

# LUDOVICA DI PANFILIS

## A palliatív szedáció etikai kérdései<sup>1</sup>

**Összefoglalás** ♦ *A tanulmány célja azoknak az etikai kérdéseknek a vizsgálata, amelyek a palliatív/terminális szedáció (P/TSZ) kapcsán felmerülnek a szakirodalomban: a szándék problémája, a kettős hatás elmélete, az eutanázia és a szedáció közötti különbség. Ezen túl olyan témákra is kitér, mint a test filozófiája, érzékelése, az etikai-egzisztenciális kérdések dimenziója, valamint az élet végét érintő választások etikai kommunikációja. Az elemzés az európai kulturális kontextus keretein belül történik.*

### Bevezetés

A P/TSZ vagyis a folyamatos, mély szedáció<sup>2</sup> „az éberség szándékos, gyógyszeres úton történő redukciója egészen az öntudat elvesztéséig annak érdekében, hogy a beteg számára másként elviselhetetlen kórtünet érzékelését csökkentsék vagy megszüntessék, miközben megtörténtek a megfelelő lépések a betegség tüneteinek kezelésére, amely azonban nem kezelhetőnek bizonyult” (1). Nem kezelhetőnek definiálnak egy tünetet, amennyiben „minden lehetséges kezelés sikertelen volt vagy a kezelést végző team közös megegyezése szerint – a megismételt és alapos szakértői elemzést követően –, nem létezik olyan elérhető módszer, amely adott időtartam alatt képes enyhíteni azt, vagy olyan kiegészítő kezelés, amely segíthet elviselni.” (2). A „nem kezelhető tünet” fogalma segít azonosítani azokat az egyedi szituációkat, amelyekben a P/TSZ alkalmazható, továbbá amelyek kapcsán potenciálisan felmerülhetnek az első fontos etikai kérdések. A nem kezelhető tünet előfordulása

<sup>1</sup> "La sedazione palliativa: aspetti morali ed etici". Fordította: Zsák Éva

<sup>2</sup> A folyamatos, mély szedáció az egyén tudatos életét egészen a halál beálltáig redukálja. A szakirodalomban a „terminális szedáció” megnevezés a leginkább használatos, azonban ez a megnevezés azt sugallhatja, hogy az valamilyen módon meggyorsítja a halál bekövetkeztét, és emiatt számos ellenkezést váltott ki. Alternatívaként különböző megnevezéseket javasoltak, mint például a „folyamatos, mély szedáció”, „életvégi szedáció”, „palliatív szedációs terápia”. Ebben a tanulmányban a „palliatív/terminális szedáció” kifejezést használjuk, mert leginkább ez felel meg a nemzetközi szakirodalomban leggyakrabban előforduló megnevezéseknek.

elsődlegesen a delíriumot, a haláltusát jelenti, míg a fájdalom alacsony százalékban fordul elő a P/TSZ indikátoraként. Ez azt jelenti, hogy az olyan szenvedés, amelyet „egzisztenciálisnak” lehet definiálni, és amely a halál közelében jelentkezik, gyakran megfelelő motiváció arra, hogy a P/TSZ-t, mint a palliatív terápiás kezelések utolsó lehetséges eszközét válasszák. A *terminal restlessness* (terminális nyugtalanság, zavartság) mint a leggyakoribb P/TSZ indikáció (3) például azt demonstrálja, hogyan foglalja magában a kezelés egy multidimenziós szféráját, amely ugyanakkor a fontolóra veendő etikai kérdések körét is egyre tágítja.

Miután a figyelem azokra az etikai területekre fókuszálódott, amelyek általában felmerülnek a P/TSZ kapcsán, és amelyek célja a szedáció gyakorlatának morális igazolása, valamint az eutanáziától való határozott megkülönböztetése, a továbbiakban olyan erkölcsi kérdések kerülnek előtérbe, amelyek a beteg személyt és a kapcsolatait illetik, továbbá amelyeket nagy alaposággal kell elemezni annak érdekében, hogy a P/TSZ etikájáról teljes képet kaphassunk.

