

PSYCHOLOGIA DECYZJI O EUTANAZJI W PRAKTYCE KLINICZNEJ.

MOMENT, KTÓRY
CIĄGLE WYMYKA SIĘ
MEDYCYNIE

20

GDZIE KOŃCZY SIĘ BIOLOGIA, A ZACZYNA PSYCHOLOGIA?
REDAKCJA POPROSIŁA DOKTORA KUBĘ LETKA O ZGŁĘBIENIE TEMATU,
KTÓRY WYMYKA SIĘ PODRĘCZNIKOM MEDYCYNY: PSYCHOLOGII DECYZJI
O ZAKOŃCZENIU ŻYCIA PACJENTA. W SWOIM TEKŚCIE AUTOR PRZYGLĄDA SIĘ
ROZBIEŻNOŚCI PERSPEKTYW LEKARZA I OPIEKUNA, ANALIZUJE WPŁYW
HUMANIZACJI ZWIERZĄT NA PROCESY DECYZYJNE ORAZ PRZYPOMINA
O ETYCZNYM FUNDAMENCIE ZAWODU W DOBIE NIESKOŃCZONYCH
MOŻLIWOŚCI TERAPEUTYCZNYCH.

Kuba Letek

www.kubaletek.pl



S takie zdania w rozmowach z opiekunami moich pacjentów, które znam na pamięć. Słyszę je kilka razy w tygodniu, od bardzo wielu lat: „Patrzę w jego oczy i widzę, że on jeszcze chce żyć”, „Dopóki je i pije, to jest sens walczyć”, „Przecież on sam pokaże mi, kiedy będzie koniec.”

W gabinecie wszystko bywa pozornie proste. Pacjent w zaawansowanym wieku. Choroba postępuje wykładniczo. Rokowanie od dawna jest ostrożne do złego. Znam biologię procesu nowotworowego, rozumiem patofizjologię przewlekłej niewydolności nerek, potrafię ocenić stopień zaawansowania zwyrodnienia stawów na zdjęciu rentgenowskim. A jednak, gdy słyszę te zdania – i gdy przychodzi do ostatecznej rozmowy w gabinecie – rzadko rozstrzyga ją wynik badania krwi, obraz USG czy skala bólu. Rozstrzyga coś, o czym na studiach nie było ani jednego wykładu. I czego nikt mnie nie nauczył, choć spędziłem na nich prawie sześć lat. To jest rozmowa o emocjach. O nadziei, która trzyma przy życiu. O strachu, który nie pozwala zrobić kroku dalej. I o winie, która pojawia się szybciej, niż jesteśmy gotowi ją nazwać.

Eutanazja pozostaje decyzją medyczną – jej uzasadnieniem jest cierpienie pacjenta i ochrona jego dobrostanu. Jednak jej moment rzadko wynika wyłącznie z twardych danych klinicznych. Chciałbym napisać, że medycyna daje nam tu jasną odpowiedź. Ale po dwudziestu latach praktyki wiem, że tak nie jest. Dane kliniczne wyznaczają granice, w których ta decyzja jest w ogóle możliwa. O tym, kiedy konkretnie zapada, decyduje jednak proces, który rozgrywa się między lekarzem, opiekunem i historią ich dotychczasowej relacji.

Jako lekarze często łudzimy się, że istnieje jeden obiektywny punkt, w którym eutanazja staje się jedynym właściwym rozwiązaniem, a naszą rolą jest go wskazać. Tymczasem rzeczywistość naszych gabinetów pokazuje coś innego: nie ma jednego punktu. Istnieje okno decyzyjne rozciągnięte w czasie. A o tym, kiedy klamka zapadnie, decydują siły wykraczające poza biologię choroby.

Anatomia „tego momentu” i rozbieżność perspektyw

Pamiętam wizytę, która zmieniła mój sposób myślenia o tym zagadnieniu. Trzynastoletni labrador, pacjent, którego znałem od szczeniaka. Terminalna postać choroby zwyrodnieniowej stawów, ból

przewlekły, wyraźny spadek mobilności, narastające problemy z utrzymaniem higieny. Z perspektywy medycznej sytuacja była czytelna – choć nie osiągnęła jeszcze punktu, który jednoznacznie wymuszałby interwencję. Pies nadal reagował na otoczenie. Z wysiłkiem i z asekuracją, ale wstawał i wychodził na krótkie spacerki.

Opiekunka powiedziała w pewnym momencie, niemal mimochodem, że od trzech tygodni nie śpi. Boi się, że pies umrze w nocy i ona tego nie usłyszy. Że wzięła urlop, bo nie może zostawić go samego. Że jej mąż mówi, że „to przecież tylko pies”, i że ta rozmowa prawie skończyła ich małżeństwo.

Stałem i słuchałem.

I po raz pierwszy w życiu pomyślałem, że to zdanie nie było tłem dla obrazu klinicznego. Było jego częścią. Choć przez lata studiów nikt nigdy mi nie powiedział, że powinienem je tak traktować.

