiada się tamże: s. 13.

⁴⁷ „Osoba ludzka sama siebie posiada i sama o sobie stanowi. (...) Co znaczy, że jeśli ma o sobie stanowić, w takim razie musi sobie samemu panować.” Tenże zob. *O znaczeniu miłości oblubieńczej*, „Roczniki Filozoficzne” 22 (1974) z. 2, s. 165; zob. również s. 167.

⁴⁸ „»Suppositum« wskazuje na samo bycie podmiotem albo też wskazuje na podmiot jako byt. Ów podmiot jako byt tkwi u podstaw każdej struktury dynamicznej, każdego działania oraz dziania się, każdej sprawczości oraz podmiotowości. Jest to byt realny, byt – „człowiek” realnie istniejący, a w konsekwencji też realnie działający”. *Osoba i czyn*, s. 94.

⁴⁹ Tamże: s. 94-95.

⁵⁰ „Człowiek jest przedmiotowo „kimś” – i to go wyodrębnia wśród reszty bytów widzialnego świata, które przedmiotowo są zawsze „czymś”. To proste, elementarne rozróżnienie kryje w sobie głęboką przepaść, jaka dzieli świat osób od świata rzeczy”. Wojtyła K. *Miłość i odpowiedzialność*, Lublin 1986, s. 24.

⁵¹ Osoba i czyn, s. 95-96; tenże również w: *Miłość i odpowiedzialność*, Lublin 1986, s. 24, pisze, że: „osoba jako podmiot różni się od najdoskonalszych nawet zwierząt w swoim w n ę t r z e m oraz swoistym, życiem, które w nim się koncentruje, czyli życiem wewnętrznym”.

inność wyraża się: jedynością, pełnią, rozumnością, niepowtarzalnością, indywidualizacją, dynamizmem, proporcją a zarazem i dysproporcją⁵². Na pewno akcent teistyczny w myśli antropologiczno-etycznej zbliża omawianych etyków do siebie, np. w kwestii pochodzenia osoby ludzkiej. Jej samoposiadanie nie narusza w sensie ontycznym stworzoneści, czyli faktu, że jako stworzenie jest własnością Stwórcy⁵³. Podobnie rzecz się przedstawia co do wątku spirytualistycznego w filozoficznej wizji człowieka, a przedstawia się ona następująco: osoba ludzka posiada naturę rozumną dzięki duchowej naturze duszy, która jest zarazem formą substancjalną ciała ludzkiego. Rozumność i wolność człowieka jest naturalną konsekwencją właściwości duszy ludzkiej, a ta stanowi podstawę działania i zasadę życia każdej osoby⁵⁴. Kończąc krótki rys myśli składających się na kardynała Karola Wojtyły koncepcję osoby, czyli definicję człowieka, warto wspomnieć, że u niego wyraźnie zaznacza się element emocjonalny w odniesieniu do świadomego działania ludzkiego⁵⁵, podobne stanowisko, choć w mniejszym stopniu, występuje u ks. T. Ślipki.

Nie sposób w krótkich słowach przedstawić koncepcje osoby w ujęciu kardynała K. Wojtyły, jako że mamy do czynienia z wybit-

⁵² Tamże: s. 95.

⁵³ Wojtyła K. *O znaczeniu miłości obłubieńczej*, „Roczniki Filozoficzne” 22 (1974) z.2, s. 165; „Osoba ludzka sama siebie posiada i sama o sobie stanowi. W ontycznym statusie własności Stwórcy mieści się bez żadnego jego naruszenia właściwy człowiekowi jako osobie status samoposiadania – co znaczy, że człowiek jest równocześnie swoją własnością – oraz status samopanowania, co znaczy, że jeśli ma o sobie stanowić, w takim razie musi sobie samemu panować”.

⁵⁴ Por. Wojtyła K. *Personalizm tomistyczny*, ZNAK 11(1961), s. 666-667; tenże o rozumności i wolności osoby ludzkiej w: *Elementarz etyczny*, Wrocław 2000, s. 39 oraz s. 57; oraz w: *Miłość odpowiedzialność*, Lublin 1986, s. 24 -26.

⁵⁵ Por. „Wiadomo, że całe życie emocjonalne człowieka posiada wielkie znaczenie dla kształtowania się ludzkich czynów”; tenże w: *Osoba i czyn*, s. 68, więcej na ten temat s. 66-73; u ks. Ślipki na ten temat zob. w: *Zarys etyki ogólnej*, Kraków 2004, s. 84-93, szczególnie s. 86 i 87.

ną postacią, również pod względem intelektualnym, co przekłada się na bogactwo myśli filozoficzno-etycznej, a przecież pozostało obszerne nauczanie papieskie⁵⁶, w którym znajdziemy koncepcje, wizje człowieka jako osoby nieco zmodyfikowaną ze względu na kontekst upływającego czasu w stosunku do dorobku sprzed pontyfikatu. Z przyczyn wyłącznie praktycznych nauczanie Jana Pawła II w tym zakresie zostało pominięte. W podsumowaniu można stwierdzić, że personalistyczne i perfekcjonistyczne spojrzenie kard. K. Wojtyły na osobę ma w sobie dużo podobieństwa do poglądów ks. T. Ślipki, po części i do ks. T. Stycznia. Jeśli natomiast chodzi o aspekt ontologiczny w koncepcji osoby, to staje się on czynnikiem oddalającym (ks. Ślipkę od kard. Wojtyły). Relacje wewnątrzbytowe osoby jako bytu, zbliżają K. Wojtyłę do o. M. A. Krapca oraz M. Gogacza. Cechą charakterystyczną dla ujęć antropologiczno-etycznych kard. Wojtyły jest specyficzna terminologia rozbudowana o pojęcia typowe dla tomizmu inspirowanego przez metodę fenomenologiczną, co nie występuje w takim stopniu u ks. T. Ślipki. Kardynał K. Wojtyła w większym stopniu niż T. Ślipko wyeksponował motyw emotywny⁵⁷ w swej koncepcji człowieka jako osoby.

Podsumowanie

W niniejszym artykule została przedstawiona na podstawie najważniejszych publikacji i artykułów ks. profesora Tadeusza Ślipki krótka charakterystyka jego filozoficznej koncepcji człowieka, która ma istotny wpływ na uprawianą przez niego filozofię moralności. Natępnie dokonano pobieżnego porównania poglądów kilku wybitnych polskich filozofów tomistów i moralistów ostatnich czasów:

⁵⁶ Wypada wspomnieć o dwóch najważniejszych publikacjach, które są wybitnymi dokumentami papieskimi tj. encyklikami Karola Wojtyły – Jana Pawła II, są to *Redemptor hominis* oraz *Veritatis splendor*.

⁵⁷ Ten motyw (emocje i uczucia) szczególnie jest zauważalny w pracy *Miłość i odpowiedzialność*.

M. Gogacza, ks. Tadeusza Stycznia, o. Mieczysława Alberta Krapca oraz kad. Karola Wojtyły z systemem etyki ks. T. Ślipki. Okazało się, że w wielu punktach te poglądy są zbieżne. Filozofowie ci należą bowiem do tej samej wielkiej rodziny współczesnych tomistów personalistów.

Jarosław PASZYŃSKI SJ

**VERBORGENE GOTTHEIT. INHALT UND STRUKTUR DES
ERSTEN KAPITELS PSEUDO-DIONYSIOS'
ÜBER DIE NAMEN GOTTES**

Einleitungswort

Es ist unbestritten, dass Pseudo-Dionysios Areopagita einen großen Einfluss auf die theologische und mystische Tradition des Westens ausgeübt hat und bis heute nach der Entmythologisierung seiner Person seine Schriften im Bereich der Theologie immer noch Geltung haben. Sein Werk *Über die Namen Gottes* stellt den Weg der negativen Theologie, wo die Grundzüge der neoplatonischen Theologie auf der Basis der Bibel einen neuen Sinn bekommen¹.

In diesem Artikel geht es um die Darstellung des Inhalts und der Struktur des ersten Kapitels der Schrift *Über die Namen Gottes*². Dieses Kapitel führt nämlich in das ganze Werk ein und enthält die wesentlichen Elemente der negativen Theologie des Areopagiten. Das besondere Ziel dieser Arbeit besteht aber in der Bestimmung, ob es

¹ Dazu: Ivánka, E. v., „*Pseudo-Dionigi Areopagita*“, in *Platonismo e Cristianesimo. Recezione e trasformazione del Platonismo nella Patristica*, Milano 1992, 198-227.

² Pseudo-Dionysios Areopagita, *Die Namen Gottes*. Eingeleitet, übersetzt und mit Anmerkungen versehen von Beate Regina Suchla, BGL 26, Stuttgart 1988.

zwischen dem Inhalt und dem Aufbau des Kapitels einen wesentlichen Zusammenhang gibt. Deswegen wird zunächst die inhaltliche Analyse gemacht, dann auf dieser Grundlage die Struktur des Kapitels gezeigt und zum Schluss das Ergebnis dargestellt.

1. Inhaltliche Analyse

Gleich am Anfang stellt Pseudo-Dionysios das Ziel seines Werkes dar, das in der *Erklärung der Namen Gottes*³ besteht. Areopagita weiß, dass die Philosophie als die menschliche Weisheit darüber viel zu sagen hat. Ihm geht es aber nicht sosehr um die philosophische Erkenntnis, sondern um die Erklärung der göttlichen Offenbarung, die in der Heiligen Schrift zugänglich ist. Deswegen schreibt er:

Es sei uns jedoch auch hier von allem Anfang an die Weisung der Heiligen Schrift eine Richtschnur, dass wir die Wahrheit der Aussagen über Gott „nicht in überredenden Worten menschlicher Weisheit“ ehren, „sondern im Erweis der Macht“ (1 Kor 2,4), die die biblischen Schriftsteller inspirierte⁴.

Die Heilige Schrift spielt also für Dionysios eine entscheidende Rolle. Das heißt aber nicht, dass die Philosophie als die Erkenntnisfähigkeit der menschlichen Vernunft ausgeschlossen ist. Das bedeutet, dass die Heilige Schrift der Ausgangspunkt der theologischen Betrachtung und ihr Orientierungskriterium ist. Der Grund dafür ist die von der göttlichen Macht auf die biblischen Autoren kommende Inspiration. Die Heilige Schrift ist also eine Quelle, wo *die Wahrheit der Aussagen über Gott* zu finden ist, weil sie von Gott geoffenbart worden ist. Diese Wahrheit ist für Dionysios nicht nur zu erklären, sondern auch zu ehren. Deswegen kann man sagen, dass das Werk des Areopagiten sowohl die intellektuelle Betrachtung als auch und

³ I 1, 585 B.

⁴ Ebd.

vor allem ein religiöser Weg zu Gott ist, der einer geeigneter Haltung Gott gegenüber bedarf. Die geoffenbarte Wahrheit führt nämlich zur Vereinigung mit Gott oder, genauer gesagt, mit *dem Unaussprechlichen und dem Unerkennbaren*. Dionysios schreibt:

Durch diese werden wir mit dem Unaussprechlichen und dem Unerkennbaren auf unaussprechliche und unerkennbare Weise vereinigt gemäß jener Einung, die unserer Verstandes- und Vernunftfähigkeit und Tätigkeit überlegen ist⁵.

Die geoffenbarte Wahrheit ist zwar für uns zugänglich und erkennbar, aber da sie nicht der Ursprung selbst, von dem sie kommt, ist, sondern seine Manifestation, ist der Ursprung als solcher in sich für uns unzugänglich und unerkennbar. Diese Wahrheit steht also zwischen uns und *dem Unerkennbaren* und hat eine Vereinigungsfunktion. Da sie von *dem Unaussprechlichen und dem Unerkennbaren* kommt, ist die Vereinigungsweise auch unaussprechlich und unerkennbar. Deswegen ist sie *unserer Verstandes- und Vernunftfähigkeit und Tätigkeit überlegen*. Das bedeutet, dass diese Einung in keinem menschlichen Akt besteht. Von daher ist das Erlösungsverständnis im gnostischen Sinn ausgeschlossen⁶. Allerdings bedeutet das nicht die Negation der Erkenntnisfähigkeit der menschlichen Vernunft, sondern ihre Begrenztheit, die durch die hierarchische Ordnung der Seienden bedingt ist. Das kommt genauer zur Sprache, indem Dionysios sagt:

Man darf überhaupt nicht wagen, irgendetwas über die überwesentliche und verborgene Gottheit zu sagen oder gleichwohl zu denken mit Ausnahme dessen, was uns durch göttliche Eingebung in der Heiligen Schrift geoffenbart worden ist. Es besteht nämlich Unkenntnis ihrer Verstand, Vernunft und Sein übersteigenden Überwesenheit⁷.

⁵ I, 1 585 Bf.

⁶ Zur Frage der Gemeinsamkeit zwischen der Gnosis und der negativen Theologie vgl. Coreth, E., *Gott in philosophischen Denken*, Stuttgart 2001, 75.

⁷ I, 1 588 A.

Für Dionysios ist also die verborgene Gottheit unbegreiflich, weil sie allen Seienden gegenüber vollkommen transzendent ist. Deswegen ist sie in dem Maße erkennbar, in welchem sie sich selbst offenbart. Diese Erkennbarkeit bedarf aber des Glaubens von der Seite des Menschen. Daher schreibt Areopagita:

Denn wenn wir der allweisen und ganz und gar wahren göttlichen Offenbarung glauben müssen, so enthüllt sich das Göttliche gemäß der Fassungskraft eines jeden der Vernunftwesen und lässt sich genau betrachten, indem die urgöttliche Güte in heilsamer Gerechtigkeit von dem Messbaren das Unermeßliche auf Gott gemäße Weise als unbegreiflich fernhält⁸.

Im Glauben an die geoffenbarte Wahrheit lässt sich uns also die verborgene Gottheit zugänglich machen, und zwar gemäß der Fassungskraft unserer Vernunft. Da aber die hierarchische Ordnung der Seienden nicht zu ändern ist, bleibt das Göttliche immer unerkennbar. Das gilt für alle Seinsstufen der hierarchischen Ordnung. Das erklärt Dionysios, indem er sagt:

Gerade wie nämlich für das Sinnliche das in Gedanken Fassbare, für das Geformte und Gebildete das Einfache und Bildlose, für die Wesen mit körperlicher Gestalt die unberührbare und ungeformte Gestaltlosigkeit des Körperlosen unbegreiflich und unsichtbar ist, so überragt nach demselben Gesetz der Wahrheit die überwesentliche Unendlichkeit die Seinsstufen und die Einheit jenseits des Verstandes die Vernunftwesen⁹.

Dionysios benützt also das Prinzip der Analogie. Von daher kommt sein philosophisches (neoplatonisches) Verständnis der Wirklichkeit zur Sprache bei der Erklärung der in der Heiligen Schrift geoffenbarten Namen Gottes¹⁰. Aufgrund der Analogie kommt Areopagita zum folgenden Schluss:

⁸ I, 1 588 Af.

⁹ I, 1 588 B.

¹⁰ Vgl. Lilla, S., *Introduzione allo studio dello Ps. Dionigi l'Areopagita*. „Augustinianum“ 22 (1989) 544-548.

Es ist das Eine jenseits des Denkens für jegliches Denkvermögen unbegreiflich, unaussprechlich auch jeglicher Rede das den Verstand übersteigende Gute, eine Einheit, die die gesamte Einheit eint, ein überwesentliches Sein, ein nicht gedanklich fassbarer Gedanke, ein unaussprechliches Wort, Wort- und Gedanken- und Namenlosigkeit, beschaffen nach keinem der Wesen, zwar Ursache des Seins für alles, selbst aber, weil sie über alles Sein erhaben ist, ohne Sein und wie sie selbst sich gründlich und kenntnisreich zeigen würde¹¹.