Amennyire morális szempontból alapvető volt a P/TSZ létjogosultságának igazolása, manapság legalább annyira fontosak a még fel nem dolgozott, etikai dimenziókhöz kapcsolódó érvek, amelyek célja nem a szedációt védő vélemények támogatása, hanem éppen ellenkezőleg, az erkölcsi érvelésből esetlegesen kimaradt aspektusok megfontolása.

### **A palliatív/terminális szedáció létjogosultságának igazolása a fontosabb etikai elméletek alapján**

A P/TSZ létjogosultságának igazolására való igény főként abból a bizalmatlanságból fakad, amelyet ez a gyakorlat a halál bekövetkeztéig tartó öntudatvesztés miatt vált ki. Ez a fajta bizalmatlanság különösen megfigyelhető olyan kultúrákban, mint például az olasz, ahol az erősen katolikus mindennapi élet a P/TSZ-nek az eutanáziás gyakorlattól való határozott megkülönböztetését igényli, valamint annak demonstrálását, hogy a P/TSZ célja nem a halál bekövetkeztének előidézése, hanem a fájdalom enyhítése. Olaszország szimbolikus azért is, mert azon kevés uniós országok közé tartozik, ahol mindmáig nem létezik olyan törvényi szabályozás az emberi élet végére vonatkozóan, amely lehetővé tenné állampolgárainak, hogy a saját halálukat és az azt megelőző módot illetően kifejezésre juttassák személyes akaratukat. Paradox módon azonban az eutanázia és a P/TSZ közötti különbségtétel olyan országokban is érdeklődést vált ki, mint Hollandia, ahol az eutanázia gyakorlata engedélyezett, ugyanis az

ápolóknak és orvosoknak naponta kell szembenézniük mindkettővel, és az általuk kiváltott érzelmek általánosak, továbbá érzelmi és döntéshozási nehézségeket is jelentenek (4).

Szükséges a P/TSZ-t a palliatív terápiás kezelések egy fajtájának tekinteni, amelyet az élet végéig folytatnak, és amely etikai szempontból megengedett a legfontosabb etikai alapelvek szerint.

Elsőként nézzük a **principalista etikát** a négy, alapvetőnek tartott etikai elvvel, amelyeknek nincs hierarchikus rendje, és az individuumhoz való viszonyukban interpretálandóak, ahogyan a személy azokat megéli és értelmezi. Ezek: az autonómia, a jótékonyosság, a ne árts és az igazságosság elve (5). Ezen négy alapelv szerint a P/TSZ etikai szempontból megengedett, amennyiben tiszteletben tartja az egyén önrendelkezését, a javát szolgálja, és nem árt neki.

Az **életminőség etikája** szerint a P/TSZ-nek morális szempontból van létjogosultsága, mert a beteg javát szolgálja úgy, hogy tiszteletben tartja az autonómia etikai alapelvét, az etikai döntéshozatali folyamat három klasszikus kritériumát – a tájékozott beleegyezés, az előzetes rendelkezés és a helyettesített döntés elvét – követve.

A P/TSZ létjogosultságának morális megítélése az **élet szentségének** katolikus ihletésű **etikája** alapján abszolútnak és vitathatatlannak tartja az élet védelmét mint értéket. Tradicionálisan a kettős hatás doktrínáján alapszik, amely magában foglalja a szándékosság és az arányosság kritériumait egyaránt. Ezen etikai elv alapján a P/TSZ morálisan megengedett, amennyiben a halál esetleges korábbi bekövetkezete feltételezhető, de nem szándékolt, valamint, ha arányosságot hoz létre a feltételezhető negatív és az elérni kívánt pozitív hatás (a nem kezelhető kórtünetek kontrollja) között, továbbá, ha nem létezik kezelési alternatíva (6).