Lekarz i opiekun patrzą na ten sam przypadek z różnych perspektyw. To nie jest konflikt wiedzy, lecz konflikt interpretacji. Ja koncentruję się na rokowaniu, jakości życia pacjenta i biologicznych granicach organizmu. Opiekun koncentruje się na relacji, własnej odpowiedzialności i ciężarze, który dźwiga każdego dnia. Ta rozbieżność nie jest patologią relacji lekarz–klient, wynikającą z czyjejś złej woli czy braku zrozumienia. Jest jej nieuchronną cechą strukturalną: ja wchodzę do gabinetu z wiedzą o setce podobnych przypadków, opiekun wchodzi z historią jedyne, неповtarzalnego życia. Problem pojawia się wtedy, gdy jedna z tych perspektyw jest systematycznie ignorowana – i przez lata to perspektywa opiekuna była tą najczściej pomijaną.

W tym miejscu medycyna zaczyna ząbieć się z psychologią w sposób mierzalny. Jak wykazali Mary Beth Spitznagel i jej zespół w pracy „Zależności między rozważaniem eutanazji przez opiekuna, obciążeniem opieką oraz satysfakcją z leczenia w przebiegu choroby zwyrodnieniowej stawów u psów”, opublikowanej w *The Veterinary Journal*, związek między nasileniem objawów a rozważaniem eutanazji przez właściciela jest częściowo mediowany przez obciążenie opiekuna (14). Innymi słowy: moment decyzji nie jest prostą funkcją tego, jak bardzo pacjenta boli. Jest funkcją tego, jak ból pacjenta i obciążenie opieką znoszą się nawzajem, a satysfakcja z naszej pracy ten efekt osłabia. To, jak prowadzę terapię i jak rozmawiam, wpływa bezpośrednio na to, kiedy ta decyzja dojrzeje. Nie tylko biologia. Ja też.

Humanizacja jako nowe tło decyzyjne

Nie da się zrozumieć tej rozbieżności bez spojrzenia na to, co zmieniło się w naszym społeczeństwie. Zjawisko „futrzaných dzieci”, o którym pisałem w poprzednim numerze „Życia Weterynaryjnego”, nie jest tylko ciekawostką socjologiczną. To potężny czynnik kształtujący nasze konsultacje. Gdy zwierzę staje się pełnoprawnym członkiem rodziny, decyzja o eutanazji nabiera ciężaru gatunkowego porównywalnego niemal z decyzją o odłączeniu od aparatury dziecka.

To nowe tło decyzyjne tłumaczy, dlaczego opiekunowie tak często domagają się leczenia za wszelką cenę, nawet gdy medycznie nie ma ono sensu. Nie wynika to z braku zrozumienia biologii, ale z lęku przed poczuciem zdrady. Jeśli jednak pozwolimy, by ta psychologiczna presja dyktowała nam plan leczenia, nieuchronnie wkroczymy na ścieżkę nadrozpoznowalności (z ang. *overdiagnosis*) i uporczywej terapii (z ang. *overtreatment*), w której diagnostyka staje się celem samym w sobie, a pacjent ponosi koszty cudzej miłości. Zjawisko to omówiłem szerzej w poprzednim felietonie, jednak w kontekście decyzji o końcu życia stanowi ono fundament, na którym musimy budować naszą komunikację. Nie możemy ignorować faktu, że opiekun, z którym rozmawiamy, nie żegna „zwierzęcia domowego”, ale kogoś, kogo kocha miłością wręcz absolutną.

Triada zniekształceń: nadzieja, strach i wina

Mówię to bez cienia oceny. Gdybym siedział po drugiej stronie stołu, pewnie mówiłbym dokładnie to samo co moi klienci. Bo tak działa człowiek, kiedy kocha. I tak działa nasz mózg, kiedy próbuje ochronić nas przed czymś, na co nie jesteśmy gotowi.

Psychologia poznawcza i medycyna człowieka od lat badają, jak silne emocje wpływają na procesy decyzyjne u osób podejmujących decyzje medyczne w imieniu kogoś, kto sam nie może mówić. W weterynarii jesteśmy w dokładnie tej samej sytuacji. Trzy emocje – nadzieja, strach i poczucie winy – działają jak soczewki, które systematycznie, przewidywalnie zniekształcają obraz rzeczywistości (7).

Nadzieja nie jest neutralna. Nigdy nie była. Ona filtruje rzeczywistość. Nie w sposób oczywisty czy brutalny, lecz subtelnie przesuwając akcenty. Pies nie wstał przez całą noc, nie jadł, oddychał ciężko.

Ale rano podniósł głowę i zamachał ogonem. I ten jeden moment zaczyna znaczyć dla opiekuna więcej niż cały poprzedni dzień, jakby był dowodem, jakby mówił: jeszcze nie teraz. Jeszcze walczę. Psycholodzy nazywają to zjawisko optymizmem zastępczym (z ang. vicarious optimism) (5). Nasz mózg asymetrycznie aktualizuje przekonania – szybciej i mocniej zapamiętuje dobre wiadomości o kimś, na kim nam zależy, ignorując powolny, systematyczny spadek funkcji. To nie jest kłamstwo. To jest coś, co można określić mianem niepełna prawda.

