

# De ce îndârjirea terapeutică?

Mark ANDRONIKOF<sup>1</sup>

## Rezumat:

Inițierea sau continuarea unui tratament în condițiile unei prognoze medicale negative este una dintre situațiile cele mai dificile moral în contextul îngrijirii sănătății. Articolul prezintă sintetic, mai întâi, multiplele aspecte ale identificării și definirii unui prag dincolo de care îngrijirea medicală nu se mai justifică. În al doilea rând, sunt expuse câteva motive pentru care această problemă există ca atare. Ele ne îndreaptă atenția către performanțele tehnice ale medicinei contemporane, investițiile economice și așteptările sociale tot mai mari față de aceste performanțe. În acest climat, viziunea creștin-ortodoxă asupra omului poate arăta spre valoare superioară supraviețuirii.

## Cuvinte-cheie:

îndârjire terapeutică, medicină, scientism, societate, creștinism ortodox

## 1. Mai întâi, ce este îndârjirea terapeutică ?

Dacă definiția ar fi simplă, de multă vreme legislatorul ar fi emis legi și nici medicii, nici familiile, nici societatea nu și-ar mai pune întrebări (decât dacă ar vrea să schimbe definiția).

Totuși îndârjirea terapeutică există. Familiile, infirmierele, dar și societatea o simt, bolnavii o îndură, ea este înscrisă în codul de deontologie ca o practică de evitat, însă deseori doi medici nu vor avea aceeași părere despre același caz. Este vorba, așadar, de un „prag”: dincoace ne aflăm în îngrijirea obișnuită, dincolo, în îndârjire. Acest prag este eminent variabil.

---

<sup>1</sup> Diacon Dr. Mark Andronikof, șef al Serviciului de Urgențe APHP, Universitatea Paris-Saclay, Spitalul Antoine Béclère, 92140 Clamart-Franța, traducere din limba franceză de Lect. Dr. Maria Otilia Oprea, Facultatea de Litere și Arte ULBS.

## **2. De ce depinde determinarea pragului îndârjirii terapeutice?**

Răspunsul la această întrebare constă în două părți distincte și complementare.

a) Recunoașterea că, începând cu o anumită limită, riscăm să intrăm într-o zonă de îndârjire terapeutică.

Această recunoaștere este total dependentă :

- de boală (adică de ceea ce știm științific despre ea, dar și despre imaginea în care circulă public);
- de starea bolnavului (vârstă, teren patologic);
- de convingerile prelabile ale bolnavului privitoare la ce este îndârjirea terapeutică, la boala sa, la starea sa actuală, la perspectivele terapeutice;
- de credințele (sau necredințele) sale religioase, adică, în practică, de perspectiva pe care o are asupra lui însuși dincolo de agonie și de moarte;
- de convingerile familiei sale sau ale apropiaților săi privind aceleași aspecte (de la ideile lor asupra bolii până la perspectiva religioasă);
- de convingerile echipei de îngrijire privind toate aceste aspecte, făcând distincția între convingerile medicilor și cele ale para-medecilor care adesea nu coincid în totalitate;
- de ponderea societății în toate aceste aspecte, fapt ce influențează în mod obligatoriu convingerile fiecărui intervenient, precum și pe cele ale judecătorilor.

Devine evident că recunoașterea acestui prag al îndârjirii terapeutice depinde de asocierea între ele a unui mare număr de variabile, majoritatea foarte subiective, multiplicat de numărul mare de subiecți (persoane) care intervin și interacționează între ei (ele).

b) Determinarea pragului de îngrijire.

Într-adevăr, odată ce simțim că vom pătrunde într-o zonă de îndârjire terapeutică, conform criteriilor pe care le-am definit la punctul precedent, pragul peste care am bascula în îndârjirea terapeutică este determinat de o nouă variabilă: „cantitatea de grijă” considerată exagerată în raport cu beneficiul în situația particulară (dar per ansamblu) a bolnavului.