### **A palliatív/terminális szedáció és az eutanázia: a szándék kérdése**

Bár a P/TSZ-t teljes joggal sorolják a palliatív terápiák körébe, és kifejezett célja az egyébként gyógyíthatatlan fájdalom enyhítése, még mindig összetévesztik – különösen a köztudatban – az eutanáziával. Az eutanázia úgy határozható meg, mint „az a cselekedet, amelyet orvos vagy más szándékosan kivitelezett a beteg életének befejezésére, aki erre vonatkozóan kifejezett, ismételt és félreérthetetlen kérést tett annak érdekében, hogy megszabadítsák a szenvedésétől. Ennek megfelelően az erre irányuló cselekedet lehet tevőleges (aktív eutanázia), illetve nem tevőleges (passzív eutanázia)” (7). Ez a második jelentés az, amely több problémát hordoz magában etikai szempontból, és amely lehetővé teszi, hogy esetenként a P/TSZ-t és a passzív eutanáziát összemossák. Ezért is alkalmazzák a kettős hatás elméletét a

P/TSZ létjogosultságának igazolására. Az elmélet szerint erkölcsileg megengedett olyan kezelés végrehajtása, amelynek pozitív hatása (a szenvedés enyhítése) és feltételezhető negatív hatása (az élet esetleges megrövidítése) is van, feltéve, hogy ez utóbbi nem szándékos. Ennek a doktrínának megfelelően a törvényességnek három további feltétele létezik: az alternatív terápia hiánya (a cél más módon nem elérhető), a pozitív (a szenvedés kontrollálása) és a negatív (a halál bekövetkeztének hipotetikus felgyorsítása) hatás közötti arányosság, amely szerint a pozitív hatás elsődleges a negatívval szemben, valamint az eszközök és hatások közötti különbségtétel (a negatív hatás, azaz a halál bekövetkeztének felgyorsítása nem lehet eszköz a pozitív hatás elérése érdekében) (6).

A kettős hatás doktrínáját övező érvelések értelmezésekor érdemes figyelmet fordítani a P/TSZ és az eutanázia közötti különbségre, a szándék fogalmát elemezve a kétféle gyakorlat alapján. A P/TSZ olyan orvosi eljárás, amelyet a nem kezelhető tünetek előfordulásakor valósítanak meg, továbbá rendszerint olyankor, amikor a beteg halála 72 órán belül bekövetkezik, azaz megfelel annak az időtartamnak, amely általában a P/TSZ maximális időtartamát jelenti. A P/TSZ esetében a halál bekövetkezése előre látható és elkerülhetetlen. A palliatív kezelést végző orvos szándéka a halál bekövetkeztét a lehető legkevesebb fájdalommal és szenvedéssel telivé tenni. Ez a szándék legitim, míg a beteg halálának szándékos előidézése morális szempontból lehet legitim vagy sem. Ennek értelmében írja John Finnis, hogy létezik egy világos és lényeges megkülönböztetés a kétféle gyakorlat között: megölni valakit farmakológiai eszközökkel, hogy megszabadítsuk a fájdalomtól és a szenvedéstől vagy pedig csillapítani valakinek a fájdalmát gyógyszeres úton, előre látva a beteg bekövetkező halálát (8).

### **A palliatív/terminális szedációt érintő etikai kérdések a P/TSZ létjogosultságának morális igazolásán túl: kapcsolati autonómia, az igazság kommunikációja és a test filozófiája**