Strach działa inaczej. Nadzieja wybiera fragmenty rzeczywistości, strach zatrzymuje w miejscu. Wielu opiekunów nie boi się samej śmierci zwierzęcia. Boją się decyzji. Tego jednego momentu, po którym nie ma odwrotu. Że zrobią to za wcześnie. Lęk zmienia percepcję ryzyka i potęguje awersję do działania (1). Pytanie przestaje brzmieć: „czy on cierpi?”. Zaczyna brzmieć: „czy ja popełnił błąd?”. Kiedy uwaga przesuwana się z realnego stanu pacjenta na potencjalne konsekwencje własnej decyzji, łatwiej jest zrobić jeszcze jeden krok. Jeszcze jedno badanie. Jeszcze jedną konsultację. Bo działanie daje poczucie kontroli.

I wreszcie poczucie winy – najcięższe, ale najbardziej destrukcyjne. Wina pojawia się wcześniej, czasem już przy diagnozie. „Czy zauważyłem za późno?”. A potem przychodzi pytanie, które zmienia całą perspektywę: „Czy ja chcę to zakończyć dla niego, czy dla siebie?”. W tym momencie decyzja przestaje być decyzją o zwierzęciu. Staje się decyzją o sobie. O własnej tożsamości moralnej. To już nie jest medycyna. To jest wewnętrzny sąd (15).

Obciążenie opiekuna: część obrazu klinicznego

Przez długi czas traktowaliśmy emocje właścicieli jak szum informacyjny, przeszkadzający w medycznym osądzie. To wygodne uproszczenie – pozwala skupić się na tym, co mierzalne klinicznie, i odsunąć na bok to, na co z naszej perspektywy nie mamy wpływu. Tyle że obciążenie opiekuna nie jest zjawiskiem marginalnym. Jest mierzalnym czynnikiem wpływającym na trajektorię leczenia.

Co istotne klinicznie: obciążenie to nie pojawia się dopiero w stadium terminalnym choroby. Badanie, którego wyniki opublikowano w Journal of Veterinary Internal Medicine pod tytułem „Wczesne obciążenie opiekuna u właścicieli

zwierząt z podejrzeniem choroby nowotworowej: psychospołeczne konsekwencje dla opiekunów, zachowania komunikacyjne oraz czynniki związane z leczeniem”, udowadnia, że obciążenie związane ze sprawowaniem opieki występuje wcześniej, często już na etapie diagnozy, i wiąże się z gorszym funkcjonowaniem psychospołecznym, wyższym stresem i depresyjnością (11). Właściciel, który przychodzi na pierwszą wizytę onkologiczną z zaciśniętymi zębami i pytaniem „ile to będzie finalnie kosztować”, nie pyta wyłącznie o pieniądze. Pyta między zdaniami o to, czy jest w stanie unieść to, co za tą decyzją stoi.

Właściciel, który mówi „dajmy mu jeszcze jeden dzień”, często nie kwestionuje naszej diagnozy. Zmaga się z żałobą wyprzedzającą. Warto przy tym pamiętać, że żałoba wyprzedzająca lub antycypacyjna – proces emocjonalny, który rozpoczyna się jeszcze za życia pacjenta – nie jest dysfunkcją ani oznaką słabości. Jest adaptacyjną odpowiedzią psychiki na nieuchronną stratę. Jej obecność nie powinna nas irytować ani skłaniać do przyspieszania decyzji, lecz informować o tym, na jakim etapie emocjonalnym znajduje się opiekun.

Kluczowe jest precyzyjne rozróżnienie stanów psychologicznych. W fundamentalnej dla tego zagadnienia pracy „Jakość życia właściciela, obciążenie opiekuna oraz żałoba wyprzedzająca: czym się różnią i dlaczego ma to znaczenie”, autorzy udowadniają, że obciążenie opiekunem, żałoba wyprzedzająca i obniżona jakość życia właściciela to powiązane, lecz odrębne zjawiska (13). Właściciel, który mówi „już nie daję rady”, może opisywać żałobę, dezorganizację życia rodzinnego lub fizyczne wyczerpanie z powodu braku snu. Każda z tych sytuacji wymaga innej odpowiedzi z naszej strony. Mylenie tych potrzeb sprawia, że dajemy konkrety temu, kto potrzebuje ciszy, i milczymy przy tym, kto potrzebuje działania.

Jest jeszcze jeden aspekt obciążenia opiekuna: unikanie informacji medycznej. Badania pokazują, że znaczna część opiekunów świadomie unika informacji o stanie zdrowia swojego zwierzęcia, zwłaszcza gdy ta informacja może być zła (7). To nie jest ignorancja. To mechanizm ochronny. Opiekun woli nie wiedzieć, bo wiedza wymaga działania, a działanie wymaga gotowości, której jeszcze nie ma. Dla nas, lekarzy, to źródło frustracji. Ale jeśli to rozumiemy, możemy zamiast podawać więcej danych zapytać: „co jest dla Pana w tej chwili najtrudniejsze do przyjęcia?”.

Komunikacja jako interwencja kliniczna i wspólne podejmowanie decyzji

Jeśli moment decyzji dojrzeje w relacji, komunikacja przestaje być kwestią empatii czy dobrego wychowania. Staje się narzędziem klinicznym.