Die Namen Gottes werden also dargestellt, indem die der unseren Vernunft greifbaren Aussagen, wie das Eine, das Gute, eine Einheit und ein Sein, verneint und überstiegen werden. Da Gott dem Wesen nach immer unerkennbar bleibt, bietet uns nur seine in der Heiligen Schrift enthaltene Offenbarung einen Weg zu ihm. Dieser Weg ist ermöglicht durch die Einstrahlung des überwesentlichen Strahles des Guten, der die angemessene Antwort der Liebe bewirkt¹².

Deswegen darf man nur die verborgene Gottheit ehren und muss man die Erkenntnisgrenze der Vernunft akzeptieren. Allerdings kann man sich an den Strahl der in der Heiligen Schrift gegebenen Offenbarung wenden, wo sich der *Ursprung aller heiligen Lichtausstrahlung*¹³ selbst auf verschiedene Weise mitteilt, und zwar als *aller Dinge Ursache, Ursprung, Sein und Leben*¹⁴, und für alle, die in den verschiedenen Dimensionen vollendet werden können, als Wiedererneuungs-, Wiedergestaltungs-, Vollendungs-, und Vergottungsprinzip¹⁵.

Die in der Heiligen Schrift geoffenbarten Gottesnamen beziehen sich also *auf die wohltätigen Ausgänge der Ordnung von Gott her und auf Gott hin*¹⁶. Aus diesem Grund wird Dionysios zufolge der

¹¹ I, 1 588 B.

¹² Vgl. I, 2 588 Cf.

¹³ I, 3 589 B.

¹⁴ Ebd.

¹⁵ Vgl. I, 3 589 BC.

¹⁶ I, 4 589 D.

Urgrund der Gottheit fast in allen Schriften der Bibel auf vierfache Weise gepriesen, und zwar als Einzigkeit und Einheit, als Dreifaltigkeit, als Ursache des Seins und als menschenfreundlich.¹⁷ Der erste und der dritte Name bringen uns zum metaphysischen Verständnis der Wirklichkeit, der zweite Name erscheint im Kontext des trinitarischen Geheimnisses und der vierte bezieht sich auf die Inkarnation Jesu Christi, womit die eschatologische Perspektive des menschlichen Lebens verbunden ist.¹⁸

Nach Dionysios bezieht sich die erkannte Wahrheit immer auf das Seiende. Da aber die Gottheit alle Seienden transzendiert, ist sie kein Seiende, obwohl sie der Urgrund aller Seienden ist. Deswegen ist die verborgene Gottheit auch aus ihrem offenbarenden Strahl nicht erkennbar. Areopagita bringt das auf den Punkt, indem er sagt:

*Wenn nämlich alle wahren Erkenntnisse zum Seienden gehören und auf das Seiende abzielen, dann ist der gleichsam jenseits einer jeden Manifestation des Seins befindliche Strahl auch jeder wahren Erkenntnis entrückt*¹⁹.

Die verborgene Gottheit umfasst zwar alles durch ihre verursachende Wirkung und offenbarende Einstrahlung, aber sie bewahrt immer ihre ontologische und epistemologische Transzendenz. Von daher entsteht für Dionysios das Problem der Erklärung der Namen Gottes²⁰.

Die von ihm suggerierte Lösung besteht in der negativen Theologie, weil sie durch *die Privation alles Seienden*²¹ und aufgrund *der allerseligsten Einung*²², die die Einstrahlung des Guten bewirkt, zur

¹⁷ I, 4 589 Df.

¹⁸ Vgl. I, 4 592 A-C.

¹⁹ I, 4 593 A.

²⁰ Vgl. I, 5 593 B.

²¹ I, 5 593 C.

²² Ebd.

Erleuchtung durch *den übergöttlichen Licht*²³ führt²⁴. Allerdings bedeutet hier die negative Theologie nicht die Erkenntnis *sensu stricto*, sondern den Lobpreis Gottes, womit die Haltung des ganzen Menschen Gott gegenüber mitgegeben ist.

Dieser Lobpreis bezieht sich auf die verborgene Gottheit, die aller uns zugänglichen und nennbaren Wirklichkeit überlegen ist. Da aber die verborgene Gottheit als *Substanz der Güte*²⁵ die Ursache aller Seienden ist, muss sie laut Dionysios auch von der ganzen Schöpfung gepriesen werden²⁶. Der Lobpreis der Schöpfung scheint hier die ontologische *Ordnung von Gott her und auf Gott hin*²⁷ bedeuten, wo jedes Seiende seinen Ort von Gott bekommt und Dank ihm zu seiner Vollendung kommen kann.

Auf dieser Grundlage ist es verständlich, dass *die Überwesenheit* in der Heiligen Schrift sowohl als Namenlose als auch als Vielnamige gepriesen wird²⁸. Dionysios listet hier verschiedene Beispiele auf, die zum einen die Transzendenz Gottes durch die Namenlosigkeit zeigen und zum anderen seine Immanenz durch die heilsgeschichtliche²⁹ und schöpferische Wirkung³⁰. In der Heiligen Schrift werden auch die metaphorischen Gottesnamen gepriesen, deren Erklärung aber Dionysios zufolge zur symbolischen Theologie gehört³¹.

Weiter wiederholt Areopagita seine Vorgehensweise in diesem Werk, die in der Zusammenstellung der in der Heiligen Schrift geoffenbarten Gottesnamen und in ihrer Erklärung mit der entsprechenden Haltung Gott gegenüber bestehen soll³².

²³ Ebd.

²⁴ Vgl. I, 5 593 B-C.

²⁵ I, 5 593 C-D.

²⁶ Vgl. ebd.

²⁷ I, 5 593 D.

²⁸ Vgl. I, 6 596 A.

²⁹ Vgl. I, 6 596 A-C.

³⁰ Vgl. I, 7 596 Cf.

³¹ Vgl. I, 8 597 A-B.

³² Vgl. I, 8 597 B-C.

Am Ende wendet sich Dionysios genauso wie am Anfang des Kapitels an Timotheus und mit der Wiederholung des Werkzieles umrahmt das in das ganze Werk einführende erste Kapitel.³³

2. Konzentrischer Aufbau

Die inhaltliche Analyse lässt erkennen, dass sich die bestimmten Motive im Laufe des Kapitels wiederholen, und zwar auf konzentrische Weise, wo die entsprechenden Rahmen des Kapitels in Richtung nach innen vom Ziel durch die Quelle dann die Methode und die epistemologischen und ontologischen Voraussetzungen des Werkes ausgehend in der Darstellung des eigentlichen Problems des Werkes kulminieren. Der konzentrische Aufbau des Kapitels hat also folgende Struktur:

- A. Anrede an Timotheus und Erklärung der Namen Gottes als das Ziel des Werkes (1, 585 B 10 – 588 A 2)
- B. Heilige Schrift als Lichtstrahl der verborgenen Gottheit (1, 588 A 3 – 588 B 17)
- C. Analogieweg der negativen Theologie (1, 588 B 18 - 588 B 30)
- D. Unzugänglichkeit der überwesentlichen und verborgenen Gottheit und die Strahlung des Guten (2, 588 C 31 – 589 A 9)
- E. Verborgene und sich Mitteilende (3, 589 A 10 – 589 C 37)
- F. Die in der Heiligen Schrift geoffenbarten Gottesnamen im Kontext der Ausgänge der göttlichen Ordnung (4, 589 D 38 – 592 C 41)
- G. Epistemologische und ontologische Transzendenz Gottes (4, 592 C 43 - 593 A 5)
- H. Erklärungsproblem der Namen Gottes (5, 593 A 6 – 593 B 15)
- F'. Verborgeneheit Gottes und schöpferische Wirkung seiner Güte (5, 593 C 33 – 593 D 52)
- E'. Namenlose und Vielnamige (6, 596 A 1 – 596 C 32)
- D'. Nennbarkeit Gottes aus seiner schöpferischen Wirkung (7, 596 C 33 – 597 A 4)
- C'. Analogieweg der symbolischen Theologie (8, 597 A 5 – 597 B 17)
- B'. Heilige Schrift als Ausgangsquelle für die Erklärung der Namen Gottes (8, 597 B 20 – 597 C 33)
- A'. Anrede an Timotheus und Lobpreis der Namen Gottes als das Ziel des Werkes (8, 597 C 34 – 597 C 39)

³³ Vgl. ebd.

Konklusion

Das erste Kapitel ist zwar eine Einführung in das ganze Werk, aber es lässt schon die Grundthemen und die theologische Denkweise des Areopagiten erkennen. Es scheint, dass der konzentrische Kapitelaufbau den Weg der negativen Theologie veranschaulicht, indem das Problem der Rede über Gott ins Zentrum gesetzt wird. Dadurch wird die verborgene Gottheit betont und ihre zentrale Stelle in der Wirklichkeit aufgrund ihrer verursachenden schöpferischen und heilgeschichtlichen (in der Heiligen Schrift enthaltenen Offenbarung) Wirkung.

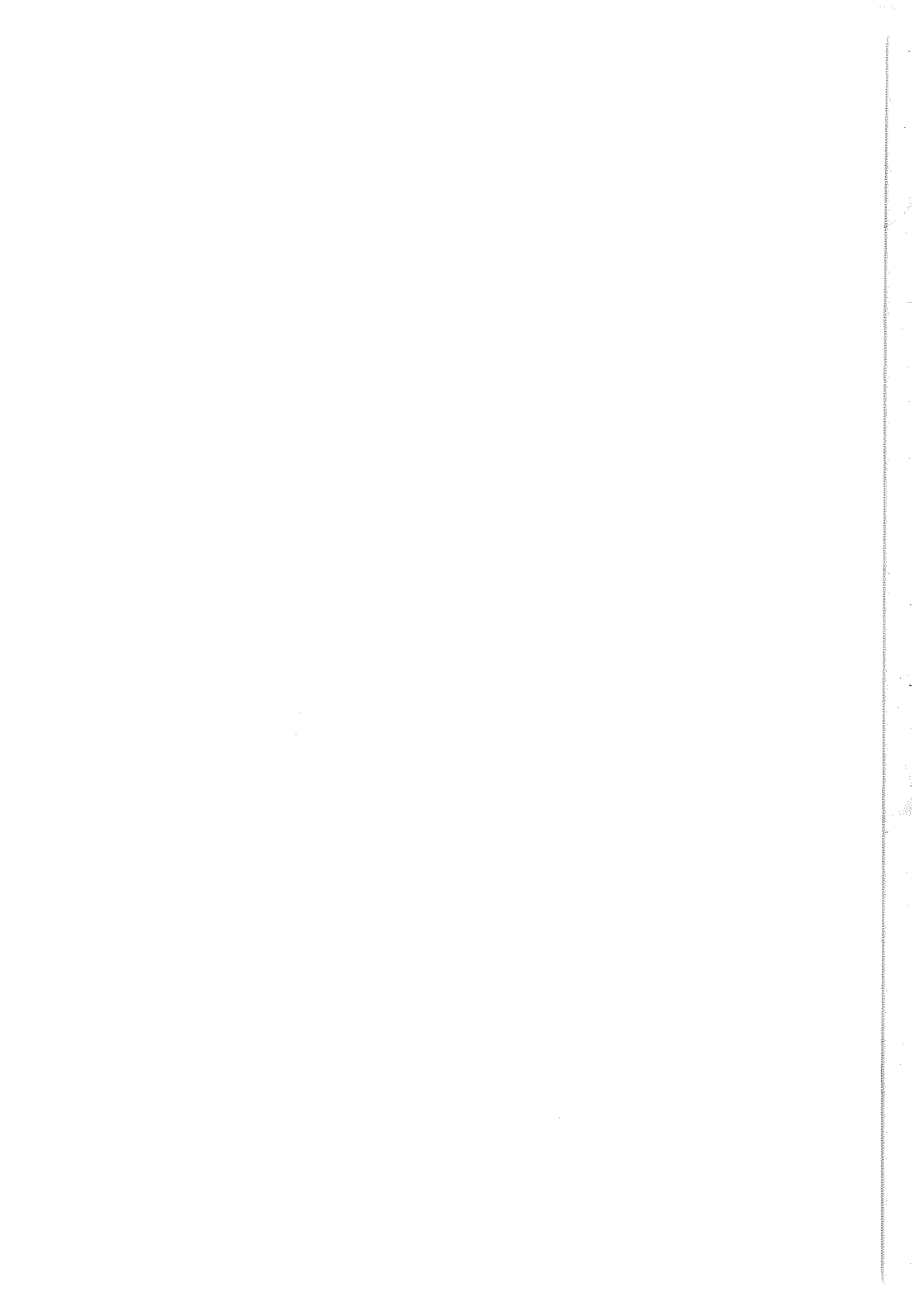
Quellen- und Literaturverzeichnis

Quellentext

PSEUDO-DIONYSIUS AREOPAGITA, *Die Namen Gottes*. Eingeleitet, übersetzt und mit Anmerkungen versehen von Beate Regina Suchla, BGL 26, Stuttgart 1988; PSEUDO-DIONYSIUS AREOPAGITA, *De divinis nominibus*. Corpus Dionysiicum I. Herausgegeben von Beate Regina Suchla, PTS 33, Berlin 1990.

Literatur

CORETH, E., *Gott im philosophischen Denken*, Stuttgart 2001, 73-75, 89-92; IVÁNKA, E. v., *Pseudo-Dionigi Areopagita*, in: *Platonismo e Cristianesimo. Recezione e trasformazione del Platonismo nella Patristica*, Milano 1992, 173-227; IVÁNKA, E. v., *Der Aufbau der Schrift De divinis nominibus des Ps.-Dionysius*. „Scholastik“ 15 (1940); LILLA, S., *Introduzione allo studio dello Ps. Dionigi l'Areopagita*. „Augustinianum“ 22 (1989) 533-577; LILLA, S., *Osservazioni sul testo del De divinis nominibus dello Ps.- Dionysius l'Areopagita*. „Anal ScN Pisa“ 10 (1980).



Miklós Maróth

WPLYW KULTURY ISLAMSKEJ NA EUROPE ŚRODKOWĄ

Wpływ islamu na kraje środkowej Europy szedł dwoma drogami. Z jednej strony pośrednio i pokojowo przez Europę Zachodnią, z drugiej strony przez bezpośrednie i nie zawsze przyjacielskie kontakty z niektórymi krajami muzułmańskimi.

I

Zacznijmy ten przegląd od sprawy pośrednich kontaktów. Do naszej dyspozycji mamy tu całą bibliotekę. Musimy się jednak ograniczyć tylko do najbardziej znanych szczegółów.

Wiadomo, że w starożytności istniały dwie szkoły filozoficzne, które przetrwały burzliwe czasy schyłku starożytności, mianowicie neoplatońskie szkoły w Atenach i w Aleksandrii. Obie te szkoły miały wspólną metodę wykładu, lecz różniły się programami nauczania.

W szkole ateńskiej czytano pisma Platona, w szkole aleksandryjskiej – pisma Arystotelesa. Różnice programu odpowiadają różnicom między tymi dwoma filozofami. W obydwu szkołach komentowało się przeczytany tekst, nauczyciel zaś wykladał neoplatoński system filozoficzny, opatrując go własnym komentarzem. Na tym polegała wspólna tym szkołom metoda. Tym się tłumaczy fakt, że pisma Platona i Arystotelesa zachowały się w całości wraz z neoplatońskimi

komentarzami, podczas gdy inne dzieła filozofii greckiej dotrwały do naszych czasów tylko we fragmentach.