Ennek a résznek a célja a P/TSZ témájának etikai nézőpontok alapján történő, a jelenség létjogosultságának fentebbi igazolásán túli elemzése. Előfeltételezésünk, hogy a P/TSZ integráns részét képezi a palliatív kezelések alapjait érintő filozófiának, és bioetikai szempontból az a referencia-paradigma, amelyben a gyógykezelésre vonatkozó etika érvényesül. Ez a fajta etikai paradigma a 80-as évek amerikai feminista mozgalmán belül született (9), amely az autonómia és a jótékonyág klasszikus, liberális elveihez képest alternatív alapelveket keresett, miután az előbbieket absztraktnak és nem a hús-vér

individuumra vonatkozóan tartotta. Ebből a nézőpontból a P/TSZ olyan klinikai eljárás mód és etikai cselekedet, amelynek nincsen szüksége morális igazolásra, hanem épp ellenkezőleg, „erkölcstelenné” válik, amennyiben nem valósítják meg azon meghatározott körülmények között, ahol szükség van rá. A további érvelés előtt szükséges ezért egy etimológiai pontosítás: amikor etikáról beszélünk, ebben a kontextusban nem arról a normatív szabályrendszeréről van szó, amely a személy viselkedését, cselekedeteit egy meghatározott módon irányítja. Sokkal inkább azoknak a mély érzéseknek az összességét értjük rajta, amelyek létjogosultságát racionálisan megalapozottnak érezzük (10).

Ezen pontosítások fényében úgy kell látnunk a P/TSZ-t, mint a lehetőségek határáig megosztott, közös döntéshozatali folyamat eredményét. Az autonómia klasszikus alapelve például egyfajta individualista nézőpont kifejeződése, és ezért nem esik a konkrét döntések kontextusába, hanem inkább ki van ragadva a tipikus személyes relációk dimenziójából: ebben az értelemben az autonómia elve, a tájékozott beleegyezés filozófiai alapelve az ideális betegre épít, aki tudatánál van, informált, szabad és iskolázott, így önrendelkezésre képes (11).

A kapcsolat ugyanakkor a terápiás dimenziók központi tengelye, az autonómia elvét ennek fényében kell látni. E látásmódon keresztül tűnik teljesebbnek a „kapcsolati autonómia” jelensége, amely az egyén kontextusba helyezett autonómiáját jelenti, függetlenül azon kötelekek sűrű szövedékétől, amelyek befolyásolják a saját életére vonatkozó döntéseit.

A Barcelonai Nyilatkozat<sup>3</sup> bioetikai és biomedikális szempontok szerint négy fontos alternatív alapelvet különít el: ezek a vulnerabilitás, az autonómia, az integritás és a méltóság. A minket itt leginkább érintő fogalom ezekből kettő: az autonómia és a vulnerabilitás. A sebezhetőség elve, amely az oltalom és a felelősség etikai válaszát hívja elő, definíció szerint „kifejezi az élet végességét és törekenységét, ezért a vulnerabilitás olyan erkölcsi alapelv tárgya, amely a sebezhetőekről való gondoskodást követeli meg” (12). Az autonómia alapelveivel való együttes érvényesítése abban áll, hogy a sebezhető állapotban lévő embereknek lehetővé teszi, hogy a saját autonómiájukat megvalósítsák. Ami az autonómia definícióját illeti, „az a másokról való gondoskodás kontextusában értelmezendő (...). Az autonómiát nem csupán úgy kell értenünk, mint a személyes adatokhoz való hozzáférés

---

<sup>3</sup> A **Barcelonai Alapelvek** egy 1995 és 1998 közötti, 3 évig tartó vitasorozat eredménye, amelyben a kibővített Európai Unión belül 22 különböző nemzetiségű partner vett részt, és amelyet a koppenhágai székhelyű *Danish Centre for Ethics and Law in Nature and Society* koordinált. A vitasorozatban részt vettek oktatók, kutatók, a témában érintett szakemberek, de elsősorban európai állampolgárok. A cél egy nagy volumenű nyilvános vita gerjesztése volt, különösen lényeges és ellentmondásos témákat fókuszba állítva.

engedélyezését vagy tudományos kísérletekhez való hozzájárulás megadását, hanem a következő kritériumok mentén kell azonosítanunk: 1) életcélok meghatározására való képesség; 2) saját, belső erkölcsi törvény kialakítására való képesség; 3) reflexióra és kényszerítés nélküli cselekvésre való képesség; 4) a tájékozott beleegyezés megadására való képesség. (...) Azonban, miután az ember élő testben létezik, nem lehet másként tekinteni rá, mint kapcsolatban lévő lényre.” (12). A központi téma, amely köré ez a tanulmány épül, pontosan a kapcsolat, amely 1) a másokkal való viszonylatban, 2) a saját testünkkel való viszonylatban ölt testet: úgy értendő, mint emberi mivoltunk szubjektivitásának és ugyanakkor mint relációinknak a jele.