Jako lekarze często zakładamy, że naszym zadaniem jest przekazanie obiektywnych informacji: rokowania, opcji leczenia, skutków ubocznych. W badaniu zatytułowanym „Postrzeganie wymiany informacji i podejmowania decyzji klinicznych przez właścicieli zwierząt oraz lekarzy weterynarii w praktyce zwierząt towarzyszących” autorzy ujawniają jednak wyraźny rozdzźwięk: lekarze koncentrują się na barierach praktycznych i ryzyku niezrozumienia informacji medycznej, podczas gdy właściciele oczekują jasności, uznania ich perspektywy i autentycznego współudziału w podejmowaniu decyzji (4). Chcą być wysłuchani i włączeni. Nie tylko poinformowani.

Co więcej, samoocena lekarza w zakresie jakości prowadzonej rozmowy drastycznie różni się z odczuciami klienta. I to i wsp. wykazali, że wyższa ocena wspólnego podejmowania decyzji (z ang. shared decision-making) przez opiekuna wiąże się z większą satysfakcją z konsultacji, podczas gdy samoocena lekarza nie koreluje z tym wynikiem (3). Samo przekonanie, że rozmawialiśmy po partnersku, nie wystarczy – klient musi to realnie poczuć. Decyzja o eutanazji nie jest jednorazowym aktem wyboru. To złożony, rozciągnięty w czasie proces: seria interpretacji dobrych i złych dni, prób leczenia i ciągłego oceniania własnej odpowiedzialności. Nie jesteśmy biernymi wykonawcami tej decyzji. Jesteśmy jej współtwórcami. Sposób, w jaki reagujemy na wahania opiekuna, ma realne znaczenie dla przebiegu całego procesu. Opiekun, który słyszy „to Państwa decyzja” i nie otrzymuje dalszego odniesienia, zostaje sam z odpowiedzialnością, której często nie jest w stanie udźwignąć.

Warto zatrzymać się przy tym jednym zdaniu: „to Państwa decyzja”. Często używamy go w dobrej wierze, chcąc uszanować autonomię klienta i uniknąć oskarżeń o wywieranie presji. W praktyce jednak, dla opiekuna zmagającego się z silnym poczuciem winy i lękiem przed błędem, to zdanie brzmi jak wyrok. Zdejmuje z nas ciężar, ale nakłada go w całości na barki kogoś, kto nie ma medycznych narzędzi do jego uniesienia. Jasna rekomendacja ze strony lekarza, po-



łączona z deklaracją dalszego wsparcia, porządkuje sytuację i zmniejsza niepewność decyzyjną. Powiedzenie: „Gdyby to ode mnie zależało, w tej sytuacji medycznej nie kontynuowałbym leczenia, ponieważ uważam, że koszty dobrostanu przewyższają korzyści”, nie jest narzucaniem woli. Jest wzięciem na siebie części ciężaru moralnego, którego opiekun sam nie udźwignie.

Spektrum opieki: pułapka nieskończonych możliwości

Z modelem wspólnego podejmowania decyzji nierozdzielnie wiąże się koncepcja „spektrum opieki” (z ang. Spectrum of Care). Współczesna weterynaria potrafi dziś zaoferować poziom opieki zarezerwowany dotąd dla medycyny człowieka. Rezonans magnetyczny, radioterapia, zaawansowane operacje ortopedyczne, hemodializa. To wspaniałe osiągnięcia. Ale niosą ze sobą mroczny rewers.

Szeroki wachlarz opcji terapeutycznych stał się dla wielu opiekunów pułapką wyboru. Kiedyś, gdy zwierzę zapadało na ciężką chorobę, medycyna miała do zaoferowania jedną, może dwie opcje. Dziś lekarz przedstawia pięć scenariuszy, od opieki paliatywnej po agresywne leczenie w klinice specjalistycznej. Dla człowieka, którego perspektywę zniekształca strach przed podjęciem złej decyzji, więcej opcji oznacza więcej okazji do odczuwania winy. „Skoro można zrobić rezonans, to muszę go zrobić. Inaczej go zdradzę.”

To jest moment, w którym idea Spectrum of Care musi zostać stanowczo połączona z naszym twardym osądem klinicznym. Lekarz weterynarii nie jest obecny w gabinecie wyłącznie po to, by wyrecytować z pamięci menu dostępnych procedur, na podobieństwo kelnera w restauracji. Jesteśmy tam po to, by być kompetentnymi i odważnymi przewodnikami

mi przez medyczny gąszcz procedur i leków. Jeśli z własnego doświadczenia i dostępnej wiedzy wiemy, że wysoce zaawansowana procedura medyczna przedłuży życie pacjenta zaledwie o miesiąc, a ten miesiąc zostanie spędzony głównie w klatce szpitalnej, z możliwymi powikłaniami, w permanentnym bólu i z dala od znanego środowiska domowego – to naszą rolę nie jest po prostu zaoferowanie tej procedury jako jednej z równorzędnych opcji do wyboru. Naszym fundamentalnym zadaniem jest pomóc zdeorientowanemu opiekunowi w pełni zrozumieć koszty biologiczne, emocjonalne i dobrostanowe takiego wyboru. Brak takiej trudnej, konfrontującej z rzeczywistością rozmowy to bardzo prosta i kusząca droga do uprawiania medycyny czysto defensywnej, w której chronimy samych siebie, a nie naszego pacjenta.