De exemplu: o pneumonie gravă a unui subiect tânăr într-o stare de sănătate în prealabil bună l-ar conduce pe acesta, fără ca cineva să ezite, la reanimare sub asistență respiratorie, dacă ar fi cazul. Nu se întrevede niciun risc de a ajunge într-o zonă de îndârjire terapeutică și nicio discuție la acest stadiu despre un prag de îngrijire. Pe de altă parte, o pneumonie la o persoană în vârstă, dementă, care se comportă aberant în mod repetat, constituie fără îndoială o zonă de îndârjire terapeutică posibilă, pragul de îndârjire fiind atins în funcție de cantitatea (tipul) de îngrijire acordată. Punerea sub asistență ventilatorie mecanică este atunci discutabilă (obiect posibil de discuție). De asemenea, la un subiect tânăr, care suferă de boala lui Charcot (scleroză laterală

amiotrofică), o detresă respiratorie reprezintă modul obișnuit de a muri pe parcursul acestei boli incurabile, ceea ce pune în discuție pragurile: intubare?; doar antibiotice? doar tehnici respiratorii paliative?

Unde este pragul de îndârjire, unde este îngrijirea justă?

### 3. De ce există o îndârjire terapeutică?

Voi întocmi lista, cu siguranță non-exhaustivă, cu motivele care mi se par că explică existența unei îndârjiri terapeutice. Până nu demult și, orice s-ar spune, în mod încă principal, deși mai mult ipocrit, corpul medical este cel care determină nivelul de îngrijire.

- a) Cauze legate de corpul medical
  - Cauze legate de formare:
    - Medicii în Occident sunt selecționați după capacitățile lor matematice;
    - Studenții „umaniști” au fost pe tot parcursul secolului XX respinși din studiile medicale;
      - Formarea medicală nu cuprindea nicio învățătură filosofică, epistemologică, nici de istorie a medicinei, nici măcar opțional;
      - Calitățile umane nu sunt deloc luate în calcul pentru a promova examenele;
      - Dimpotrivă, doar studenții care se pot concentra cel mai mult asupra cursurilor lor, îndepărtându-se de celelalte laturi ale vieții, sunt capabili să aibă cele mai bune rezultate la concursuri;
      - Învățarea tehnică constituie o necesitate majoră a formării medicale. Ea se poate rezuma la acest lucru, și cel mai frecvent se și rezumă, pentru majoritatea specialităților.
    - Cauze legate de exercițiul „tehnic” medical:
      - Superioritatea celui care „poate” face un gest tehnic în raport cu cel care „nu poate”;
      - Anumite tehnici conferă puterea (valorizantă!) de viață sau de moarte;
      - Valorizarea financiară importantă a tuturor actelor tehnice;
      - Valorizarea mediatică majoră a actelor tehnice;
      - Tehnica este cea care permite, cel mai adesea, publicațiile, deci recunoașterea de către colegi;
        - Dacă nu se aplică tehnica, pentru medic este un vid („în acest caz nu se face nimic?”). Fără tehnică nu există „nimic”.
      - Cauze legate de exercițiul în mediul științific și social:
        - Toate marile progrese terapeutice au fost făcute în secolul XX prin studii pe cohorte de bolnavi, adică suprimând, printr-un număr mare de subiecți studiați, orice exprimare individuală (a bolnavului sau a medicului). Actul terapeutic rezultat nu mai consacră o relație individuală, ci aplicarea unui tratament standardizat, definit

pentru un grup din care ar face parte pacientul. Individualitatea este înlocuită de statistică;

➤ Unul dintre criteriile majore de succes pentru o societate umană este o durată medie de viață de calitate; pentru un medic, de a putea „salva” oamenii, de a le prelungi viața; pentru o terapeutică, de a îmbunătăți procentajul de supraviețuire în raport cu alta. „Maximul de viață” este deci un criteriu realmente utilizat la toate nivelurile pentru a judeca o acțiune de îngrijire sau de sănătate publică;

➤ Presiunea pentru „sănătatea publică” este foarte puternică încă din secolul al XIX-lea și nu fără a opune percepția binelui superior al celor mai mulți binelui, considerat egoist, individual. Această opoziție, latentă de-a lungul secolului XX, se va acutiza, desigur, în anii ce vor veni, mai întâi din motive economice, dar, până nu demult, chestiunea economică nu a fost niciodată abordată. Costul unei reanimări, al unor tehnici de transfuzie, de transplant etc., adică binele (presupus) individual, nu uzurpa binele general, căci resursele erau abundente. Astfel actul terapeutic „individual” este bruiat, dar, cu toate acestea, nu este integrat într-o reflecție globală în alegerea priorităților.