A gondoskodásra épülő etikában „az autonómia a kapcsolati hálóból és felelősségből táplálkozó folyamat és nem előzetesen létező, statikus állapot: az autonómia önálló morális cselekvésre való képességként értendő: etikai autonómia a különböző lehetőségek közötti választások viszonylatában, szem előtt tartva a felelősséget, a másokkal való kapcsolatokat, konfrontálódást és dialógusokat. Ezért (...) az etikai kérdés inkább az, melyik a legmegfelelőbb kezelés az arra rászoruló alany számára” (13).

Egy másik nagyon fontos, megfontolandó etikai aspektus a kommunikáció etikája; esetünkben a P/TSZ a halál közelségében megvalósuló kezelés lehetőségének a kommunikációja.

A beteggel és családtagjaival beszélni a P/TSZ-ről valódi orvos-beteg kapcsolatot feltételez, amelyben a diagnózis felállításától megvalósul a kezelési módhoz kapcsolódó információáramlás. Az igazság kommunikációja az egyik legfontosabb, multidiszciplináris nézőpontból is vitatott problémát jelenti, amellyel szembetalálja magát az orvos, a pszichológus, a jogász és az etikus is. Általánosságban elmondható, hogy az igazság valamely közös és objektív előfeltétel racionális elfogadásának formája. Az igazság fogalma azonban, amikor olyan kérdéseket vizsgálunk, mint a halál, a szenvedés és a fájdalom, többé nem egységes, hanem összetett, ellentmondásos. Egzisztenciális nézőpontból az ember viszonya az igazsághoz és a valósághoz majdnem mindig drámai. (14)

A „mindent megmondani” és a „semmit sem mondani” között számos fokozat létezik, amelyek az adott egyéntől és sajátosságaitól függenek. Továbbá minden individuum annak a kultúrának a része, amelybe tartozik: amíg Amerikában az általános trend a majdnem teljes nyitottság a rosszindulatú daganatos megbetegedéseket illető információk vonatkozásában – a hozzáállás a polgár- és betegjogokat érintő mozgalmak, valamint a hospice fejlődésének eredménye (15) –, addig más európai kultúrákban a prognózis kérdésében a nem teljes mértékű nyitottság gyakorlata az elterjedt.

A daganatos megbetegedés diagnózisa nem csupán a beteget érinti, hanem egész családját is, ebből adódóan a kulturális hovatartozás kérdése külön figyelmet érdemel.

A kulturális kérdésen túl a kommunikáció és ebből adódóan az igazság befogadásának/elfogadásának problémája elsősorban szubjektív és személyes dimenziót ölt, másodsorban jogi természetűt. Szükséges hangsúlyoznunk, hogy az egyén igazsághoz való viszonya szigorúan véve szubjektív és függ az iskolázottságától, a személyiségétől, valamint attól a kontextustól is, amelyben az igazságot kommunikálják. Egy betegséghez kapcsolódóan védelmi mechanizmusok is bekapcsolódnak, amelyek miatt az egyén bár megismerheti az igazságot, de nem tudja elfogadni, így nem tud vele megküzdeni sem. A legmegfelelőbb hozzáállás ebben az esetben a tisztelet és a beteg igazsághoz való viszonyának elfogadása, megosztása.

A legjobb megközelítési módnak az tűnik, ha a gyógykezelési kapcsolaton belül közösen sikerül felépíteni az igazságot. Talán az *Advance Care Planning* (előzetes kezelési tervezés) képviseli erre vonatkozóan a legteljesebb stratégiát, a viszonyok ilyen formában megvalósuló kifejeződését.<sup>4</sup>

Az utolsó – a P/TSZ gyakorlatához kapcsolódóan itt tárgyalandó – etikai kérdés a test etikája.