Problem polega na tym, że Spectrum of Care jest często prezentowany opieku-



SHUTTERSTOCK

”

*Lekarz i opiekun
patrzą na ten sam
przypadek
z różnych
perspektyw.
To nie jest konflikt
wiedzy,
lecz konflikt
interpretacji.*

nom jako neutralna lista opcji, bez hierarchii i bez rekomendacji. To pozornie szanuje autonomię klienta. W praktyce jednak często ją paraliżuje. Opiekun, który słyszy: „możemy zrobić A, B, C lub D”, bez żadnego wskazania, która opcja jest w jego konkretnej sytuacji najlepsza – nie czuje się upodmiotowiony. Czuje się porzucony. I w tym porzuceniu bardzo często wybiera opcję najdroższą i najbardziej agresywną, bo „jeśli mogę to zrobić, to muszę”. Nie dlatego, że to jest najlepsza decyzja dla zwierzęcia. Dlatego, że to jest decyzja, która najbardziej chroni go przed późniejszym poczuciem winy.

Prawdziwy Spectrum of Care nie jest listą opcji. Jest rozmową o wartościach. Co jest dla Pana i zwierzęcia najważniejsze? Komfort w domu czy szansa na dłuższe życie w klinice? Czas spędzony z rodziną czy agresywna terapia z niepewnym rokowaniem? Te pytania nie są miękkie. Są medycznie istotne, bo odpo-

wiedzi na nie wyznaczają kierunek całego planu leczenia.

Zmęczenie współczuciem: ciężar, który nosimy my

W dyskusji o psychologii decyzji o eutanazji zbyt łatwo zapominamy o trzecim aktorze – o nas samych i naszych zespołach. Decyzje końca życia, zwłaszcza te, w których moment eutanazji jest przesuwany przez właściciela w nieskończoność, skutkując uporczywą terapią, generują obciążenie moralne, które trudno opisać komuś, kto nigdy tego nie przeżył.

Rozległe badanie opublikowane w JAVMA pod tytułem „Satysfakcja współczucia, wypalenie zawodowe oraz wtórny stres traumatyczny wśród lekarzy weterynarii pracujących w pełnym wymiarze godzin w Stanach Zjednoczonych (2016-2018)” oparte na danych uzyskanych w ankiecie od ponad 6000 lekarzy

weterynarii, maluje ponury obraz: 50,2 % badanych wykazywało wysoki poziom wypalenia zawodowego, a aż 58,9 % wysoki poziom wtórnego stresu traumatycznego (18). Te dwa zjawiska składają się na zmęczenie współczuciem. Zjawisko to uderza najmocniej w tych, którzy spędzają większość czasu z psami i kotami, a zatem z „futrzanymi dziećmi”.

Przegląd badań „Komunikacja lekarz-opiekun jako czynnik wpływający na wypalenie zawodowe: przegląd relacyjnych czynników ryzyka i zasobów ochronnych” przeprowadzony przez zespół badawczy pod kierunkiem Romão dowodzi, że komunikacja z klientami jest chronicznym źródłem obciążenia emocjonalnego, a eutanazja stanowi wysoko-intensywne zdarzenie relacyjne, które koncentruje w sobie pracę emocjonalną i napięcie moralne (10). Zmuszeni jesteśmy do ciągłego zarządzania własnymi emocjami: musimy pozostawać spokojni,

profesjonalni i logiczni, absorbując jednocześnie gniew, żalobę, nieufność, a czasem agresję opiekuna. To właśnie ta praca emocjonalna wyczerpuje nas najbardziej.

Co kluczowe, badania te wskazują, że to nie sama częstotliwość trudnych interakcji z klientami decyduje o wypaleniu, lecz nasza reaktywność na nie. Przenoszenie obciążenia klienta na lekarza kumuluje się. Lekarz, który wie, że dalsze leczenie przedłuża jedynie cierpienie pacjenta, a mimo to kontynuuje je pod presją właściciela, doświadcza głębokiego napięcia moralnego – rozłamu między wiedzą a działaniem. Rozłamu, który kumuluje się, nie znika po zakończeniu wizyty i odkłada się w ciele i psychice, stopniowo drażąc to, co sprawiło, że w ogóle wybraliśmy ten zawód.

Gdy konsultacje dotyczące końca życia stają się źródłem przewlekłego napięcia, cierpi nie tylko lekarz, ale i jego kolejni pacjenci. Wypalony lekarz unika trudnych rozmów, ucieka w medycynę defensywną lub wycofuje się emocjonalnie z relacji z klientem. Objawia się to subtelnie: krótszymi wizytami, bardziej formalnymi odpowiedziami, coraz rzadszym kontaktem wzrokowym z opiekunem.

Medycyna defensywna w kontekście końca życia ma przy tym szczególnie gorzki smak. Kolejne badania, kolejne konsultacje specjalistyczne, kolejne kursy leków – wszystko to może być uzasadnione klinicznie, ale może też być ucieczką od jednej, koniecznej rozmowy. Przeprowadzenie tej rozmowy nie wymaga sprzętu ani protokołu, lecz odwagi i gotowości do towarzyszenia w czymś, na co nie ma lekarstwa. Kiedy my uciekamy w procedury, a opiekun ucieka w nadzieję, koszty tego unikania ponosi pacjent.