1. Podstawowa trudność filozofii greckiej polega na tym, że Nieporuszony Poruszyciel Arystotelesa, który nie miał natury materialnej, był wieczny i poruszał wiecznie świat materialny, zakładał istnienie wiecznego materialnego świata. Jednią neoplatonczyków, która także przynależała do świata niematerialnego i była wiecznie dobra, wiecznie emanowała z siebie świat. A więc i ta doktryna zakładała wieczność materialnego świata. Św. Tomasz przedstawił ten pogląd w następujących słowach: „Cuius actio est aeterna, et effectus aeternus; sed actio Dei est eius substantia, quae est aeterna; ergo et mundus est aeternus”. (Quaest. 46, art. 1, 10)

Innymi słowy, filozofia grecka i w ogóle nauka głosiły wieczność świata. Arabowie, jak wiadomo, przejęli zdobycze greckiej nauki. Filozofia arabska broni więc także doktryny o wieczności świata. Nauka stanęła tym samym w jaskrawym przeciwieństwie do zasadniczych twierdzeń religii objawionych, głoszących naukę o stworzeniu.

É. Tempier, biskup Paryża, który potępił 7 marca 1277 r. heretyckie poglądy Arystotelesa i filozofów arabskich, wyraził się o Awerroesie następująco: „Hic secutus est errores Aristotelis ... sed praeter errores Aristotelis negavit creationem rerum: id est quod ex nihilo aliquid fiat; et vituperat legem Christianorum et sectam Saracenorum in hoc quod ponunt rerum creationem; et hoc patet ex XII Metaph. et XI”. Tu więc Arystoteles siedzi wraz z Arabem na ławie oskarżonych, ponieważ obaj zaprzeczyli objawionej i podstawowej tezie wiary chrześcijańskiej i islamskiej.

Pierwszym, który temu przeciwieństwu musiał się bliżej przyjrzeć, był Filoponos (490-570). Jako członek aleksandryjskiej greckiej szkoły neoplatonskiej winien był od poniedziałku do soboty uczyć o wieczności świata, a w niedzielę głosić kazanie o stworzeniu. Jako wierzący chrześcijanin i jako filozof czuł się zmuszony do zwalczania nauki o wieczności świata nie za pomocą broni wiary, lecz za pomocą filozoficznych argumentów.

Kiedy tekst Koranu mówi o stworzeniu, twierdzi, że Bóg stworzył świat z materiału podobnego do dymu. Islam jednak głosi mimo tego naukę o *creatio ex nihilo*. Filozofia arabska, która rozwijała poglądy Arystotelesa interpretowanego po neoplatońsku, także sprzeciwiała się tej bardzo ważnej doktrynie islamu.

Al. Ghazālī (+ 1111), wybitny teolog i filozof w historii islamu, zaatakował argumenty Filoponosa i w ten sposób poddał krytyce działalność najwyższych przedstawicieli filozofii arabskiej, jakimi byli Al-Fārābī i Ibn-Sīnā. Idąc za nim chętnie powoływali się na dowody Filoponosa późniejsi teologowie, jak Al.-Šahrstānī i inni.

Nie tylko muzułmanie, lecz także żydzi, który żyli w krajach islamskich i przejęli od Arabów zdobycze filozofii greckiej, a równocześnie wierzyli w biblijne opowiadanie o stworzeniu, korzystali z argumentów Filoponosa. Kiedy bierzemy do ręki słynne dzieło Jedudy Hallewi, „Kuzari”, możemy przeczytać w księdze 5, w rozdziale 18 następujące słowa:

„Po pierwsze co do powstania świata, należy zaprzeczyć jego istnienie bez początku. Gdyby bowiem czas nie miał początku, to liczba jednostek, jakie się pojawiły w przeszłości aż do naszych czasów, byłaby nieskończona: tymczasem nieskończoność nie istnieje. Jak więc mogłyby te jednostki zaistnieć, gdyby ich liczba była nieskończona? Bez wątplenia jednak pierwsza przeszłość i pokolenia jednostek są liczbowo skończone. Rozum bowiem ma zdolność liczenia tysięcy i milionów w dwójnasób aż do nieskończoności, ale tylko abstrakcyjnie. Natomiast nie może ich przenieść na płaszczyznę rzeczywistości. To bowiem, co się urzeczywistnia i zostaje policzone jako jedno, zachowuje się jako liczba skończona występująca w rzeczywistości. W jaki sposób zaś nieskończoność może się stać rzeczywistością? Świat więc ma początek, obroty sfer [niebieskich] są liczbowo ograniczone.

Dalej: to co nieskończone nie da się ani przepołowić, ani podwoić i w ogóle ująć w jakiegokolwiek stosunki liczbowe. Wiemy tylko tyle, że obroty słońca równają się 12 obrotom księżycy, i że inne ruchy sfer mają się do siebie podobnie, ponieważ jedna jest dzielnikiem

drugiej. Nieskończoność zaś niema żadnego dzielnika. Jak więc to może stać się owym nieskończonym, skoro jest ponad lub popod, tzn. zapełnia większą lub mniejszą liczbę. I dalej: Jak mogło do nas dojść to co nieskończone? Jeżeli nieskończona liczba rzeczy stworzonych zaistniała przed nami, to jak ta liczba do nas doszła? Jeżeli jakaś rzecz ma koniec, to musi mieć z konieczności i początek. W przeciwnym razie każda pojedyncza jednostka musiałaby czekać z zaistnieniem na istnienie nieskończenie wielu istot przed nią. Przy czym nie zaistniałaby ani jedna.” itd.

Ostatni dowód można znaleźć np. u Tomasza z Akwinu w następującej skróconej formie: „Si mundus semper fuit, infiniti dies praecesserunt diem istum: sed infinita non est pertransire; ergo numquam fuisset perventum ad hunc diem: quod est manifeste falsum.” (Quaest 46, art. 2, 6)

Trudność wyrażona w tym sformułowaniu, tak samo jak w dawnych odpowiedziach, ma sens tylko w arystotelesowskim fizykalnym obrazie świata.

Nowa arystotelesowska podwalina fizyki spowodowała w chrześcijańskich krajach powrót dawnej trudności: Czy świat materialny jest wieczny czy stworzony (*mundus est aeternus aut generatus*). Wspomniałem już o tej trudności. Teraz chciałbym zacytować jedno zdanie św. Tomasza: „ergo novitas mundi habetur tantum per revelationem et ideo non potest probari demonstrative” (XLVI, 2).

Wydaje się, że wyrażenie: „*novitas mundi*” (nowość świata) jest metaforycznym wyrażeniem zamiast „stworzoność świata”. „Nowość” ma różne znaczenia w języku łacińskim: nowość jakiejś rzeczy (*novitas anni* – Nowy rok), *eloquendi novitas*: nowy sposób wymowy. Następnie to słowo oznacza też niezwykłość czegoś zaskakującego. Nie ma zaś wcale znaczenia: „stworzoność”. Gdybyśmy zaś usiłowali to słowo przetłumaczyć nie za pomocą słownika łacińskiego, ale mając przekład arabski, sięgnąć do słownika arabskiego, doszlibyśmy do ciekawych wyników. Para słów: „*qidam*” i „*iadax*” (Wiek i Nowość) są tradycyjnymi terminami z teologii islamu, znaczącymi *wieczność* i *stworzoność*. Termin został pierwotnie użyty przez ży-

dowskiego uczonego Saadija Gaona, następnie stosowany przez Ibn Sina (Awicennę), a poprzez jego dzieła słowo to stało się terminem ogólnie znanym i przyjętym w teologii.

Łacińskie więc użycie słowa w *Summie* zdradza źródło, z którego korzystał św. Tomasz. Do tego samego wniosku się dochodzi przyjrzaawszy się dokładniej planowi jego dzieła.

W *Summie* po krótkim objaśnieniu problemu wiedzy, Tomasz na początku dowodzi istnienia Boga. Następnie omawia Jego własności i imię. W końcu przechodzi do kwestii stworzenia świata itd.

Jest to tradycyjny schemat tych teologicznych podręczników islamu, które zawierają argumenty Filoponosa: objaśnienie wiedzy, dowody na istnienie Boga, Jego własności, stworzenie świata itd. Scholastyka więc pozostaje pod silnym wpływem islamu i jeśli weźmie się pod uwagę, że w podręcznikach filozofii chrześcijańskiej wyjaśnienie wieczności lub stworzenia świata ostatecznie opierało się jeszcze w pierwszych latach po II Wojnie Światowej na argumentach Filoponosa, to możemy stwierdzić dzisiaj, jak głęboki był ten wpływ.

Tam, gdzie różnice dogmatyczne tego nie wykluczały, św. Tomasz szedł za Arabami nie tylko co do schematu, ale i co do sposobu argumentacji.

W trzecim dowodzie istnienia Boga Tomasz mówi o istnieniu możliwym, niemożliwym i koniecznym, a Bóg jest utożsamiany tam z istnieniem koniecznym (*STh.* I, q. 2, a. 3, „trzecia droga”).

Struktura dowodzenia opiera się na metafizyce Awicenny, który, jak wiadomo, zamienił arystotelesowską filozofię istoty na filozofię istnienia i na podstawie eksperymentu myślowego latającego człowieka dowodził, że istnieje egzystencja. Zdanie to jest aksjomatem jego metafizyki. Wychodząc z niego zbudował system metafizyki, a następnie wywodził z niej wszystkie inne nauki. Pierwszym krokiem w wypracowaniu tej metafizyki był podział ogólnego rodzaju istnienia na trzy gatunki: istnienie konieczne, przygodne i niemożliwe. Istnienie konieczne (waeib al.-wueud), utożsamiał z Bogiem. To samo czyni św. Tomasz w swoim trzecim argumente. Czytając dalej *Sumę* widzimy, że Tomasz rozważa w dwóch następnych kwestiach

pytania: *Utrum sit idem Deus, quod sua essentia vel natura* [Czy Bóg jest tożsamy ze swoją istotą lub naturą] oraz *Utrum in Deo sit idem essentia et esse* [Czy w Bogu tym samym jest istota i istnienie]. Pytanie, czy istota i istnienie w waeib al.-wueud (tzn. w istniejącym koniecznie) są oddzielone podobnie jak w bytach przygodnych lub czy sprowadzają się do jednego, zostały po raz pierwszy poruszone i objaśnione przez Awicennę. Doszedł on do wniosku, że istnienie i istota w waeib al.-wueud są nierozdzielne. Później św. Tomasz poświęcił specjalny traktat temu samemu problemowi i doszedł do tego samego wniosku.

Tomasz z Akwinu rzadko powołuje się na Awicennę i tylko wtedy, kiedy chce się przeciwstawić jego twierdzeniom. Czytając pisma Tomasza możemy się przekonać, że na każdym kroku odwołuje się do filozoficznych poglądów Awicenny i innych filozofów piszących po arabsku, nie wymieniając nazwisk. Jedynym heretykiem, jakiego cytuje otwarcie, jest Arystoteles, Tomasz zna dzieła Arystotelesa i chociaż to przemilcza, zna oczywiście także komentarze, dzieła greckie i arabskie, które za jego czasów były dostępne w przekładach na łacinę. Nic dziwnego, że mimo milczenia na temat źródeł, jego pisma przez 40 lat znajdowały się na liście książek zakazanych.

Początkową nieprzyjazną wobec niego postawę Kościoła można wyjaśnić tym, że jego nauka i komentarze stanowiły *novitas* [nowość]. Jego nowe idee trudne do strawienia stanowiły jednak trwałe element arystotelesowskiej tradycji.

Wpływ nauki arabskiej był szczególnie mocno odczuwalny na granicach świata islamskiego. Nic dziwnego, że w XIII wieku Tomasz z Akwinu, który urodził się w pobliżu Neapolu, niedaleko od granicy Królestwa Sycylii, odegrał wybitną rolę w propagowaniu arystotelizmu na uniwersytecie paryskim, w niewielkiej odległości od kalifatu andaluzyjskiego. Kontynuował on tradycje neoplatońskiej szkoły Aleksandryjskiej oraz filozofów arabskich: pisał komentarze do ksiąg Arystotelesa. Szczególnie ważny jest komentarz do *Metafizyki*.

W XVII wieku kardynał Péter Pázmány (+ 1636) założył w 1635 pierwszy uniwersytet węgierski w Nagyszombat (dziś Bratysława,

Słowacja), który przetrwał wszystkie burze dziejowe. Studiował on jako jezuita filozofię w Krakowie na podstawie komentarzy do Arystotelesa, a jako profesor teologii w Grazu sam sporządził wiele komentarzy do ksiąg Arystotelesa. Arabowie przekazali z Aleksandrii Europejczykom teksty Arystotelesa wraz z komentarzami pisanymi zgodnie z tradycją. To ogólne encyklopedyczne wykształcenie, którego źródłem była arystotelesowska tradycja aleksandryjskich neoplatoników, rozwijana przez Arabów, stanowiła podstawę wykształcenia uniwersyteckiego w Austrii, a następnie we wszystkich dzisiejszych krajach środkowej Europy, rządzonych wtedy przez cesarza austriackiego, a więc w Chorwacji, Słowenii, na Węgrzech, w Republice Czeskiej i w niektórych częściach Polski do roku 1855. W tym roku (88 lat przed moim narodzeniem) konserwatywny hrabia austriacki Leo Thun przeprowadził w tych krajach reformę nauczania. Reforma przyniosła wprowadzenie matury do szkół średnich; przerzucono z uniwersytetu do ostatnich klas szkoły średniej propedeutykę, zawierającą gramatykę, logikę, stylistykę, łacinę itp. i wprowadzono do programu szkół wyższych wykłady przygotowujące do zawodu na wzór uniwersytetów niemieckich. Proces ten wymagał zwolnienia dotychczasowych profesorów uniwersytetu i wykształcenia nowych sił nauczycielskich. Między nowymi przyszłymi profesorami znalazł się I. Goldzieher, który później stał się światowej sławy znawcą islamu. W swoim dzienniczku w czasie studiów w Berlinie i w Lipsku napisał, że austro-węgierska nauka w tych latach ciągle stanowiła przedmiot drwin w Niemczech.

2. Dowiedziono, że teologia zbudowana na arystotelesowskich podstawach, posługująca się logiką i rozumowymi argumentami nie znalazła przychylnego przyjęcia w żadnym z ośrodków europejskich. Stały się przeciw sobie z jednej strony postawa racjonalistyczno-arystotelesowska, z drugiej strony pietystyczno-platońska. Nic dziwnego, że wkrótce w zakonie Augustianów pojawił się w Kościele ruch protestu, w którym z wielu racji krytykowano jego oficjalne stanowisko. Podkreślano rolę wiary w przeciwstawieniu do wiedzy. Także

muzułmanie odegrali bezpośrednio pewną rolę w podziałach w łonie chrześcijaństwa. Ich teologiczny wkład nie może być niedoceniony.

Kultura i nauka europejska we wczesnym średniowieczu była pod wyraźnym wpływem platońsko nastawionego św. Augustyna. Działalność translatorska rozwijająca się na półwyspie Iberyjskim w XIII wieku zmieniła w gruncie rzeczy tę sytuację. Dzięki przekładowi *Metafizyki* Arystotelesa i komentarzom do niej aleksandryjskich neoplatoników oraz późniejszych filozofów piszących po arabsku arystotelesowska tradycja stała się znana w Europie.

Przerzucenie się Europy z platońskich inspiracji do arystotelesowskiej tradycji miało w każdym razie bardzo poważne następstwa w Europie nie tylko w teologii, ale i w innych dziedzinach. W skrócie chciałbym teraz zwrócić uwagę na niektóre dalsze następstwa.