A beteg és szenvedő ember valóságát gyakran jellemzi a racionális értelmezés felbomlása, nehézzé válik önmagát elhelyezni a világban, ami megakadályozza abban, hogy magáról, valamint az őt körülvevő világról helyes képet alkosson. Ha a testet egzisztenciális területnek vesszük, illetve az érzékelés alanyának, nyilvánvalóvá válik, hogy egy beteg test a rendszerezetlen, zavaros tapasztalatok, és így a hasonlóképpen zavaros jelentések alanyává válhat.

Amikor a test etikájáról beszélünk, azt az etikát értjük rajta, amely a testet nem a lélek-test kettős anyagi elemeként tartja számon<sup>5</sup>, hanem választások alapjaként, és a másokkal való kapcsolatok alanyaként: „a testben és a test által születünk, élünk, halunk meg mindannyian, és a testben és a testen keresztül leszünk részei a világnak és találkozunk másokkal”. (16) Egy

---

<sup>4</sup>Az *Advance Care Planning* az egyén saját életének végére vonatkozó formális döntési folyamat, amelynek célja, hogy segítse a betegeket döntést hozni a gyógykezeléseikkel kapcsolatban, és amely a döntéshozatali képesség elvesztésekor lépne érvénybe.

<sup>5</sup> A gondolkodás történetében már az ókortól kezdve jelen van ez a kettősség, és különböző definíciókban figyelhető meg: a test a lélek börtöne vagy a gondolat csomagolása vagy annak csupán egyszerű kiterjesztése akár. vö. Platón, *Phaidón*, 64c, Laterza, Bari 1983, p 75.

megfelelő szándékú gyógykezelés etikája nem tehet másként, mint hogy figyelembe veszi a test szerepét.

A fenomenológiai megközelítés segít kiemelni a központi témát: a test mint alany és a test mint tárgy közötti különbséget. Az első értelmezés szerint a test a szándékosságunk, az a „mód”, amelyen keresztül élünk, és a világban lehetünk, egy expresszív kifejezési módozat. Emiatt azonban a betegségen és a halálon keresztül megmutatja halandóságunkat és sebezhetőségünket. Innen ered a test feletti kontroll igénye, miután éppen benne mutatkoznak meg határaink, emberi mivoltunk törékenysége, esendősége.<sup>6</sup>

Ezt a gondolkodásmódot visszahelyezve a bennünket érdeklő kontextusba, azaz a palliatív terápiák kérdéskörébe, és ott is a szedációra fókuszálva ennek a tanulmánynak a célja annak demonstrálása, hogy az efféle kezelési mód nem csupán helyes etikai szempontból, hanem megfelel egy olyan kezelési módnak, amelynek létjogosultsága nem igényel igazolást, miután etikailag már helytálló. A test etikája, ahogyan értelmezésre került, tovább erősíti az eddig fenntartott tézist: „ha a fizikai fájdalom túlságosan erős, ha meghaladja az elviselhetőség küszöbét – abszolút, mennyiségi vagy relatív értelemben, az azt elviselni tudás képességéhez viszonyítva; valamint főként, amikor nem lehet már neki értelmet adni, zavart állapotot és traumát vált ki” (17). Ebben az esetben alkalmazható a szedáció mint legvégső és utolsó kezelési mód. A többit illetően, amennyiben a halál a természet része, a meghalás az ember feladata, és mint olyan, az autonóm döntések közé tartozik, és így újra részét képezi a test újra-elsajátítása teljes cselekedetének.