Nasz zawód potrzebuje przestrzeni do rozmawiania o tym. Czynniki ochronnymi przed zmęczeniem współczuciem są wsparcie kolegów, jasne polityki kliniczne i możliwość debriefingu po trudnych eutanazjach (10). Lekarz, który nie przetwarza własnych doświadczeń związanych z końcem życia, nie staje się bardziej odporny. Staje się mniej obecny. A obecność – pełna, ludzka obecność – jest jedyną rzeczą, której nie zastąpi żadna procedura.

Skale jakości życia: użyteczne, ale nie jako wyrocznie

W poszukiwaniu obiektywizmu i ochrony przed emocjonalnym zniekształce-

niem sięgamy po skale oceny jakości życia, takie jak skala HHHHHMM. To cenne narzędzia, które pozwalają ustrukturyzować obserwacje i stworzyć wspólny język z właścicielem. Badania pokazują jednak, że w codziennej praktyce korzystamy z nich rzadko – rutynowo stosuje je mniej niż 4 % personelu weterynaryjnego, a głównymi barierami są brak czasu i przewidywany opór właścicieli (9).

Żadna skala nie zdejmuje z nas ciężaru interpretacji. Jakość życia jest parametrem interpretowanym, a nie mierzonym wprost, a odpowiedzi opiekunów są głęboko osadzone w kontekście ich osobistego przywiązania i aktualnego stanu emocjonalnego. Skala porządkuje obserwacje i tworzy grunt do rozmowy, ale nie zastępuje osądu klinicznego. Lekarz, który wyciąga skalę HHHHHMM zamiast zacząć rozmawiać, używa narzędzia jako tarczy.

Warto jednak dodać, że skale mają jedną cenną właściwość, której nie doceniamy: pozwalają opiekunowi zobaczyć własne obserwacje w sposób uporządkowany i skonfrontować je z tym, co mówił tydzień wcześniej. Pokazują trend. A trend jest tym, czego nadzieja i strach nie lubią widzieć. Dla wielu właścicieli to moment przełomowy – nie dlatego, że liczby powiedziały im coś nowego, ale dlatego, że po raz pierwszy zobaczyli to, co wiedzieli od dawna, zapisane na kartce.

Dlatego właśnie proponuję opiekunom, którzy są w oknie decyzyjnym, prowadzenie prostego dziennika: każdego dnia jedno zdanie o tym, jak wyglądał dzień pacjenta. Nie skala od 1 do 10. Jedno zdanie. „Wstał i zjadł” albo „Nie wstał, nie jadł, leżał przy drzwiach”. Po tygodniu opiekun sam widzi proporcje. Nie musi mi wierzyć. Musi tylko przeczytać to, co sam napisał. To jest narzędzie, które działa nie dlatego, że jest naukowe, ale dlatego, że jest uczciwe. Zmusza do konfrontacji z rzeczywistością, którą nadzieja próbuje zasłonić.

Czas jest zresztą osobnym wymiarem tej decyzji, o którym rzadko mówimy wprost. Opiekunowie często potrzebują czasu nie dlatego, że nie rozumieją sytuacji medycznej. Potrzebują go dlatego, że muszą dojść do miejsca, w którym będą mogli żyć z tą decyzją po jej podjęciu. To jest proces psychologiczny, który ma swoje tempo i którego nie można przyspieszyć większą ilością danych. Można go jednak wspierać przez regularne, krótkie rozmowy, które nie wywierają presji, ale utrzymują kontakt z rzeczywistością. Opiekun, który wie, że może zadzwonić

i zapytać, i że nie zostanie osądzony za wahanie, dochodzi do decyzji szybciej i spokojniej niż ten, który czuje, że każda wizyta to egzamin z gotowości.

Żałoba nieuznawana i to, co po wszystkim

Moment eutanazji nie kończy naszej odpowiedzialności. Warto odnieść się do powszechnego w praktyce założenia, że eutanazja porządkuje przeżycia opiekuna i ułatwia zamknięcie procesu straty. Związek między eutanazją a przebiegiem żałoby jest złożony i niejednoznaczny (12). Eutanazja może być decyzją w pełni uzasadnioną medycznie, a jednocześnie doświadczeniem trudnym psychologicznie, które wpływa na to, w jaki sposób opiekun przeżywa zakończenie opieki nad zwierzęciem.

W weterynarii zderzamy się z fenomenem żałoby pozbawionej praw, nieuznawanej społecznie (6). Opiekun, który stracił zwierzę, często słyszy od otoczenia: „to był tylko pies, kupisz sobie nowego”. Ta stygmatyzacja sprawia, że żałoba po zwierzęciu bywa przeżywana w izolacji, stając się głębsza i bardziej destrukcyjna.

Badania pokazują, że część opiekunów doświadcza przedłużonej żałoby po stracie zwierzęcia, spełniającej kryteria kliniczne zaburzenia adaptacyjnego (13). Nie jest to marginalny problem. I nie jest to problem, który znika, gdy opiekun „wesprze się” albo „weźmie sobie nowego psa”. Jest to problem, który ma swoje źródła często w tym, jak przebiegał sam proces decyzyjny. Opiekun, który czuł się porzucony przez lekarza, który nie rozumiał do końca, co się dzieje, który podjął decyzję pod presją czasu lub finansową – ten opiekun często nosi tę decyzję latami. Nie dlatego, że była zła. Dlatego, że nie była jego. Nie była wspólna. Została mu narzucona przez okoliczności, które nie dawały innego wyjścia.