3. Platońskie podłoże kultury i nauki europejskiej z ograniczeniem badania wyłącznie do świata nadzmysłowego, świata idei zostało odsunięte na drugi plan. Filozofia arystotelesowska stanęła na twardym gruncie, a wraz z nią dyscypliny w niej zawarte, jak: mineralogia, meteorologia, medycyna, matematyka itd. stały się ważnymi dziedzinami wiedzy. Rozpoczął się rozwój nauk przyrodniczych. Albert Wielki, mistrz współczesny św. Tomaszowi uchodził za prekursora nauk przyrodniczych poprzez swe komentarze do Arystotelesa, które zachowały swoją aktualność przez następne stulecia. Arabowie więc wprowadzili na nowe tory europejską naukę i w ogóle zmienili dzięki Arystotelesowi platoński charakter europejskiej kultury.

4. Przyjęcie filozofii arystotelesowskiej oznaczało, że w łacińskiej części Europy przyjęto także polityczne poglądy Arystotelesa zamiast polityki Platona, która wraz z dziedzictwem naukowym ateńskiej neoplatońskiej szkoły, gdzie czytano i komentowano Platona, zajmowała wiodącą pozycję w greckich krajach Europy. Główną rolę odgrywają w platońskiej polityce filozofowie, którzy dostrzegają ideę państwa i mają ją przed oczyma. Inni przeciętni obywatele nie potrafią zrozumieć idei państwa. Z tego wynika, że tylko filozofowie są

zdolni i uprawnieni do stawiania społeczeństwu celów oraz do określania drogi wiodącej do celu, jakim jest idealne państwo. W państwie Platona wolno było filozofom właściwą drogą i do właściwego celu prowadzić obywateli także, jeśli trzeba, za pomocą kłamstwa. W państwie Arystotelesa ludzie wolni i dorośli sami mogli decydować o tym, co chcą osiągnąć. W arystotelesowskiej filozofii politycznej szkoły muszą wychowywać dobrych obywateli, którzy następnie wybiorą sobie najlepszą formę państwa.

W politycznej tradycji bizantyjskiej było miejsce dla cesarza, przedstawiciela Boga na ziemi, dla osoby, która w swoim ręku miała, jak niegdyś filozofowie, najwyższą władzę. Jego stanowisko oznaczało, że jest on jedyną osobą, która może wprowadzać reformy. Wszystkich innych, którzy domagali się reformy, traktowano jako buntowników i prześladowano, a ich żądania odrzucano.

W tradycji arystotelesowskiej małe społeczności, np. cechy, wolne państwa królewskie itp., były całkowicie swobodne we wszystkich sprawach wewnętrznych, byleby płaciły podatki. Swoje sprawy mogły załatwiać, jak tylko potrafiły.

Skutkiem tego społeczeństwa bizantyjskie skostniały. Wszyscy poddani króla wiedzieli, że po gorze nigdy nic dobrego nie można się spodziewać, dlatego wszystko przyjmowali z oporem i starali się, by spełzło na niczym. W tradycji arystotelesowskiej nic nie stało na drodze swobodnych inicjatyw. Jeśli one były korzystne, gmina mogła je łatwo wprowadzić w życie. Ta różnica w politycznej tradycji wyjaśnia, dlaczego w łacińskiej części Europy rozwój przebiegał szybciej niż w części greckiej.

Jeśli popatrzymy na to ze współczesnego punktu widzenia, to system polityczny socjalistycznego Związku Sowieckiego był właśnie systemem bizantyjskim, gdzie „kamień mądrości” spoczywał wyłącznie w kieszeni pierwszego sekretarza, który był jedyną osobą uprawnioną do wprowadzania reform, ponieważ tylko on był tą jedyną osobą (oczywiście wraz z innymi członkami biura politycznego), która mogła mieć pomysł na państwo, ono zaś mogło wskazać, nawet za pomocą kłamstwa, nierozgarniętym obywatelom właściwą drogę

do celu, tzn. do komunizmu. Rozumiemy, dlaczego socjalistyczne społeczeństwo w państwach środkowej Europy wykazywały takie same symptomy, jakimi zwykle charakteryzowało się społeczeństwo bizantyjskie przez całą swoją historię.

Należy tutaj bezwzględnie zwrócić uwagę na to, że polityka Arystotelesa nie była też znana w krajach islamu. Dla nich politycznym myślicielem był Platon. Polityczna tradycja państwa na Bliskim Wschodzie i we Wschodniej Europie była taka sama.

Wpłynęło to nie tylko na rozwój społeczeństwa w ogóle, ale też na stosunki między państwem i społecznością religijną. Skoro król (lub bizantyjski cesarz) był przedstawicielem Boga na ziemi, każdy od razu rozumiał, że także władza Kościoła od niego zależała. Kościół stał się kościołem narodowym. Członkowie społeczności religijnych automatycznie stawali się członkami społeczności politycznej.

Stąd można zrozumieć, dlaczego nowa religia, jaką był marksizm, obowiązywała w krajach socjalistycznych wszystkich obywateli, i dlaczego na marksizmie wychowani ówcześni socjalistyczni przywódcy Rosji, którzy najprawdopodobniej byli i są niewierzący, po przewrocie politycznym tak chętnie uczestniczyli w obchodach kościelnych i bardzo chętnie przyjmowali błogosławieństwo.

Podobnie dzieje się w krajach islamu. Religia została podporządkowana państwu, a przynależność do społeczności politycznej prawie automatycznie oznacza przynależność do społeczności religijnej. Sytuacja taka jest nieznaną w chrześcijańskiej Europie, gdzie ludzie są obywatelami danego państwa a zarazem członkami międzynarodowej społeczności religijnej. W tym świetle chrześcijanie wschodni, prawosławni oraz muzułmanie są bliżsi sobie niż chrześcijanie zachodni.

Zróznicowane stosunki między społecznością polityczną i religijną pociągają za sobą też różne znaczenie pobożności. W tym przypadku islam i katolicyzm stanowią dwie skrajności. W Kościele Katolickim istnieją twierdzenia (w tym przypadku lepiej nazwać je „dogmatami?”), które tworzą gmach religijnej doktryny. Kto przyjmuje dogmaty i wierzy w dogmaty Kościoła, włącza się w społeczność.

Krok ten pociąga za sobą także przyjęcie odpowiednich norm moralnych i wzorców postępowania.

W islamie wypowiadając słowa wyznania wiary człowiek oznajmia tym samym, że przyłączył się do społeczności: ubiera się zgodnie z tym, co obowiązuje ludzi pobożnych, każe sobie ostrzyć włosy zgodnie z przepisami itd. Jako członek społeczności żyjąc w kraju islamskim nie może się zresztą w ogóle zachować inaczej niż zgodnie z przepisami. Styl życia społeczności oraz ogólnie przyjmowane normy zmuszają do życia pobożnego każdego z członków tej społeczności, a działania jednostek są sterowane z zewnątrz. Jeżeli ktoś przyjmie ogólnie uznawany sposób życia społeczności, odpowiada tym wymaganiom, jakie mu się stawia. Wtedy wszyscy członkowie społeczności będą go uważać za pobożnego, bogobojnego człowieka. Nikt go nie będzie pytał, jakie ma wyobrażenie Boga, czy wierzy w Boga itd. Nikt mu nie będzie wyrzucał, że nie zachował przepisów o poście, jeśli pozostaje to w granicach tolerowanych przez społeczność, jeżeli np. pije wino, itp. Można powiedzieć z pewną przesadą, że islam jest członkostwem w pewnej społeczności i w pewnym sposobie życia.

W Kościele Katolickim to nie wystarcza. Katolicyzm ma stronę teoretyczną, tzn. jest raczej systemem myśli, systemem tez i z nich wyprowadzanych prawd. Z tej teoretycznej płaszczyzny wynika strona praktyczna. W tym sensie jest on zbiorem wskazówek, a więc ogólnie ważnych prawd, których konkretny sposób urzeczywistnienia i przystosowania do konkretnych okoliczności zawsze zależy od indywidualnego rozeznania. W tym przypadku można oddzielić sferę polityczną społeczności od sfery religijnej. Przepisy religijne nie przybierają formy oczekiwanej ze strony społeczności. Postępowanie katolików jest kierowane od wewnątrz.

Biorąc pod uwagę fakt, że w krajach, gdzie społeczność polityczna i religijna nakładają się, panuje platońska teoria polityki, która wszelkie nowości w polityce, a więc w życiu społeczności, a następnie także w życiu religijnym, w sztuce itd. uważa za niebezpieczne, a nawet szkodliwe, rozumiemy, dlaczego tradycje w tych krajach pod każdym

względem pozostają niezmienione, podczas gdy na Zachodzie można zauważyć ciągłe zmiany i rozwój.

Wystarczy tylko tutaj wskazać na niezmienną przez całe wieki architekturę sakralną lub wspomnieć, że ikony wschodniego Kościoła z 6 wieku oraz z lat bezpośrednio poprzedzających Wielką Rewolucję Październikową są dokładnie takie same. Jeśli dostrzeżemy na tych przykładach uderzającą niezmiennosć i porównamy ją ze stosunkami panującymi w krajach zachodnich, to możemy sobie urobić pojęcie o znaczeniu platońskiej i arystotelesowskiej tradycji. Możemy zrozumieć, jak wielka różnica panuje między pobożnością sterowaną przez społeczność zastygłą w sferze zarówno religijnej jak i politycznej, oraz pobożnością indywidualną, sterowaną od wewnątrz.

Kraje środkowej Europy należą dzięki Arabom do zachodniej jej części. Przyjęły tradycję łacińską lub, inaczej mówiąc, arystotelesowską. Ta zaś tradycja nie da się pogodzić z tradycją platońską.

W tradycji arystotelesowskiej po podpisaniu umowy kontrahencji starają się dotrzymać jej paragrafów. Kiedy zaś zgodnie z tradycją platońską przywódcy podpiszą umowę, (a przywódca może w interesie państwa kłamać), nie znaczy to, że na pewno dotrzymają umowy w każdym jej paragrafie. Być może jeden z nich chciał przechytryć drugą stronę w interesie własnej społeczności.

Kraje środkowoeuropejskie leżą na granicy krajów zachodnich. W toku dziejów często były wystawione na wpływy państw nastawionych po platońsku, niezależnie od tego, czy były to zaborcze wyprawy tureckie, czy zabory dokonywane przez państwa o tradycji platońskiej. Opisane wyżej zacofanie państw hołdujących tradycji platońskiej niekorzystnie wpływało na rozwój środkowoeuropejskich państw, które stanowią specyficzny teren przenikania się dwóch tradycji, dwóch światów. To tłumaczy, dlaczego tym państwom jest tak trudno dotrzymać kroku w rozwoju krajów zachodnioeuropejskich.

To geograficzne położenie i wynikające z niego kontakty z inną tradycją przyniosły krajom środkowej Europy nie tylko zapóźnienie w rozwoju, ale także znaczne ubogacenie kultury i zbliżenie stylu myślenia. Omawiając w następnym odcinku sprawę kultury ograniczę się do kontaktów z islamem.

II

1. W czasie gdy Turcy przebywali na Węgrzech, zamieniono kościoły katolickie na meczety. Budowano też nowe meczety. Oczywiście po wycofaniu się Turków stare kościoły odnowiono i przywrócono im pierwotną funkcję. Miejsca święte, jak dowodzi tego doświadczenie, traktuje się nadal chętnie jako sanktuaria.

Wykopaliska w Peczu pokazują, że tam, gdzie dziś stoi katedra i pałac biskupi, kiedyś już w czasach rzymskich istniał cmentarz z kościołem. Od tej pory ten sam plac stanowi bez przerwy ośrodek kultu.

W Budapeszcie kościół parafialny w śródmieściu Pesztu stoi na wschodnim brzegu Dunaju. W czasach starożytnych znajdował się tu bród, którego trzeba było bronić przed najezdami Sarmatów. Następnie Rzymianie zbudowali na dzisiejszym brzegu Pesztu, na terenie barbarzyńców małą twierdzę wraz z niewielką świątynią Mitry dla żołnierzy. Później tę świątynię przerobiono na kościół chrześcijański. Kościół znajduje się na miejscu, z punktu widzenia strategicznego, szczególnie zagrożonym. Bywał więc w ciągu historii Węgier wielokrotnie niszczony i znów zgodnie z upodobaniami danej epoki odbudowywany. (W tym kościele można się dopatrzeć 18 różnych stylów.)

Ta trwałość tradycji pozwala zrozumieć, dlaczego meczety zbudowane przez Turków nadal zachowywały później charakter miejsc świętych. Niektóre meczety były używane później jako kościoły (np. na głównym placu Peczu), inne zostały przebudowane. *Tekke*, klasztor derwiszów na zachodnim brzegu Dunaju (w Budzie) niedaleko w linii powietrznej od wyżej wzmiankowanego kościoła został po ustąpieniu Turków przejęty przez zakonnice przybyłe z Austrii. Budynek funkcjonuje do dziś jako klasztor, itp.

2. Mówiąc o ciągłości miejsc świętych, trzeba wspomnieć też o ciągłości kąpielisk. Kąpieliska miały w Europie silną tradycję. Turcy wykorzystując liczne gorące źródła zbudowali w Budzie wiele łaźni. Te łaźnie nadal funkcjonują. Sprawa ta nie tak ważna, jak

inne: Mianowicie Turcy dali przez to podwaliny dla kultury balneologicznej Węgier. Kultura balneologiczna Węgier wykazuje do dziś pewne wschodnie rysy. Zwraca się dużo większą uwagę na schłodność osobistą niż na Zachodzie, o wiele mniejszą zaś na porządek w otoczeniu.

3. Typowo węgierskie ostrzeżenie, które sięga czasów tureckich brzmi: „Na końcu idzie czarna zupa.” Czarna zupa przejmowała strachem ludzi tak dalece, że żyje do dziś nadal w przysłowiu. Była to czarna kawa, którą Turcy się raczyli pod koniec uczty ku przerażeniu ówczesnych Węgrów, którym kawa wcale nie przypadła do gustu. Turcy oczywiście w opanowanych przez siebie częściach Węgier zakładali kawiarnie. Pierwsza kawiarnia na Węgrzech, znajdująca się na zamku w Budzie i funkcjonująca do dziś pod nazwą Ruszwurm została na tym miejscu założona przez Turków. Zakładam z dużym prawdopodobieństwem, że tradycję kawiarni we wszystkich krajach Europy trzeba odnieść do bezpośredniego lub przynajmniej pośredniego wpływu Turków, oczywiście przez Wiedeń.

4. Można mówić jeszcze o wpływie w szerszym znaczeniu kuchni tureckiej. W tradycyjnej kuchni węgierskiej można znaleźć potrawy znane na terenie niemieckojęzycznym, ale także potrawy powszechnie znane na Wschodzie. Wschodnie pochodzenie zdradza nie tylko smak, ale też nazwa: Słowo węgierskie „pogácsa” jest w gruncie rzeczy słowem tureckim. Słowo to jest znane również w języku austriackim (ale nie w niemieckim) jako „Pogatsche”. Tradycyjna papryka kuchni węgierskiej jest także pochodzenia tureckiego.

5. Pewien słowacki arabista dowiódł, że czeskie i słowackie baśnie ludowe są zupełnie różne. Czeskie baśnie można zaliczyć do typu niemieckiego, podczas gdy baśnie słowackie przynależą — wraz z baśniami węgierskimi i bałkańskimi — do orientalnego typu baśni.