## **Következtetés**

A P/TSZ-ről szóló tanulmányban az összetett etikai kérdések vizsgálata jelenti az etikai megközelítés komplex stratégiáját, amikor nem elégszünk meg pusztán a morális nézőpontok elemzésével. Mindaddig, amíg az etikai érvek nem csupán elméleti keretet adnak, hanem a problémát jelentő helyzetek (mint például az emberi élet vége) feloldásának eszközét is jelentik, fontos szem előtt tartani a fentiekben elemzett kérdéseket, és alkalmazni is őket azzal a szándékkal, hogy a P/TSZ a palliatív medicina újra alkalmazható kezelési módjai közé tartozzon.

---

<sup>6</sup> Ibid., p 20. A test fenomenológiai elemzéséről vö. Maurice-Merleau Ponty, *Fenomenologia della percezione*, Bompiani, 2008; E. Levinas, *Totalità e infinito*, Edizioni Erikson, Trento, 2008.

A tanulmányban kitüntetett figyelmet fordítunk a beteg ember életminőségére és emberi méltóságára.

## **IRODALOM**

Raccomandazioni della Società Italiana di cure Palliative (SICP) sulla sedazione terminale/palliativa, *RICP* 2008; 1: 16-36.

CHERNY N., PORTENOY R. Sedation in the Management of refractory symptoms: guidelines for evaluation and treatment, *J Palliat Care*, 1994: 10: 31-8.

RIETJENS JA, VAN ZUYLEN L., ET AL Palliative Sedation in a specialized unit for acute Palliative care in a cancer hospital: comparing patients dying with and without palliative sedation, *J Pain Symptom Manage*, 2008: 36 (3): 228-34.

RAUS K., BROWN J. ET AL, Continuous sedation until death: the everyday moral reasoning of physicians, nurses and family caregivers in the UK, The Netherlands and Belgium, *BMC Medical Ethics*, 2014, 15:14

BEAUCHAMP T.L. E CHILDRESS J.F., *Principi di Etica Biomedica*, Le Lettere, Firenze: 2009.

Orsi L, Quesiti clinici in Cure Palliative. Sedazione Terminale/Palliativa. Dossier n. 4, *RICP*, Vol. 14, n. 2, 2012.

CAVICCHI I., CODA P. ET AL *Le parole ultime. Dialogo sui problemi del "fine vita"*, Edizioni Dedalo, Bari: 2011.

FINNIS J., Euthanasia, Morality and Law, 31 *Loy. L. A. L. Rev.* 1123 (1997-1998).

GILLIGAN C., *In a Different Voice: Psychological Theory and Women's Development*, Harvard University Press: 1982.

MORI M., *Manuale di bioetica. Verso una civiltà biomedica secolarizzata*, Le Lettere, Firenze: 2011.

MARZANO M., *Etica oggi*, Erikson, Trento 2011.

*The Barcelona Declaration on Policy Proposals to the European Commission on Basic Ethical Principles in Bioethics and Biolaw*, 1998, BIOMED-II Project in Barcelona, November 1998

BENDER L., *Un'analisi femminista della morte medicalmente assistita e dell'eutanasia attiva volontaria*, in *Questioni di fine vita. Riflessioni bioetiche al femminile*, a cura di C. Faralli, S. Zullo, Bononia University Press, Bologna 2008, pp. 105-134.

"Chi più sa, più soffre": Michela Marzano interpreta il *Qohelet*, *Repubblica*, 27 Settembre 2012.

WOOD W.A. ET AL. Commentary: disclosure in Oncology. To whom does the truth belong?, *Onc Med Eth*, (2009), 14: 77-82.

MARZANO M., *La filosofia del corpo*, Il melangolo, Genova 2010.

ARGENTIERI S., *L'esperienza dolorosa tra il corporeo e lo psichico*, in *Il dolore superfluo*, a cura di Domenico Gioffre, Erickson, Gardolo 2008, p.53.

Ludovica de Panfilis  
filozófus  
a Bolognai Egyetem PhD hallgatója  
[ludovicadepanfilis16@gmail.com](mailto:ludovicadepanfilis16@gmail.com)

*Fordította: Zsák Éva*