To jest kolejny argument za tym, by rozmowę o końcu życia prowadzić wcześniej, zanim kryzys wymusi decyzję w ciągu godziny. Kiedy zwierzę trafia na stół w stanie ostrej niewydolności oddechowej o 2.00 w nocy w klinice całodobowej, nie ma już przestrzeni na wspólne podejmowanie decyzji. Jest tylko działanie ratunkowe i ostateczne wybory podejmowane w panice. Opiekun, który ma czas na oswojenie się z myślą o eutanazji, który rozumie, co się będzie dziać i dlaczego, który czuł się wysłuchany w spokojnych warunkach gabinetu – ten opiekun przeżywa żalobę inaczej. Nie łatwiej, bo strata jest stratą, ale bardziej kompletnie.

Z mniejszym ryzykiem patologizacji tego procesu i z mniejszym prawdopodobieństwem, że wspomnienie ostatnich chwil będzie go prześladować jako pasmo błędów i zaniechań. I z mniejszym ryzykiem, że zostanie z nią zupełnie sam.

Wciąż funkcjonuje przekonanie, powtarzane jako zasada porządkująca granice zawodu, że nie jesteśmy terapeutami dla opiekunów. To zdanie jest prawdziwe, ale bywa stosowane w sposób uproszczony. Nie jesteśmy odpowiedzialni za prowadzenie procesu psychologicznego właściciela. Jesteśmy jednak odpowiedzialni za decyzję medyczną, która w praktyce powstaje w jego kontekście. Krótka rozmowa po zabiegu, ocena sytuacji opiekuna oraz adekwatne nazwanie reakcji żałobnych nie stanowią działań dodatkowych – są elementem całościowej opieki.

Warto też wiedzieć, że opiekunowie po utracie zwierzęcia nie tworzą jednorodnej grupy. Badania identyfikują wyraźne profile różniące się potrzebami i przebiegiem żałoby. Część opiekunów wymaga intensywnego wsparcia emocjonalnego i informacyjnego przez cały czas trwania choroby zwierzęcia. Inni potrzebują jasnego, ustrukturyzowanego planu i konkretnych kryteriów decyzyjnych. Jeszcze inni radzą sobie stosunkowo samodzielnie, oczekując jedynie potwierdzenia, że ich decyzja jest medycznie uzasadniona (2). Nie ma jednej rozmowy dla wszystkich. Jest jeden obowiązek: rozpoznać, z kim rozmawiamy.

To rozpoznanie nie wymaga formalnego testu psychologicznego. Wymaga kilku minut uważnego słuchania na początku wizyty. Opiekun, który wchodzi do gabinetu z długą listą pytań i notatkami, potrzebuje czego innego niż ten, który siada i milczy. Opiekun, który płacze już przy powitaniu, potrzebuje czego innego niż ten, który mówi spokojnie i rzeczowo. Dostrojenie się do tego, co przynosi opiekun, zanim zaczniemy mówić o medycynie, jest pierwszym krokiem do rozmowy, która będzie miała sens.

Głos, którego nie słyszymy

W praktyce klinicznej ograniczenia czasu i warunków pracy utrudniają prowadzenie rozmów, o których mowa powyżej. Istnieją jednak podejścia, które pozwalają ten proces uporządkować – systematyczna ocena jakości życia pacjenta w czasie oraz świadome prowadzenie rozmowy o rokowaniu i możliwych scenariuszach dalszego postępowania. Ich celem nie jest ani przeniesienie odpowie-

dzialności na opiekuna, ani jej przejęcie przez lekarza, lecz stworzenie przestrzeni, w której obie strony rozumieją, na jakim etapie się znajdują.

Ale w tej całej historii, w gąszczu emocji, rozmów, skal jakości życia i procedur medycznych, jest jeszcze ktoś. Ktoś, kto nie analizuje, nie rozważa, nie zadaje sobie tych wszystkich pytań o tożsamość moralną i poczucie winy.

Zwierzę.

I jego głos jest cichy. Nie powie nic. Nie zaprotestuje. Nie powie, że już wystarczy. Nie ma bezpośredniego dostępu do naszej ludzkiej debaty o sensie cierpienia. Oceniamy je pośrednio, przez interpretację. A interpretacja, jak każda, jest podatna na błędy. Jest bardziej opinią niż faktem.

Widzę to szczególnie wyraźnie u kotów. „On po prostu mniej skacze.” „Jest starszy, więcej śpi.” To zdania, które słyszę bardzo często. I bardzo często za tymi zdaniami stoi przewlekły ból, który rozwijał się latami. Nie dlatego, że ktoś nie kochał swojego zwierzęcia. Dlatego, że zmiana była powolna. Na tyle powolna, że zdążyła stać się nową normą. Granica tego, co uznajemy za „w porządku”, przesuwa się niemal niezauważalnie.

Dlatego my, lekarze, jesteśmy tam nie tylko po to, by być partnerami do rozmowy dla opiekuna. Jesteśmy adwokatami pacjenta.

To jest, jak sądzę, najgłębszy etyczny fundament naszego zawodu. Nie chodzi o to, żeby być zimnym, pozbawionym empatii egzekutorem medycznych protokołów. Chodzi o to, żeby wśród wszystkich głosów – głosu opiekuna, rodziny, społeczności internetowej, własnego lęku przed konfliktem – nie zgubić tego jednego, który jest najcięższy i najcichszy. Głosu pacjenta.