6. Kościół reformowany zabraniał z racji ideologicznych takiego zdobienia świątyń, jakie widać w kościołach katolickich. Poczucie piękna u ludzi można było z kościoła wyrugować zakazami. Zgodnie z tym protestanci w Siedmiogrodzie tak zdobili swoje kościoły, jak im było wolno: kupowali tureckie dywany i wieszali je na ścianach

swoich świątyni. Siedmiogród przez długi czas graniczył z Turcją. Mieszkańcy znali kulturowe tradycje Turków i przyswoili je sobie, ponieważ im się podobały. Wschodnie kilimy, nieodłączny składnik tradycji nomadów (Żyli oni i nadal żyją ciągle w namiotach na dywanach, pakują swój dobytek do dywanów, kiedy się przenoszą, itd.) stanowią po wielowiekowym, a nawet wielo tysiącletnim okresie rozwoju prawdziwe arcydzieła.

Kiedy kościół reformowany w Siedmiogrodzie zbiedniał, kościoły zaczęły sprzedawać kilimy. Muzeum Narodowe zaś miało pieniądze na zakup kilimów. W wyniku tego pod koniec XIX wieku Muzeum Narodowe posiadało ogromne zbiory tureckich i wschodnich dywanów. Jest więc zrozumiałe, że dwie pierwsze wystawy wschodnich dywanów zorganizowano na Węgrzech. A gdy otwarto trzecią wystawę w Londynie, Węgry znów uczyniły nowy krok: zorganizowano pierwszą tematyczną wystawę dywanów tureckich.

7. Rodzina Zsolnay otwarła skład porcelany w Peczcu. W drugiej połowie XIX wieku podstawą pracy było wynalezienie szczególnie twardej emalii. Produkty zakładu uzyskały pierwszą nagrodę na wystawie w Paryżu. Tyle wiemy ogólnie. Niewielu jednak wie, że założyciel posłał swego syna do Turcji, aby tam zbierał kafelki. Chodziło o zapoznanie się ze słynnymi wschodnimi flizami. Ośrodkami, w których przez całe wieki wytwarzano wschodnie flizy, były: Iznik sąsiadujący z pałacem tureckich sułtanów oraz zależne od niego Damaszek i Fustat (Kair).

Syn powrócił z krajów bliskiego Wschodu z ogromnym zbiorem wschodnich fliz. Od czasu upaństwowienia (i zrujnowania) zakładu te zbiory znajdują się w Miejskim Muzeum w Peczcu. Niepowtarzalne zdobnictwo porcelany peczeńskiej jest oczywiście zdobnictwem europejskim, bo odpowiada europejskiemu smakowi estetycznemu. Mimo to jest ono w gruncie rzeczy wschodnim, ponieważ bez wspomnianej tradycji islamskiej nie mogłoby było powstać.

Wymienione przykłady chyba wystarczą do wykazania, że nasza europejska kultura na wszystkich polach: religii, nauki i sztuki w dzisiejszej formie nie dałaby się pojąć bez wpływu islamu.

W czasie wypraw krzyżowych chrześcijanie i muzułmanie walczyli ze sobą. Wszyscy pamiętają o tych wojnach i bitwach, przede wszystkim w krajach wschodnich. Jesteśmy skłonni wracać do tych konfrontacji, gdy myślimy wzajemnie o sobie. Ale rzadko kiedy uświadamiamy sobie, że przez całą historię elity obydwu części basenu Morza Śródziemnego, tzn. Europy i Bliskiego Wschodu, bez rozgłosu, bez szumu współpracowały ze sobą, uczyły się wzajemnie od siebie, wzajemnie się wzbogacały.

Tłumaczył ks. Stanisław Ziemiański SJ

RECENZJE

Piotr DUCHLIŃSKI

Religia z empirycznego punktu widzenia. Kilka uwag, [rec.]
B. Chwedeńczuk, *Przekonania religijne*, Warszawa 2000, s. 261.

Praca B. Chwedeńczuka *Przekonania religijne*, podejmuje dyskutowany już od wieków problem zasadności epistemologicznej przekonań religijnych. Swoją rozprawą autor wpisuje się w pewien nurt filozoficzny myślenia o religii.

B. Chwedeńczuk filozofuje w ramach tradycji filozofii analitycznej. Jego zainteresowania początkowo koncentrowały się na epistemologiczno-semantycznych zagadnieniach dotyczących problematyki prawdy. Owocem tych zainteresowań była opublikowana w roku 1984 książka, pt.: *Spór o naturę prawdy*. Oprócz tego problematyka badawcza filozofa warszawskiego koncentruje się na problemach z dziedziny filozofii moralności oraz filozofii religii. Praca o przekonaniach religijnych jest owocem wieloletnich studiów nad fenomenem religii. Swoją wierność tradycji filozofii analitycznej

Chwedeńczuk zdradza notorycznie w aplikowanej przez siebie metodzie filozofowania. Jest to metoda semantycznej klaryfikacji pojęć. Autor nawiązuje do nurtu filozofii analitycznej, której badania skupiły się na analizie języka potocznego. Przynależność autora do paradygmatu filozofii analitycznej nie ułatwia prowadzenia z nim dyskusji. Wymaga bowiem od podejmującego się jej dobrego przygotowania analitycznego, zmysłu krytycznego oraz ostrożności w formułowaniu wniosków. Wobec tego korzystne wydaje się przyjęcie

postawy metafizycznej, czyli takiej, która będzie epistemologiczno-metodologicznym spojrzeniem na proponowaną w recenzowanej pracy koncepcję przekonań religijnych. Jej pierwszą i podstawową dyrektywą jest rekonstrukcja poglądów Autora oraz kryjących się za nimi założeń filozoficznych.

Chwedeńczuk swoje deliberacje rozpoczyna od **problemu pojęcia religii**. Trudność jego polega na tym, że z punktu widzenia semiotycznego jest ono pojęciem nieprecyzyjnym, zdradzającym stale cechy wieloznaczności. Problem komplikuje na dodatek fakt, iż nie mamy do czynienia z jedną religią, lecz z religijnym pluralizmem. Istnienie jednej religii zapewne problem ten by rozwiązywało, choć i w takim przypadku nie moglibyśmy mówić wcale o precyzyjnym pojęciu religii (s. 13-14). Na pojęcie religii Chwedeńczuk nakłada trzy warunki: „aby było **indukcyjne** co do pochodzenia, **empiryczne** co do treści, **istotne** co do wyboru treści”. (s.12) Nałożenie na pojęcie religii warunku indukcyjności znaczy, iż ma być ono wyprowadzone z doświadczenia „czyli ostatecznie z doznań zmysłowych, które przeżywamy, gdy obserwujemy zachowania innych ludzi” (s.13). Indukcyjność w porządku logicznym implikuje tutaj empiryczność. Indukcja wychodzi od jednostkowych zdań spostrzeżeniowych, które stwierdzają cechy poszczególnych przedmiotów materialnych. Dokładnie tak samo jest w przypadku religii. Na podstawie percepcji empirycznych cech składających się na zachowania ludzi formuje się pojęcie religii. Treść tego pojęcia ma całkowicie empiryczny charakter. Składa się bowiem ze zbioru **uogólnionych empirycznych cech**.

Chwedeńczuk domaga się od pojęcia religii, aby miało ono charakter istotny. Tradycyjnie o istotności pojęć decydował zbiór cech konstytutywnych dla danego pojęcia, rodzajowego, czy gatunkowego. Filozof warszawski odrzucając koncepcję cech istotnych, kładzie nacisk na względy ekonomiczne oraz na wydajność informacyjną pojęcia (s. 15). W ostateczności nie formułuje on definicji religii, przyjmuje jej opisowe rozumienie. Jest ono, jeśli chodzi o cechy istotne, zrelatywizowanie do poszczególnych kultur, których religia jest skła-

dowym elementem. Istotne cechy, stanowiące zawartość pojęcia religii, mają pochodzić z doświadczenia spostrzeżeniowego. Ich charakter jest zatem empiryczny. Stąd też staje się zrozumiałe zrelatywizowanie pojęcia religii do określonej formy tradycji religijnej. Dlatego możemy skonstruować tyle pojęć religii, ile jest tradycji religijnych.

Kluczową dla rozprawy Chwedeńczuka jest przyjęta przez niego koncepcja znaczenia. Koncepcja ta oparta jest na *wymogu Hume'a*. Stwierdza on, iż „słowo ma znaczenie poznawcze wtedy i tylko wtedy, gdy odnosi się do doświadczenia bezpośrednio lub pośrednio. Rozumiemy je, gdy potrafimy go użyć w zdaniu rozstrzygalnym przez doświadczenie” (s.58). W odniesieniu do przekonań religijnych jest on „*a fortiori* hipotezą empiryczną” (s.58). Z powyższych tez wynika kilka ważnych wniosków. *Wymóg Hume'a* jest semantycznym kryterium znaczenia. Zgodnie z nim każde pojęcie ma sens o tyle, o ile jest ono bezpośrednio lub też pośrednio weryfikowane przez doświadczenie. Doświadczenie zatem rozstrzyga o prawdziwości używanych przez nas pojęć. Doświadczenie, które tutaj jest rozumiane jako percepcja zmysłowa, urasta do rangi kryterium sensowności wyrażen. Chwedeńczuk w tej kwestii nie jest jednak odosobniony. Ma bowiem za sobą całą tradycję empiryzmu brytyjskiego oraz pozytywizmu logicznego. Z tym ostatnim wiąże go przyjęte kryterium znaczenia, natomiast różni go jego status epistemologiczny. Otóż kryterium sensowności, którym dla logicznych pozytywistów była zasada weryfikacji, posiadało nieokreślony status metodologiczny. Zgodnie z przeprowadzonym przez wiedźczyków podziale zdań, nie zawierało się ono ani w zbiorze zdań analitycznych, czyli nie było tautologią, ani w zbiorze zdań syntetycznych, które stanowiły surowe raporty z doświadczenia. Epistemologiczna nieokreśloność zasady weryfikacji była przyczyną rozpoczętej w latach trzydziestych i ciągnącej się do lat sześćdziesiątych debaty, której przedmiotem była powyższa zasada. Chwedeńczuk mając świadomość trudności, w jakie uwikłali się przedstawiciele Koła Wiedeńskiego, proponuje potraktować kryterium sensowności jako empiryczną hipotezę. Ta zaś od strony epistemologicznej nie jest ani prawdziwa ani też fałszy-

wa. Poza tym we współczesnej filozofii nauki odmawia się hipotezom sztywnych wartości logicznych. O ile można za pomocą testów empirycznych uznać np. fałszywość teorii, o tyle trudno jest stwierdzić jej prawdziwość, można co najwyżej mówić o jej prawdopodobieństwie. Potwierdzenie, które hipoteza zyskuje od testów empirycznych, nie jest potwierdzeniem jej prawdziwości, np. w sensie klasycznym, lecz prawdopodobieństwa.

W kolejnych rozdziałach filozof warszawski analizował możliwe zarzuty, jakie wobec *wymogu Hume'a* mogą się pojawić. Szczegółowa ich analiza ukazała, iż żaden z nich ze względu na brak konkluzywności nie jest w stanie jej obalić.

Tak restryktywnie pojęte kryterium znaczenia w odniesieniu do przekonań religijnych pozbawia je jakiegokolwiek sensu. Przekonania religijne zawierają bowiem całą plejadę pojęć, których tak w drodze bezpośredniej jak i pośredniej nie można odnieść do danych doświadczenia zmysłowego. Wobec tego nie posiadają one żadnego znaczenia, są po prostu **quasi przekonaniami**. Chwedeńczuk na poparcie swojej tezy podaje szereg przykładów zdań z języka religijnego, które wymykają się nałożonemu na nie kryterium sensowności wyrażen (s. 58-75). Słowo „Bóg” jak pisze, jest jak słowo „dongo”, nie posiada żadnego znaczenia. Nie można go bowiem odnieść do żadnych danych w doświadczeniu. Pojęcie bowiem ma sens wtedy i tylko wtedy, kiedy za pomocą doświadczenia jesteśmy w stanie wykazać w nim istnienie cech empirycznych. Bóg jest przedmiotem z natury niedoświadczalnym empirycznie, więc aby móc nadać sens i znaczenie jego pojęciu, trzeba by go umieścić w świecie empirycznego doświadczenia. Chwedeńczuk jawi się tutaj jako radykalny empirysta. W filozofii analitycznej istnieją dwa podejścia do wyrażenia „Bóg”. Jedno traktuje to wyrażenie jako pojęcie, szybko jednak naraża się na trudności związane z wykazaniem jego desygnatu. Drugie zaś pojmuje „Boga”, jako deskrypcję, która jest zbiorem określonych cech. „Bóg” jest rozumiany jako podmiot takich a nie innych własności, których źródłem może być np. Objawienie Biblijne. Filozof warszawski odrzuca pierwszą jak i drugą możliwość. Pierwszą dlate-

go, że empirycznie nie jesteśmy w stanie wykazać desygnatu pojęcia „Boga”, drugą zaś z tego powodu, że nie jesteśmy w stanie skonstruować takiej deskrypcji Boga, w której przypisywalibyśmy mu jako podmiotowi pewien katalog cech empirycznych. Na deskrypcję Boga składałyby się właściwości, które empirycznie są nieuchwytny, a takie nie wchodzi w rachubę. W przypadku przyjęcia takiej możliwości, trzeba by Boga umieścić w świecie naszego doświadczenia, co zrównywałoby go z takimi przedmiotami jak młotek czy też bakteria. Dla ludzi religijnych takie zrównanie z gruntu jest niedorzeczne.

Wobec tego, konstatuje Chwedeńczuk, przekonania religijne nie posiadają żadnego znaczenia. Nie konstatują żadnych faktów, lecz wyrażają nasze uczucia oraz pragnienia. Skoro nie ma przekonań religijnych, a istnieją tylko, jak pisze autor, recytacje religijne oraz obrazy, to konsekwencją przyjęcia hipotezy empirycznej *wymogu Hume'a* jest, że przekonania religijne nie posiadają żadnego kontekstu uzasadnienia. Nie można poszukiwać dla nich uzasadnienia w żadnej formie doświadczenia religijnego obecnego w różnych tradycjach religijnych. Wszystkie bowiem próby ich uzasadnienia są z gruntu chybione. W ostateczności konkluzja rozważań Chwedeńczuka jest taka: **nie istnieją żadne przekonania religijne, gdyż są one pozbawione sensu.**

Na zakończenie swoich rozważań Chwedeńczuk podejmuje problem religijnej moralności. Również i tutaj *wymóg Hume'a* działa jak *brzytwa Ockhama*. Nie ma żadnej moralności religijnej, jest tylko moralistyka religijna. Skoro nie istnieją żadne przekonania religijne, nie może też istnieć żadna religijna moralność. Moralistyka religijna posługuje się obrazami, gestami, oraz sugestiami, aby postępować tak a nie inaczej. Chwedeńczuk rezerwuje dla religii myślenie obrazowe. Religia przekazuje jakieś treści za pomocą obrazów, gestów oraz recytacji. Te nie mają jednak żadnego znaczenia, gdyż nie spełniają postulowanych dyrektyw znaczeniowych.