#### b) Cauze generale

- Progresul ar fi înscris în istoria umană, iar progresul este înainte de toate „tehnic”. Îmbunătățirea tehnicilor înseamnă înaintarea în progres, iar întrebuintarea tehnicilor reprezintă consecința logică. Nu reflectăm (pe moment) înainte de a utiliza electricitatea, internetul, pentru ce dar am reflecta când utilizăm grefele de organe, procrearea asistată etc.?

- A repune în discuție o tehnică sau utilizarea ei înseamnă a repune în discuție într-o oarecare măsură o întregă modalitate de funcționare a întregii societăți occidentale, fundamentată pe tehnică (nimeni nu neagă axiologia tehnico-științifică a societății occidentale);

- Întregul mod occidental de a gândi a expulzat religia, atunci când este tolerată, în sfera numită „privată”, adică ea nu trebuie să fie vizibilă în mersul societății. Prin urmare, cei care au modelat societățile noastre, cei care se exprimă public, sunt gânditorii atei sau non-atei, dar care se comportă ca și cum ar fi (fără Dumnezeu);

- Orice referire la religie este, așadar, discreditată (fundamentalism, deci fanatism);

- În plus, mixajul mondial a adunat la un loc populații cu referințe tradiționale foarte diferite, toate valorile fiind în consecință relativizate,

- Indicatorii și valorile tradiționale fiind controversate sau chiar dispărute, ce mai rămâne pentru a judeca conduita într-o situație medicală dată?

- Capacitatea tehnică de a regla un caz;
- Avizul grupului restrâns (judecătorul, colegii și experții);
- Sentimentele și așteptările societății.

c) Consecințe asupra practicii

Ne aflăm deci, de-a lungul întregului secol XX, în prezența, pe de o parte, a unui corp medical format prin pozitivism, determinism și alte scientisme, iar pe de altă parte, a unei societăți ale cărei repere au fost șterse. Singura referință sigură era tehnica: ceea ce era capabilă sau nu încă să facă.

Ținând seama de dificultățile de a determina pragurile de îndârjire, de conflictele, interne (în sine), externe (cu bolnavul sau cu apropiații) și de repunerile în discuție care ar putea decurge de aici (cu privire la societate), corpul medical a reacționat prin calea cea mai simplă, singura cale care îi prezenta certitudini: calea tehnicii și a posibilităților ei.

Făcând tot ceea ce este tehnic posibil, corpul medical evită orice conflict interior, închide astfel ușa oricărei discuții, oricărei interogații privind sensul actului medical (act de îngrijire), cu atât mai mult oricărei interogații referitoare la „scopurile ultime”. În plus, lansându-se în îngrijirile „îndârjite”, tehnice, corpul medical adună în jurul lui toată echipa. Tehnica este singura referință comună pe care acesta o împărtășește cu toți intervenienții îngrijirii și, finalmente, cu bolnavul și apropiații săi.

Dacă până la mijlocul secolului XX, medicul decidea de fapt singur și fără a da socoteală de îngrijirile pe care le oferea, lucrurile nu mai stau la fel și am văzut că interacțiunile sunt complexe. Abordarea tehnică a îngrijirii este un răspuns simplu și comprehensibil de către toți:

„este anemiatic, îi fac transfuzie”; „se înăbușă, îl intubez”; „inima nu-i mai funcționează, îi fac transplant”; „are un cancer care îl împiedică să înghită, îi pun o sondă gastrică”... Răspuns simplu, câtă vreme nu este recunoscut ca „îndârjire”...

#### 4. Concluzie

Îndârjirea terapeutică este inevitabilă în societatea noastră „tehnico-științifică” și am dorit să arăt câteva din forțele care ne determină să recurgem la ea. Forțele economice sunt probabil pe cale de a crea tensiuni care vor obliga societatea să-și pună întrebări, până în prezent rezolvate prin tehnică și îndârjire. Ar fi însă trist ca doar economia să dicteze legile societății. Vocea creștin-ortodoxă își găsește atunci locul ei, pe de o parte, pentru a ajuta credincioșii să se orienteze, pe de altă parte, pentru că ea este cea care poate, cu cea mai mare tărie și convingere, să repună persoana umană în centrul îngrijirii, proclamând că demnitatea omului rezidă în chipul și asemănarea lui cu Dumnezeu.