Eutanazja pozostaje decyzją medyczną. Do gabinetu wnosimy jednak nie tylko wiedzę kliniczną, ale także własne doświadczenia, nawyki komunikacyjne i obciążenia wynikające z wcześniejszych decyzji. Z każdym kolejnym pacjentem ten bagaż staje się nieco cięższy, a mechanizmy obronne nieco silniejsze. Po drugiej stronie stołu stoi opiekun, którego stan – emocjonalny, organizacyjny, fizyczny – wpływa na przebieg rozmowy i na to, co z niej ostatecznie wyniknie. Ujęcie tej sytuacji wyłącznie w kategoriach medycznych, z pominięciem całej tej gęstej sieci międzyludzkich zależności, prowadzi do niepełnego rozpoznania problemu. I w konsekwencji do decyzji, które być może są medycznie poprawne i obronią się w świetle dokumentacji, ale pozostają

stają ludzko niepełne. A to właśnie z tym ludzkim wymiarem będziemy musieli żyć my i nasi klienci, długo po tym, jak parametry medyczne przestaną mieć jakiegokolwiek znaczenie.

Nie wiem, czy istnieje idealna wersja tej rozmowy. Prawdopodobnie nie. Każdy pacjent to inna historia, każdy opiekun to inny bagaż doświadczeń.

Ale wiem z całą pewnością, że jej unikanie zawsze kosztuje więcej niż jej przeprowadzenie.

I wiemy doskonale, kto ostatecznie płaci za nasze milczenie. ●

Piśmiennictwo

1. Ellis E. M., Dimsdale-Zucker H. R., Seligman M. E. P., Lerner J. S.: Why are people vulnerable to misinformation? The role of emotions in medical decision making. „Med. Decis. Making”, 2018, 38 (8), 1044–1056.
2. Houmady S., Chaise L., Guillot M., Rebout N.: All pet owners are not the same: End-of-Life caregiver expectations and profiles. „Top. Companion Anim. Med.”, 2024, 62, 100868.
3. Ito Y., Ishikawa H., Suzuki A., Kato M.: The relationship between evaluation of shared decision-making by pet owners and veterinarians and satisfaction with veterinary consultations. „BMC Vet. Res.”, 2022, 18, 296.
4. Janke N., Coe J. B., Bernardo T. M. i wsp.: Pet owners' and veterinarians' perceptions of information exchange and clinical decision-making in companion animal practice. „PLOS ONE”, 2021, 16 (2), e0245632.
5. Kappes A., Faber N. S., Kahane G. i wsp.: Concern for others leads to vicarious optimism. „Psychol. Sci.”, 2018, 29 (3), 379–389.
6. Lovell M. R., Lee R. T., Brotheridge S., Parker J. A.: A qualitative investigation of patient and caregiver opinions about palliative care. „Palliat. Med.”, 2015, 29 (1), 40–47.
7. Offer E., Merz M. P., Krockow E. M. i wsp.: Prevalence and predictors of medical information avoidance: A systematic review and meta-analysis. „Ann. Behav. Med.”, 2025, [online ahead of print].
8. Ouedraogo F. B., Lefebvre S. L., Hansen C. R., Brorsen B. W.: Compassion satisfaction, burnout, and secondary traumatic stress among full-time veterinarians in the United States (2016–2018). „J. Am. Vet. Med. Assoc.”, 2021, 258 (11), 1259–1270.
9. Roberts C., Blackwell E. J., Roe E. i wsp.: Awareness and Use of Canine Quality of Life Assessment Tools in UK Veterinary Practice. „Animals”, 2023, 13 (6), 1105.
10. Romao M. E., Beheshti S. R., Scocciati S., Barelli S.: Veterinarian-Client Communication as a Driver of Burnout: A Scoping Review of Relational Risk and Protective Resources. „Vet. Sci.”, 2026, 13 (5), 411.
11. Shaevitz M. H., Tullius J. A., Callahan R. T. i wsp.: Early caregiver burden in owners of pets with suspected cancer: Owner psychosocial outcomes, communication behavior, and treatment factors. „J. Vet. Intern. Med.”, 2020, 34 (6), 2636–2644.
12. Silva M. V., Santos R. R., Barbosa M.: Euthanasia and prolonged grief: A cross-sectional study with bereaved pet owners. „J. Vet. Behav.”, 2025, 79, 60–67.
13. Spitznagel M. B., Anderson J. R., Marchitelli B. i wsp.: Owner quality of life, caregiver burden and anticipatory grief: How they differ and why it matters. „Vet. Rec.”, 2021, 188 (9), e74.
14. Spitznagel M. B., Patrick K., Gober M. W. i wsp.: Relationships among owner consideration of euthanasia, caregiver burden, and treatment satisfaction in canine osteoarthritis. „Vet. J.”, 2022, 286, 105868.
15. Wendler D., Rid A.: Systematic review: The effect on surrogates of making treatment decisions for others. „Ann. Intern. Med.”, 2011, 154 (5), 336–346.

Kuba Letek, e-mail: kontakt@kubaletek.pl