Praca Chwedeńczuka, jak sam przyznaje w zakończeniu, jest jeszcze jedną z prób demistyfikacji religii. Wszystkie prawdy wyrażane przez religię, głoszona przez nią moralność oraz postulowana koncepcja człowieka i Boga są kłamstwem. Autor pracy, podobnie jak

kiedyś Nietzsche, odsłonił swe prawdziwe oblicze. Dla mistrzów podejrzeń religia była formą antropologii, nieszczęśliwej świadomości, czy też psychologiczną mistyfikacją. Tym razem jest ona mistyfikacją semantyczną. Mistyfikacja ta polega na tym, że religia rości sobie pretensje do prawdziwości wygłaszanych przez siebie przekonań. Nie podając żadnych dyrektyw znaczeniowych religia apriorycznie przyjmuje ich prawdziwość oraz sensowność. Dogmatycznie przyjmuje też językowi religijnemu referencjalność. Tymczasem analiza filozoficzna ukazuje kryjącą się za takim założeniem mistyfikację. W jej odsłonięciu pomaga empiryczna hipoteza *wymogu Hume'a*. Widziana przez jej pryzmat religia to jedno wielkie kłamstwo, które powinno prowadzić do rozczarowania jej wyznawców. Dlaczego jednak nie prowadzi? Na to pytanie nasz filozof już nie odpowiada. Dlaczego pomimo tego zakłamania ludzkie nadal wierzą? Tutaj zapewne Chwedeńczuk znalazłby 100 argumentów odwołujących się do różnych dziedzin wiedzy, aby ukazać, iż człowiek wierzący ma czy to nieszczęśliwą świadomość, czy może jest manipulowany przez duchownych, być może też sformułowałby on kolejną spiskową teorię dziejów.

K. Wuchter wyróżnia trzy koncepcje analitycznej filozofii religii: **redukcyjną, antyredukcyjną oraz kontekstową**. Filozofia analityczna sięga swoimi korzeniami czasów empiryzmu brytyjskiego, który zapoczątkowały prace J. Locke'a, D. Hume'a, D. Berkeley'a. Zainteresowania religią oraz teologią nie były obce empirykom doby XVII i XVIII wieku. Zagadnienia religijne podejmował J. Locke oraz D. Hume. Ten ostatni uważał, iż przekonania religijne należą do dziedziny przesądów, gdyż wypowiadają się o rzeczach, które przekraczają ramy doświadczenia. Konsekwencją tego było odmówienie wartości kognitywnej wszelkim przekonaniom nie tylko z dziedziny religii, ale także etyki oraz metafizyki. Powstały w XIX wieku pozytywizm filozoficzny odziedziczył zaproponowane przez Hume'a rozwiązanie dotyczące przekonań religijnych. U Comte'a religia została zdyskwalifikowana jako jeden z etapów myślenia człowieka, który musi ustąpić pozytywistycznemu paradygmatowi, mającemu za cel

naukowe badanie świata. Negatywnie do religii ustosunkowani byli przedstawiciele logicznego pozytywizmu. Dla M. Schlicka, oraz R. Carnapa, przekonania religijne nie posiadają wartości logicznej. Wyrażają one tylko postawy emocjonalne. Carnap pisał, iż wyrażenie „Bóg” jest pozbawione znaczenia, gdyż nie istnieje możliwość jego empirycznej weryfikacji. Restryktywne kryterium znaczenia eliminowało z zakresu nauki także zdania etyki oraz metafizyki. Wiedeńscy przyznali im status zdań pozapoznawczych, których konieczność uznaje się tylko z psychologicznego punktu widzenia. (Weissman twierdził, że metafizycy nadają się do badania przez Freuda.)

Od strony epistemologicznej można zaobserwować swoistą ewolucję postawy filozofii analitycznej wobec przekonań religijnych. Lansowany początkowo przed Koło Wiedeńskie program konstruktywizmu logicznego postulował skonstruowanie jednego uniwersalnego języka nauki. Takim językiem miał być język fizyki, spełniający warunki intersubiektywności i sensowności. Okazało się jednak, że tak postulowany program jest w ostateczności niemożliwy do zrealizowania. Ze względu bowiem na niejednorodność samej nauki nie istnieje możliwość semantycznej unifikacji języka wszystkich poszczególnych nauk i sprowadzenie go do jednego wspólnego mianownika, czyli do języka fizyki (fizykalizm). Odejście filozofów analitycznych od prób skonstruowania idealnego języka skierowało ich zainteresowanie w kierunku języka potocznego. Początkowa niechęć filozofów analitycznych wobec przekonań religijnych wiązała się z zakładaną empiryczną koncepcją znaczenia oraz programem konstruowania idealnego języka. Jednak wobec fiaska programu konstruktywizmu filozofowie dostrzegli wartość języka religijnego, a odstępując od twardych dyrektyw znaczeniowych właściwych dla empiryzmu logicznego uznali, iż język ten posiada wartość poznawczą oraz racjonalność. Poznawczy charakter języka religijnego uznają tacy filozofowie jak: A. Plantinga, R. Swinburne, J. Hick, F. Ramsey, J. M. Bocheński, I. M. Crombie.

W ostatnich latach podjęte zostały badania nad **wartością logiczną przekonań religijnych** oraz nad **sposobami ich uzasadnienia**.

Zastosowanie logiki formalnej, semiotyki, epistemologii, pozwoliło ukazać, iż przekonania religijne nie są fałszywe, lecz stanowią racjonalną odpowiedź podmiotu na doświadczanie przedmiotu religijnego. Warte odnotowania jest to, że badania dotyczące doświadczenia religijnego inaczej prowadzone są na gruncie fenomenologii a inaczej na gruncie filozofii analitycznej. Np. P. Ramsey proponuje koncepcję **poszerzonego empiryzmu**. W doświadczeniu religijnym podmiot staje wobec **kosmicznego odsłonięcia**, które artykułuje przy pomocy modeli językowych. Za modelowym przedstawieniem języka religijnego opowiada się także I. G. Barbour. Przyjmując krytyczny realizm przedstawia on **język religijny jako model**, w którym podmiot dokonuje artykulacji treści doświadczenia religijnego. Modele religijne są analogiczne do teoretycznych modeli, jakie obecne są w teoriach naukowych. Zasadnicza różnica między nimi sprowadza się do tego, że modele religijne domagają się od podmiotu osobistego zaangażowania. Takiego wymogu nie stawiają zaś modele naukowe. Filozofia analityczna dopuszcza wielość rozmaitych możliwości artykulacji twierdzeń religijnych. Mówi się także o metaforycznych oraz obrazowych przekonaniach religijnych, taką propozycję wysuwa np. M. Black.

Filozofia religii, współcześnie rozwijana na kontynencie anglosaskim, w badaniach nad religią nie posługuje się tylko logiką formalną, semiotyką, czy filozofią nauki. Uwzględnia także badania językoznawcze, historię religii, oraz antropologię. Pozalingwistyczne próby badania fenomenu religii pozwalają zwrócić uwagę na szerszą ilość rozmaitych aspektów fenomenu religii, które przy zastosowaniu wyłącznie analizy logicznej języka religijnego były pomijane.

Może dziwić fakt, że Chwedeńczuk nie uwzględnia w swojej pracy epistemologicznej ewolucji, jaka się dokonała w analitycznej filozofii religii. Cofa się on do jej początkowego etapu, w którym dominował scjentyzm, minimalizm epistemologiczny, redukcjonizm, oraz niechęć do przekonań religijnych, etycznych oraz metafizycznych. „Przekonania religijne” Chwedeńczuka zawierają także szereg założeń z dziedziny ontologii i epistemologii. Sam hipotetyczny *wymóg*

Hume'a opiera na kilku założeniach: 1) przyjmuje się, iż priorytetowe doświadczenie podmiotu fizycznego ogranicza się tylko do poznania spostrzeżeniowego, w którym ma miejsce bierna rejestracja danych wrażeniowych. Korelatem spostrzeżeń jest materialna rzeczywistość. To zaś jest już założeniem z dziedziny metafizyki i suponuje **materializm ontologiczny**. Założenie, iż rzeczywistość ma charakter tylko materialny, można postrzegać jako założenie aprioryczne, profilujące punkt wyjścia refleksji filozoficznej w obranym już kierunku. 2) Konsekwencją tego jest sformułowana dyrektywa znaczeniowa, przypisująca sens tylko tym zdaniom, które legitymują się doświadczeniem zmysłowym. Przyjęcie empirycznej dyrektywy znaczeniowej wobec przekonań religijnych ma charakter wybitnie aprioryczny. Dyrektywa ta już *ex definitione* ruguje przekonania religijne z puli racjonalnych przekonań, którymi może dysponować podmiot.

Chwedeńczuk wypowiada swoje tezy tak, jakby były one z gruntu prawdziwe i nie dopuszczały żadnej falsyfikacji. Czy nie jest to jakaś forma fundamentalizmu antyreligijnego? Tymczasem nie przytacza on żadnych **metafilozoficznych racji**, które uzasadniałyby, że akurat empiryzm jest najlepszą strategią wyjaśnienia przekonań religijnych. Próba ich sformułowania musiałaby jednak uwikłać naszego bohatera w międzysystemową debatę, a tego, jak się wydaje, nasz Autor chce uniknąć. Można podejrzewać, że dużą rolę w wyborze takiego podejścia do rozwiązania kwestii przekonań religijnych odgrywają racje psychologiczne. Jak sam Chwedeńczuk zaznacza, jego poszukiwanie odpowiedzi na pytanie; *czym jest religia*, nie ma charakteru czysto merytorycznego, lecz także i osobisty. Suponowałoby to, że do swoich uprzedzeń wobec religii dobiera taką strategię wyjaśnienia, która by ją z gruntu eliminowała. Pozostając w zgodzie z własnymi osobistymi przekonaniem, Autor dobiera argumenty tak, aby osłonić postulowany przez siebie restryktywny *wymóg Hume'a* przed jakąkolwiek krytyką. Tym można także wytłumaczyć fakt nieuwzględnienia przez Chwedeńczuka badań, jakie dokonały się we współczesnej filozofii nauki, czy w innych kierunkach filozoficznych, np. w fenomenologii.

Empiryzm to tylko jedna z możliwych prób wyjaśnienia statusu przekonań religijnych, próbą nie jedyną i chyba nie najszcześniejszą. Jest wyjaśnieniem redukcyjnym oraz minimalistycznym. W rzeczywistości empiryzm nie analizuje wnikliwie przekonań religijnych, przyjmując restryktywne dyrektywy znaczeniowe eliminuje je, zanim rozpocznie nad nimi jakąkolwiek analizę. Chwedeńczuk wygłasza swoje tezy z apodyktyczną pewnością. Praca prezentuje obraz Autora jako proroka, który jak ów oszalały człowiek z *Wiedzy radosnej* F. Nietzschego ogłasza wszem i wobec, że Bóg już umarł, bo jego pojęcie zostało zdemaskowane przez empiryczne kryterium znaczenia. Chwedeńczuk musi podzielić jednak ewangeliczny los proroka, który nie jest mile widziany w swoim kraju....

Jerzy MACHNACZ

Edith Stein mit Hedwig Conrad-Martius, *Übersetzung von Alexandre Koyré, Descartes und die Scholastik*, ESGA Bd. 25, Verlag Herder, Freiburg im Breisgau 2005, ss. 223.

„Podczas pobytu w Bergzabern w 1921/22, gdzie też zapadła decyzja o chrzcie, przetłumaczyła Edyta Stein razem z goszczącą ją filozoficzną przyjaciółką Jadwigą Conrad-Martius dzieło o Kartezjuszu, które Aleksander Koyré opublikował w Paryżu po francusku. Miał przedstawić go tylko jako głównego przedstawiciela racjonalizmu i założyciela nowożytnej filozofii podmiotu, Koyré pokazał ‚innego Kartezjusza’, jeszcze głęboko zakorzenionego w scholastyce, wprawdzie przekształcającego dotychczasowe dowody za istnieniem Boga, ale nie pozbawiającego ich siły dowodowej. To, że Edyta Stein podczas swej duchowej przemiany tłumaczy razem ze swą matką chrestną taki tekst, rzuca – dotychczas nie zauważone – światło na jej własną intelektualną drogę. Oprócz tego zostaje tutaj zakwestionowany dotychczasowy, jednostronny obraz Kartezjusza, ‚racjonalisty’ i – w sposób godny dalszego przemyślenia – uzupełniony, co stanowi prawdziwe źródło również dla dzisiejszej interpretacji Kartezjusza.” – taką notkę znajdujemy na okładce omawianej książki. Zostały w niej zaznaczone w sposób syntetyczny niezwykle interesujące problemy i tematy związane z życiem i filozoficzną twórczością Edyty Stein.

Jaka jest struktura wydanego tomu? Oto jej krótki opis. Tom przygotowała do druku, napisała wprowadzenie i opatrzyła uwagami H. B. Gerl-Falkovitz, koordynująca – od strony naukowej – wydawanie *Dzieł Wszystkich Edyty Stein* (ESGA). Tom jest zredagowany w sposób wzorcowy: rozpoczyna się wprowadzeniem (s. VII – XVI), podaniem bibliografii, wykazu skrótów dzieł i częściej pojawiających się wyrażen oraz uwagami edytorskimi (s. XVII – XXIX), kończy zaś podaniem źródeł i indeksem osób. Dzięki takiej strukturze czytelnik – badacz zainteresowany fenomenologią i filozofią Kartezjusza, dostaje do ręki uporządkowany materiał, pozwalający mu od razu podjąć interesujące go tematy. Tłumaczone dzieło Al. Koyré, umieszczone w środku tomu, składa się ze: słowa wstępnego (s. 4-8), wprowadzenia (s. 9-14), trzech rozdziałów: I. Idea Boga Kartezjusza (s. 15-51), II. Źródła systemu Kartezjusza, III. Dowody za istnieniem Boga (s. 81-125), zakończenia (s. 126-129) i dodatku: Natywizm Kartezjusza, Tomasz, Iluminizm Augustyna (s. 130-136).

Wiadomo, że – tak w przypadku Conrad-Martius, jak i przypadku Stein – ich życie osobiste, prywatne było „związane” z filozoficzną twórczością, a filozoficzna twórczość pozostawiała określone ślady w ich życiu. Między ich życiem i ich filozofią zachodziło swoistego rodzaju sprzężenie zwrotne. Dlatego podjęcie się wspólnego tłumaczenia dzieła Koyré jest nie tylko zmaganiem się o kształt słowa i styl zdania, lecz również odniesieniem treści tłumaczenia do własnego życia. Co to konkretnie znaczy?

Koyré interesował się filozofią religii, pisał o Bogu u Kartezjusza. Stosując to do Conrad-Martius i Stein, trzeba jasno powiedzieć: że obie znajdują się – w czasie, kiedy podejmują się tłumaczenia – w głębokim kryzysie duchowym, wywołanym: a) próbą ustalenia sensu fenomenologii, b) koniecznością zajęcia stanowiska względem swego pochodzenia, c) sytuacją religijnego zagubienia.

Nie wszyscy wiedzą, że między Husserlem a jego getyńskimi uczniami doszło do sporu, w którym chodziło o bytowy, ontyczny status fenomenu. Już na samym początku szeroki nurt fenomenologii podzielił się na trzy strumienie, o charakterze: a) transcendentálním, re-

prezentowanym przez samego Husserla, b) realistycznym, ku któremu – pod przewodnictwem Conrad-Martius – skłaniała się większość studentów Husserla z Getyngi i c) egzystencjalnym, ukształtowanym przez Heideggera.

Spór młodych fenomenologów z Mistrzem boleśnie dotykał obie strony, Husserl był rozczarowany, młodzi fenomenolodzy zawiedzeni. Spór toczył się o sprawę istotną, o sens fenomenologii, dlatego o kompromisie, czy ustępstwie którejś ze stron nie mogło być mowy.

Nie tylko Stein oddaliła się w latach młodości od żydowskiej tradycji, w której została wychowana. Dziadek Martius był Żydem, a ona swe korzenie z biegiem czasu zapoznała. Obie musiały zająć stanowisko względem wiary swych przodków. Tym bardziej, że zajmowanie się fenomenami, czystymi tylko możliwościami, wstrząsnęło podstawami ich ateizmu. Nadszedł czas określenia siebie względem Rzeczywistości, która nie musi, ale może być, gdyż sama w sobie jest niesprzeczna. Obie czekały, stały przed podjęciem decyzji wejścia – jak mówi Conrad-Martius – w Rzeczywistość chrześcijańską.

O tym kryzysie Conrad-Martius pisze tak: „Szliśmy po wąskiej granicy tuż obok siebie, każda w oczekiwaniu na chwilę Bożego wyzwania. Ono nastąpiło i poprowadziło nas do dwu odmiennych wyznań. Chodziło o decyzje – dla ludzkich oczu – wiążące ze sobą ostateczną wolność człowieka, dzięki której został on w stwórczym akcie uszlachetniony do osoby, z powołaniem, wobec którego winien okazać posłuszeństwo. Tego nie można było uniknąć. I po pierwszych krokach, kiedy nas nappełniła Łaska Boża, pojawiła się w naszym stosunku do siebie określona – choć tylko w krótkich rozmowach, czy słowach – dyskretnie ukrywana obustronna agresja. To właśnie w tym kontekście padło zdanie: *secretum meum mihi*. Był to wobec mnie szorstki gest obrony. Podobnie działo się i w odwrotnym kierunku.”⁹⁶

Można powiedzieć, że zajmowanie się ideą Boga u Kartezjusza w jakiś sposób wpłynęło na postawę życiową tłumaczek i znalazło wyraz w ich twórczości filozoficznej. Obie zwróciły się ku chrześcijaństwu. Obie, zachowując fenomenologiczną metodę, zaintereso-

wały się filozofią arystotelesowsko-tomistyczną. A przecież to Koyré, opracowując filozofię religii Kartezjusza, ukazał jej głębokie zakorzenienie w scholastyce, zwłaszcza w myśli św. Anzelma, św. Tomasa, bł. Dunsza Szkota, św. Bonawentury, Suáreza.

Koyré był zainteresowany ideą Boga u Kartezjusza i jego dowodami. Bóg zajmuje w systemie filozoficznym Kartezjusza centralne miejsce, nie można tego systemu pomyśleć bez Boga. Niezbędność Boga najbardziej jest widoczna w argumentach rozwijanych w *Medytacjach*. Kartezjusz przeprowadza w nich radykale wątplenie, któremu opiera się jedynie Ja myślące. Aby zagwarantować istnienie świata materialnego (zewnętrznego), istnienie własnego ciała, istnienie praw matematycznych, powołuje się Kartezjusz na istnienie Boga. Dzięki temu unika sytuacji solipsyzmu, w której istnieje tylko i wyłącznie podmiot myślący. Za absurdalne trzeba uznać twierdzenia, że wprowadzając Boga do swego systemu Kartezjusz chciał ukryć własny ateizm. Jego argumentacja filozoficzna spoczywa na teistycznych fundamentach. Bez Boga załamuje się jego myśl. Kartezjusz jest – tak brzmi teza Koyré – bardziej scholastyczny niż jego nauczyciele filozofii (s. 9).

25. tom *Dzieł Wszystkich Edyty Stein (ESGA)* różni się od pozostałych tym, że jest dziełem dwóch osób, przy czym nie sposób ustalić, kto jest tłumaczem poszczególnych części. Jest to pozycja cenna z wielu względów, gdyż dotyczy: a) mniej znanych faktów z historii filozofii współczesnej, zwłaszcza historii ruchu fenomenologicznego oraz b) skłania do ponownego przemyślenia genezy filozofii nowożytnej, zwłaszcza podstaw myśli Kartezjusza.

Jerzy MACHNACZ

Edith – Stein – Jahrbuch, Echter Verlag, Würzburg 2006, ss. 168.

Rocznik Edyty Stein 2006 podzielony jest na siedem tematycznych działów, zatytułowanych: 1) biografia, 2) Stein i zakony ją formujące, 3) filozofia, 4) duchowość, 5) aktualność, 6) bibliografia, 7) komunikaty. Rocznik otwiera słowo redaktora naczelnego Ul. Dobhana, zamykają informacje o autorach.

W dziale poświęconym biografii znajduje się druga część artykułu – pierwsza jest w Roczniku 2005 – M. A. Neyer, *Podróż Edyty Stein do Paryża w roku 1932: z Würzburga przez Heidelberg do Straßburga* oraz praca J. Feldesa, *Edyta Stein i Hermann Platz. Odrodzenie i budowa mostów po I wojnie światowej*. Neyer przytacza z ogromnym pietyzmem niezliczoną ilość szczegółów dotyczących miejsc, osób i wydarzeń związanych z podróżą Stein. Historycy, biografowie i zainteresowani życiem Stein znajdą tutaj coś dla siebie. Praca Feldesa ma inny charakter, dotyczy historii w wymiarze lokalnym: Kraju Palatynatu i historii w wymiarze europejskim: wizji zbudowania zjednoczonej Europy. Po ukazaniu życia i idei Platza oraz myśli Stein, zawartych w jej referacie: *Podstawy katolickiego kształcenia kobiet*, wygłoszonym w Bonn 12. grudnia 1931 roku, Feldes wskazuje podobieństwa między ideami Platza, zaliczanego do jednego z największych Europejczyków pierwszej połowy XX wieku i Stein, ogłoszonej przez papieża Jana Pawła II Współpatronką Europy. Są one widoczne zwłaszcza w: rozumienia Zachodu, ekumenizmu, liturgii, stosunku teologii do filozofii.

W drugim dziale znajdują się referaty wygłoszone na zjeździe członków Niemieckiego Towarzystwa Edyty Stein w Beuron w roku 2005. K. Oost, pisze o powiązaniach Stein z benedyktynami z klasztoru w Beuron, zwanego przez nią przedsionkiem nieba oraz o spotkaniu z jego charyzmatycznym opatem R. Walzerem; U. Dobhan, karmelita, kreśli drogę Stein do karmelu i jej osobiste urzeczywistnienie ideału karmelitańskiego; referat E. Füllenacha, dominikanina, obrazujący życie i pracę Stein w szkole prowadzonej przez dominikanki w Speyer oraz jej „wchodzenia” w filozofię św. Tomasza ukaże się – z przyczyn technicznych – w Roczniku 2007.

W dziale poświęconym filozofii zamieszczony jest interesujący i niezwykle aktualny artykuł A. U. Müllera, *Mózg bez ducha. Fenomenologiczna krytyka naturalizmu na tle mózgowo – fizjologicznego negowania ludzkiej wolnej woli*. Müller, znany wielu przez znakomitą biografię Stein, wskazuje w sposób jasny i precyzyjny, na podstawie prac Stein, na epistemologiczne granice badań nad mózgiem. W badaniach naukowych można często rozpoznać postawy i twierdzenia o charakterze materialistycznym i naturalistycznym, z tym, że większość naukowców nie uświadamia sobie filozoficznych założeń bezkrytycznie przez nich przyjętej postawy i wypowiedianych – w oparciu o nią – twierdzeń. Nawet przy dzisiejszych możliwościach technicznych wcale nie jest oczywiste, jak należy przeprowadzać np.: badania mózgu, gdyż technika dotyka tylko jednej, rozciąglej strony rzeczywistości, drugiej strony – duchowej, nie jest w stanie uchwycić.

W dziale poświęconym duchowości znajduje się kazanie K. H. Wiesemanna, *Adoro te devote, latens deitas, qui sub his figuris vere latitas*, wygłoszone na światowym dniu młodzieży 2005 w Köln, mieście św. Alberta Wielkiego, jego ucznia św. Tomasza oraz Stein. Eucharystia skrywa w sobie tajemnicę zjednoczenia Boga z człowiekiem, ona jest właściwym pokarmem na drodze naszego pragnienia prawdziwego życia.

W dziale piątym, aktualność, karmelita A. P. Monroy pisze o zainteresowaniu życiem i twórczością Edyty Stein w Meksyku. Początkiem tego zainteresowania było przetłumaczenie na hiszpański naj-

pierw (1953) biografii Stein napisanej przez T. R. Passelt i później (1960) *Wiedzy krzyża*. Meksykanie podziwiają i darzą wielką miłością kobietę, do której odnosi się wiele tytułów: żydówka, ateistka, filozofka, konwertytka, pisarka, nauczycielka, tłumaczka, działaczka, karmelitanka, męczennica miłości. Podziw i miłość przekładają się na pracę duszpasterską – szerzy się kult Stein – oraz na działalność naukową: organizowane są kongresy i seminaria, publikowane rozprawy poświęcone jej filozofii.

Bibliografia z obszaru języka niemieckiego dotyczy kolejnych pozycji z serii: *Dzieła Wszystkie Edyty Stein (ESGA)*, w której ukazały się w roku 2005 tomy X, XV, XXV; oraz prac sklasyfikowanych jako: studia, przyczynki biograficzne, duchowość, artykuły w czasopismach i publikacjach zbiorowych oraz pomoce audiowizualne. Komunikaty dotyczą: zjazdu Niemieckiego Towarzystwa Edyty Stein, budowy kościoła pod jej wezwaniem w Rzymie oraz rozmaitych akcji, jak: wykłady, konferencje, rekolekcje, dni skupienia organizowanych przez uniwersytety, diecezje, parafie i fundacje na terenie Niemiec, Holandii, Włoch, Polski, Austrii.

Na zakończenie trzeba wyrazić słowa uznania i wdzięczności U. Dobhanowi, za bardzo udany numer *Rocznika*, udany w sensie: bogactwa informacji dotyczących życia i twórczości Stein oraz zestawu prac komplementarnych względem siebie, jak to ma miejsce w działach poświęconych biografii i wpływie zakonów na osobowość i twórczość Stein. Przeglądając bibliografię i czytając komunikaty zamieszczone w *Roczniku*, można zasadnie powiedzieć, że duch Edyty Stein żyje i daje znać o sobie nie tylko w Europie, której jest Współpatronką.

Stanisław ZIEMIAŃSKI

Walter Brugger, *Summe einer philosophischen Gotteslehre*, München 1979, stron 583

Książka obejmująca zgodnie z tytułem całość problematyki teodycealnej poza wprowadzeniem historycznym oraz wstępnymi wywodami epistemologicznymi na temat przedmiotu i metody filozofii Boga, możliwości uprawiania tej dyscypliny i jej stosunku do innych dziedzin filozofii ma dwie główne, choć nie wyróżnione formalnie części: Pierwsza dotyczy argumentacji za istnieniem Boga, druga jest próbą ujęcia natury Boga.

Najbardziej interesuje nas sprawa zasadności dowodów istnienia Boga. Kolejno przedstawia Brugger metodę argumentacji, odmiany dróg prowadzących do Boga. Szczegółowo omawia argumenty, jego zdaniem, przekonujące, następnie te, które uważa za nie wystarczające oraz kwestionowalne. Przeprowadza też dyskusję ze stanowiskiem ateistycznym oraz agnostycznym Kanta. Druga część zawiera klasyczne dla filozofii Boga tematy, jak: istota Boga, Jego przymioty statyczne i dynamiczne, szczególnie stworzenie, podtrzymywanie i współpraca ze stworzeniami. Na końcu kilkanaście stron poświęcono panteizmowi.

Ponieważ kluczową sprawą dla *Summy filozoficznej nauki o Bogu* są argumenty za Jego istnieniem i ich ocena będzie rzutowała na wartość całej rozprawy, skupię się w obecnej recenzji właśnie na tej sprawie. Co do kolejności dowodów Brugger trzyma się klasycznego ujęcia św. Tomasza: *quinque viae*, uzupełniając paletę argumentów o argument z dążenia władz człowieka, z sumienia i z przedmiotów idealnych. Wykład Bruggera nie jest zwykłym powtórzeniem wywo-

dów Akwinaty, ale próbą współczesnej ich reinterpretacji. Problem w tym, czy jest to reinterpretacja udana. Niestety pozostawia ona wiele do życzenia.

Weźmy argument z ruchu. Wprawdzie niemiecki jezuita używa tu słowa *Bewegung* nie w sensie ruchu lokalnego, ale w sensie zmiany i powstawania. Nie precyzuje jednak bliżej, co znaczy powstawanie. Ogranicza się do kilku luźnych, trudnych do analizy przykładów: „Geburt”, „Wachstum”, „Genesung”, „Höherentwicklung” (s. 63 n). Mówi o zasadzie ruchu, ale nie odpowiada na pytanie, dlaczego jest potrzebna przyczyna ruchu (s. 68). W argumentie wychodzi z możliwości czynnej, ale jeszcze nie działającej. Aby ta możliwość się uaktualniła, potrzeba, zdaniem Bruggera, odwołania się do czystego aktu. Jako przykład możliwości czynnej podaje nasienie rośliny lub zarodek człowieka. Ich rozwój uważa za realizację możliwości. Są to jednak przykłady skomplikowane, trudno analizowalne. Inne przykłady, nie mniej zawiłe, bierze ze sztuki i techniki. *Selbstvervollkommung* [samodoskonalenie się], o jakim pisze Brugger, wydaje się sprzeczne z zasadą racji dostatecznej. Przyznaje wprawdzie dalej (s. 70), że to co mniejsze nie może być przyczyną większego, ale ponieważ nie określa bliżej, co to jest powstawanie, rozważania jego są niejasne. Nie wyklucza tzw. zasady przyczynowości zamkniętej (*principium causalitatis clausae*), której przyjęcie uniemożliwia argumentację za istnieniem przyczyny pozaświatowej. Brugger pisze wiele o działaniu, ale go także nie definiuje (s. 71-72). Dlatego nazywanie Boga pierwszym działaniem (*erste Tätigkeit*) niczego nam nie mówi.

Niezrozumiałe są niektóre wypowiedzi Bruggera, np. że energia trwa w napięciu ku przyszłym stanom, a więc w przechodzeniu z jednej aktualności do innej, której jeszcze nie osiągnęła. Dlatego jego zdaniem potrzebuje impulsu (*Setzung*) przez akt, który sam nie podlega procesowi rozwoju (jakiego?). Żywe istoty mają jakąś potencjalność (jaką?). Poruszyiciel daje im wewnętrzną zasadę ruchu. Wola i rozum są napięte dzięki czystemu aktowi. Nie wiadomo, co to wszystko znaczy. Dwuznacznie posługuje się Brugger słowem „ruch”. Raz traktuje ruch jako zmianę w ogóle, drugi raz jako przesuwanie się cząstek.

Zauważa się brak precyzji w opisie czasu. Wg Bruggera czas to następstwo. Jest to błąd. Czas to trwanie ruchu przestrzennego, natomiast następstwo dotyczy zdarzeń. One są nieodwracalne. Mówienie o upływie czasu jest niewłaściwe. Odróżnienie przeszłości i przyszłości jest możliwe dzięki zjawisku wzrostu entropii. Dalej czas wg Bruggera jest warunkiem zmiany i ruchu (s. 76). Jest to wyrażenie nieprecyzyjne, a przy tym zdaje się absolutyzować czas w duchu Newtona. Faktycznie czas jest aspektem ruchu, a nie jego warunkiem. W. Brugger stwierdza, że *rzeczy* zmieniające się są przygodne, tzn. mają możność istnienia (s. 77). Niestety z powodu słabo przeprowadzonej analizy pojęcia zmiany, powstawania i w ogóle istnienia twierdzenie to jest niejasne. Brugger nie bierze pod uwagę możliwości wspomnianej wyżej zasady przyczynowości zamkniętej, nie wyjaśnia podstawy nieodwracalności zmian i trwałości skutków, a to sprawia, że dowodzenie jego jest nieprzekonujące. Brugger nie potrafi odpowiedzieć na zarzut, że substrat świata nie przemija. Brak definicji działania sprawia, że przykłady działań podawane przez Bruggera niczego nie wyjaśniają. Ten brak ma swoje dalsze implikacje w drugiej części książki, zwłaszcza przy omawianiu współdziałania Boga i człowieka (s. 390-391). Brugger nie określił do końca natury tego współdziałania.

Podobne niejasności ujawniają się w argumentcie z ustopniowania doskonałości. Doskonałości bytów zdaniem Bruggera poznaje się według ich działania, ale ponieważ nie dał definicji działania, wywody dalsze są niejasne. Kuriozalny jest jego przykład stopni doskonałości: mężczyzna i kobieta! Przyjmuje teorię o zacieśnianiu bytu (jakiego? myślnego, idealnego?) do gatunków i rodzajów oraz teorię odróżniającą byt i sposoby bytu (jakiego?) (s. 89). Odróżnia „ludzkość” od „człowieka” (s. 95). Wyczuwa się w tym ujęcie platońskie „metexis”: byt, dobro, prawda realizuje się w człowieku w sposób ograniczony, ujęcie poddane druzgocącej krytyce przez Arystotelesa.

Omawiając argument z celowości popelnia również błędy. Ponieważ nie analizuje ani działania, ani ustawiania działania, jego wypowiedzi są pewnymi uogólnieniami z potocznego patrzenia na dzia-

łanie. Mówi wiele o prawidłowościach w przyrodzie, ale brak jest odróżnienia prawdziwej celowości od determinizmu natury. Nawet w bytach nieorganicznych dopatruje się celowości, ponieważ biorą udział w procesach dokonujących się w świecie i z tego, jak pisze, powstaje porządek. Niestety nie określa bliżej, co to jest porządek i jak się on ma do celowości. Kiedy zaś wyprowadza porządek bytów anorganicznych z ich natur, nie wychodzi poza przyczynę formalną. Ta zaś nie wchodzi w skład argumentacji. Słusznie natomiast podkreśla, że celowość ujawnia się w rozwoju organizmu, zwłaszcza we współpracy części dla dobra całości oraz współpracy osobników różnych gatunków dla dobra trzeciego lub dla dobra gatunku (s. 115). Odwołuje się tu do analogii z celowym działaniem człowieka (s. 120). Rozważa też problem przypadkowości, którą definiuje jako zbieżność czynników nie wyznaczoną ani prawami przyrody, ani celowym działaniem człowieka. Próbuje odpowiedzieć na zarzut ze strony teorii ewolucji, ale odpowiedź jego jest mętna. Stwierdza wprawdzie, że organizmów żywych nie da się sprowadzić do samych praw fizykochemicznych, ale nie rozprawił się do końca z hipotezą ewolucyjnego powstania życia, a tym samym pozostawił otwartą sprawę ingerencji Boga w tę dziedzinę.

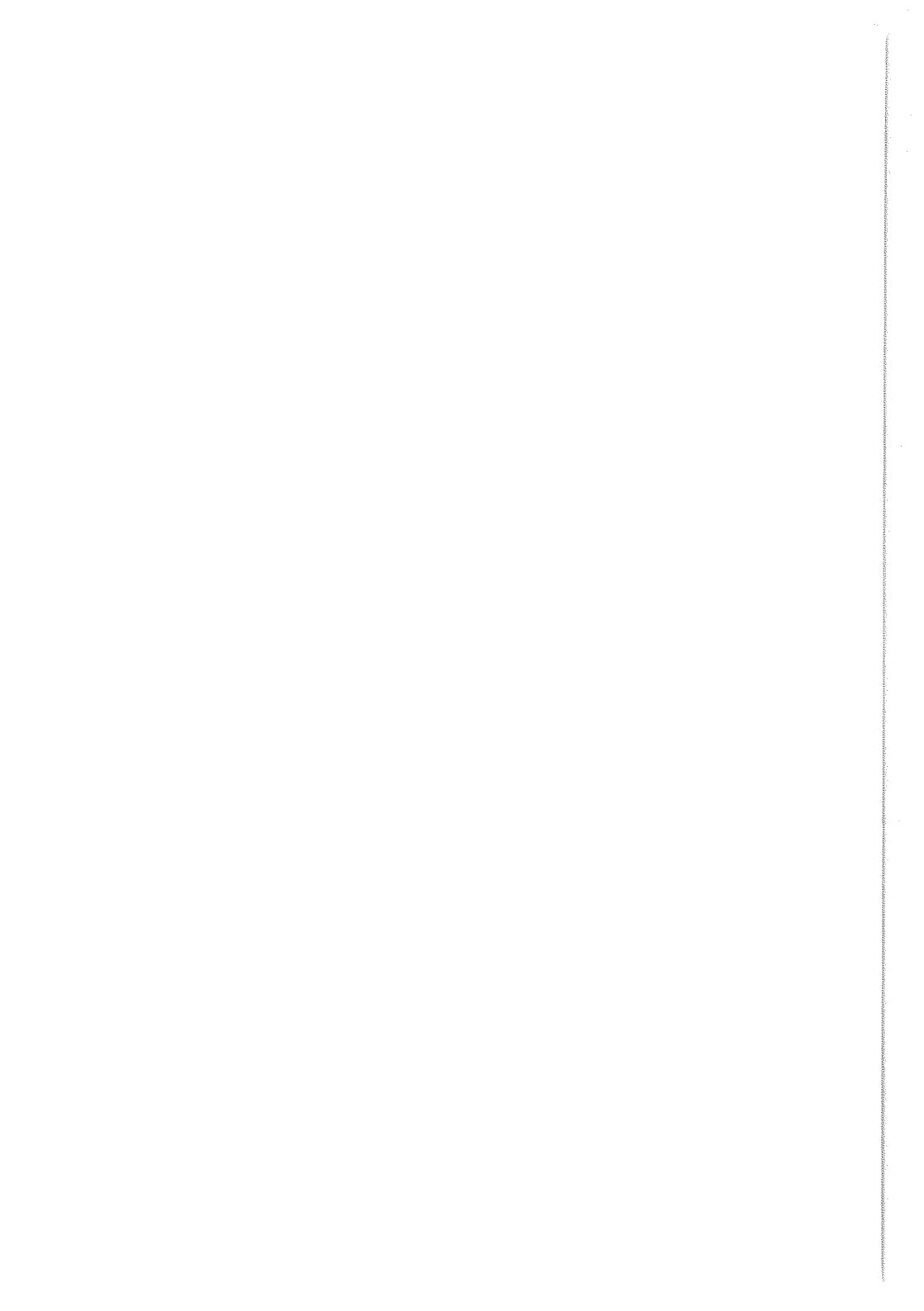
Do Argumentów Tomaszowych Brugger dodaje argument z przyczyny wzorczej. W trakcie jednak jego przedstawiania okazuje się, że sprowadza się ten argument do omawianego wcześniej argumentu ze stopni doskonałości ze wszystkimi jego niedomogami. Ponieważ przykłady do tego argumentu czerpie ze świata istot żywych, naraża się na te same zarzuty, jakim podlegał argument teleologiczny.

Innym dodatkowym argumentem Bruggera jest dowód z naturalnych tendencji rozumu i woli. Mógłby to być dobry argument, gdyby monachijski Filozof dokładniej wyjaśnił, na czym te tendencje polegają i dlaczego muszą być zaspokojone. Argument z poczucia obowiązku jest poprawny. Odwołuje się do faktu, że człowiek sam siebie nie może wiązać. Nie dość jasno jednak rozprawił się z konkurencyjnymi hipotezami, jak wpływ społeczeństwa, wychowania, propagandy. Argumentowi etnologicznemu daje rangę tylko prawdopodobieństwa, a nie pewności.

Argument z początku świata sprowadza do argumentu z przygodności. W sprawie argumentu ze wzrostu entropii zajmuje stanowisko ostrożne. Na koniec słusznie podkreśla, że z samych faktów przyrodniczych nie da się argumentować za istnieniem Boga; można jednak nimi się posłużyć rozważając je z punktu widzenia metafizycznego.

W sumie argumentacja Bruggera jest powierzchowna z powodu braku dogłębnej analizy podstawowych pojęć występujących w teodycei. Dlatego książka, mimo jej erudycyjnego kształtu (obfita bibliografia, ekskursy, odniesienia egzystencjalne), nie spełnia pokładanej w niej nadziei. Nie warto więc jej przyswajać polskiemu czytelnikowi.

Stanisław ZIEMIAŃSKI SJ



VIII TOM POWSZECHNEJ ENCYKLOPEDII FILOZOFII

Co roku regularnie ukazuje się kolejny tom Powszechnej Encyklopedii Filozofii. W 2007 roku ukazał się VIII tom tej Encyklopedii, wydany nakładem Polskiego Towarzystwa Tomasza z Akwinu (oddział *Società Internazionale Tommaso d'Aquino*) przy Katedrze Metafizyki KUL w Lublinie i dofinansowany przez Ministerstwo Nauki i Szkolnictwa Wyższego, niektóre osoby prywatne oraz Koło Góralskie Witowian w Chicago. Tom obejmuje hasła na litery P-S i liczy 995 stron. Inicjatorem i kontynuatorem tego pionierskiego przedsięwzięcia jest O. Profesor Mieczysław Albert Krapiec OP, twórca Lubelskiej Szkoły Filozoficznej, który przewodniczy Komitetowi Naukowemu PEF i opracowuje najważniejsze hasła z dziedziny filozofii klasycznej. Ponadto do Komitetu należą: Prof. Abelardo Lobato, Prof. dr hab. Andrzej Maryniarczyk SDB, Prof. dr hab. Piotr Jaroszyński, Prof. dr hab. Henryk Kiereś, Prof. dr hab. Zofia J. Zdybicka ursz. SJK.

Nad Encyklopedią pracują 4 osoby w Redakcji głównej, 24 osoby w Redakcjach działów, 6 osób opracowuje listę haseł, 6 osób współpracuje z Redakcją. Prócz tego zaangażowanych było w tym tomie 172 autorów haseł, wśród nich także zagraniczni, jak Peter Fotta, Wilhelm Jacobs, Ree Otsason, Berthold Wald. Niektórzy opracowali po kilka haseł. Najważniejsze, bo pogładowe i problemowe opracował sam Profesor dr hab. Mieczysław Krapiec. Inni są przeważnie autorami biogramów.

Powszechna Encyklopedia Filozofii skupia się wokół trzech grup wielkich problemów: 1) rozumienia człowieka jako osoby oraz jego działania indywidualnego i społecznego; 2) rozumienia filozofii

i metod jej uprawiania; 3) rozumienia nauki i refleksji nad nią. Do haseł związanych z rozumieniem człowieka jako osoby oraz form jego życia i działania należą m. in. takie, jak: pelagianizm, personalizm, pietyzm, pneuma, polis, politeizm, polityka, powinność, praca, praworządność, zasada „primum non nocere”, propaganda, przeznaczenie, przyjaźń, relatywizm etyczny, religia, resentyment, rodzina. Zagadnień związanych z rozumieniem filozofii jako metafizyki dotyczą m. in. hasła: partycypacja, piękno, pistis, pitagoreizm, platonizm, pleroma, pojęcie, postmodernizm, poznanie, prawa logiki, prawda, predykabilia, predykat, principium, filozofia procesu, przyczynowość, przyczyny, przygodność, quidditas, quidquid recipitur..., racja, realizm poznawczy, recta ratio, redukcja transcendentálna, relacja, ruch, samoródtwo. Wątpliwości budzi hasło „ruch”, w którym za mało został odrózniony status zmian od statusu ruchu przestrzennego, który powinno się zakwalifikować się do kategorii jakości, jako że sam podlega zmianie i daje się stopniować. Zagadnienia zaś dotyczące rozumienia nauki jako tworu kulturowego omawiane są w takich hasłach, jak: paradoksy, paradygmat, paralogizm, historia doktryn politycznych, pewność, porządek, pozytywizm, pragmatyzm, prakseologia, probabilizm, psychologizm, racjonalizm, redukcjonizm, relatywizm, religiologia, reprezentacjonizm, retoryka, sceptycyzm, scholastyka, scjentyzm. Omówione zostały niektóre szkoły, jak: pergamońska, perypatetycka, saskya.

Obok biogramów wybitnych filozofów zagranicznych europejskich, jak: Pascal, Pitagoras, Platon, Plotyn, Popper, Reid, Rickert, Ricoeur, Russell, Scheler oraz dużej liczby mniej znanych, znajdują się także biogramy myślicieli polskich, spośród których wielu to pionierzy, jak: Paweł Włodkowic, Petrażycki, Petrycy z Pilzna, Przełęcki, Salamucha, Sawicki, ale długa jest też lista innych, którzy wnieśli także swój wkład w kulturę.

W PEF znajduje się znacząca grupa filozofów z krajów bałkańskich oraz z Ukrainy i Rosji. Encyklopedia ta słusznie nosi nazwę „Powszechna”, ponieważ zawiera wiele haseł prezentujących biogramy i problemy również z filozofii pozaeuropejskiej: hinduskiej, arab-

skiej, chińskiej, kilkanaście nazwisk oraz takie tematy, jak: paramita, parināma, prāna, pratitya-samutpada, pudgala, pudgalavāda, purusa, rdzogs-chen. Filozofia żydowska i arabska reprezentowana jest m. in. przez nazwiska takich filozofów, jak: Pomeranc, Razī Abu Bakr Muhammad Ibn Zakariya'al., Rumī Ğalal Al.-dīn, Sad Ibn Mansur Ibn Kammuna, Saadia Gaon, Sabzawarī Al.-Haaġġ Mulla Mahdī, Samuel Ben Hofni.

Uderzający jest fakt, że w ogromnej liczbie filozofów znajdują się w tym tomie tylko cztery nazwiska kobiet: Zenomena Płużek, Jiřina Popelová, Ayn Rand, Maria Rodziewicz. To daje do myślenia.

Należy podkreślić z uznaniem odwagę, jaką wykazała Katedra Metafizyki KUL, podejmując się wydania tak monumentalnego dzieła i to w dziedzinie, która jest wrażliwa na różne, niekiedy subiektywne, oceny, tym bardziej że początkowo ze strony administracji państwowej była traktowana niechętnie. Inicjatorzy Encyklopedii nie byli jednak osamotnieni w tym przedsięwzięciu, co widać choćby po liczbie współpracowników. Uznać należy także tempo i regularność wydawania poszczególnych tomów, rzadko spotykane przy innych wydawnictwach. Może na to, że Encyklopedia jest wszechstronna, wpływa jakoś miejsce jej wydawania, Lublin, miasto położone na styku cywilizacji łacińskiej i bizantyńskiej. Dzieło to daje obraz nie tylko filozofii europejskiej, ale zapoznaje też czytelników świata zachodniego z filozoficzną myślą Wschodu. Szeroka panorama filozoficznej myśli ludzkiej, ukazanej w tym i w poprzednich tomach Powszechnej Encyklopedii Filozofii stawia ją na czołowym miejscu w polskiej i światowej literaturze filozoficznej.

W sprawach dotyczących PEF można się kontaktować pisząc na adres:

REDAKCJA POWSZECHNEJ ENCYKLOPEDII FILOZOFII, KATEDRA
METAFIZYKI KUL, AL. RACŁAWICKIE 14, 20-950 LUBLIN.
www.ptta.pl; e-mail: tomasak@kul.lublin.pl.

Stanisław ZIEMIAŃSKI SJ

