

Adam Świeżyński

Śmierć, której pragniemy : zasadnicze motywy działania samobójcy

Collectanea Theologica 70/3, 109-137

2000

Artykuł został zdigitalizowany i opracowany do udostępnienia w internecie przez Muzeum Historii Polski w ramach prac podejmowanych na rzecz zapewnienia otwartego, powszechnego i trwałego dostępu do polskiego dorobku naukowego i kulturalnego. Artykuł jest umieszczony w kolekcji cyfrowej bazhum.muzhp.pl, gromadzącej zawartość polskich czasopism humanistycznych i społecznych.

Tekst jest udostępniony do wykorzystania w ramach dozwolonego użytku.

ADAM ŚWIEŻYŃSKI, GDAŃSK

ŚMIERĆ, KTÓREJ PRAGNIEMY. ZASADNICZE MOTYWY DZIAŁANIA SAMOBÓJCZY

Naturalnym celem ludzkiego działania jest troska o zachowanie życia. Cały postęp współczesnej medycyny, techniki i innych dziedzin naukowych zmierza ku umożliwieniu człowiekowi życia maksymalnie długiego i udanego. Nawet wyścig zbrojeń jest (przynajmniej w oficjalnych deklaracjach) wyrazem chęci zabezpieczenia się przed potencjalnym agresorem i ocalenia siebie.

„Człowiek nie żyje jako istota samotna i niezależna, przeciwnie, jest zależny i zniszczalny”¹. Tę prawdę uświadamia sobie każdy, kiedy spotyka go cierpienie. Niezwykle trafne, choć zarazem przygnębiające wydaje się więc stwierdzenie T. Browne’a: „Nikt nie wie, w jakim bólu przychodzi na ten świat, ale wszyscy poznamy, jak niełatwo się z niego wydostać”². Nikt nie może przewidzieć, czy obecna dekada życia będzie dla niego ostatnią, czy też będą następne. Dobre zdrowie nie gwarantuje w tym wypadku niczego. Myśląc o śmierci każdy pragnie, aby odbyła się ona bez cierpień. Każdy chciałby przejść przez nieunikniony proces umierania w przyzwoity sposób, zgodnie ze współczesnym wydaniem *ars bene moriendi*, w pięknym stylu ostatnich chwil. Są ludzie, którzy chcieliby umrzeć błyskawicznie, nagle, z zaskoczenia; są i tacy, którzy woleliby, aby to się stało w wyniku krótkiej i bezbolesnej choroby, wśród ludzi i rzeczy, które kochają. Należy sądzić, że ci ostatni stanowią w społeczeństwie większość³. Jednak tęsknota do wyidealizowanego końca, zwanego dobrą śmiercią, nie oznacza, iż ktokolwiek ma gwarancję, że taki właśnie koniec go spotka lub że mu się należy. Zapewne większość ludzi będzie cierpiała fizycznie i psychicznie i powiększy jeszcze bole-

¹ H. Haskovcova, *Między życiem a śmiercią*, tłum. H. Wasylkiewicz, Warszawa 1978, s. 53.

² *Tamże*, s. 52.

³ K. de Walden-Gałuszko, *Pomoc psychologiczna osobom umierającym*, Znak 10 (509) 1997, s. 86.

sną niepewność ostatnich dni o mękę niezdecydowania: trwać, czy się poddać, walczyć o przedłużenie swojego czasu, czy też nie?

Wielu ludzi uważa dzisiaj, że o kształcie swojego odchodzenia do kresu powinien w miarę możliwości decydować sam zainteresowany. Pogląd ten stawia raz jeszcze problem samobójstwa i jego etycznej dopuszczalności. Według jednych jest ono zjawiskiem klinicznym, „objawem szaleństwa”. Inni uważają, że jest świadomym wyborem egzystencjalnym, rezerwą wolności, rozwiązaniem ostatecznym. Chcąc zbadać obie tezy, należy przyjąć dwie definicje samobójstwa: jako patologii i jako „normy”. Trzeba jednak na wstępie powiedzieć, iż orzekanie patologii należy do psychiatrów, podczas gdy o kryzysach egzystencjalnych mówią filozofowie, socjologowie, ludzie zajmujący się kulturą.

W obrębie samobójstwa „normalnego” należy także wspomnieć o kategorii aktów zwanych samobójstwem z poświęcenia. Ze względu na wciąż powracającą w dyskusjach nad samobójstwem ideę ofiary, zasługuje ono choćby na krótkie omówienie.

Źródła pragnienia śmierci

Nigdy nie ma się do czynienia z człowiekiem w oderwaniu od jego ogólnej sytuacji, lecz zawsze z kimś, kto żyje w określonym kontekście osobistych doświadczeń i sytuacji społecznej. To ostatnie jest tak ważne w odniesieniu do zdrowia lub choroby, że można nawet powiedzieć, iż „nasze zdrowie dzielimy z innymi”⁴. Kontekst społeczny, w jakim żyje człowiek, może wpływać na przebieg wielu chorób i sposób ich przeżywania. Dlatego przy poważnej i długotrwałej chorobie nieodwołalnie pojawiają się pytania o samorealizację człowieka, a więc pytania, które poruszają najbardziej fundamentalne aspekty ludzkiej egzystencji. Pozytywna lub negatywna odpowiedź na nie będzie warunkowała decyzję człowieka o kontynuowaniu lub chęci zakończenia własnego życia.

Choroba, ból, cierpienie

Poczucie szczęścia jest uświadomionym lub podświadomym celem dążeń każdego człowieka. Choroba zaś przekreśla wszystkie życiowe

⁴ P. Sporken, *Postępowanie z umierającymi*, tłum. S. Szczyrbowski, w: H. Nikelski (red.), *Z pomocą umierającym. Przyczyńki do rozmowy na temat umierania i śmierci*, Warszawa 1989, s. 17.

plany, zaburzając normalne funkcjonowanie jednostki tak pod względem fizycznym, psychicznym, jak i społecznym. Zrozumiałe więc, że przeżywa się ją jako zagrożenie. Dla większości ludzi choroba to przykra sytuacja wyjątkowa, którą jak najszybciej chciałoby się mieć za sobą. Nie zmienia to faktu, że jest ona częścią każdego ludzkiego życia.

Chorobę określa się jako pierwszą formę zaburzeń prawidłowego funkcjonowania psychosomatycznego ustroju człowieka⁵. Jest procesem patologicznym, najczęściej fizycznym (np. infekcja gardła, rak oskrzeli), a czasami o pochodzeniu nieokreślonym (np. schizofrenia). Jakościowym wyróżnikiem choroby jest pewien rodzaj odchylenia od biologicznej normy. W czasie jej trwania zachodzą pewne obiektywne procesy, które poddają się obserwacji, pomiarom⁶.

Wielokrotnie choroba jest również rzeczywistością poprzedzającą śmierć, a więc procesem umierania. Współcześnie śmierć została zawłaszczona przez chorobę i stanowi tym samym jej ostatni etap czy moment⁷. W rozumieniu wielu obecnie żyjących ludzi ich istoty są tożsame, a ściślej mówiąc choroba stanowi istotę śmierci. Przysłoniła ona śmierć, która w stosunku do niej stała się czymś przypadłościowym. Jest już tylko choroba i chorzy, a nie śmierć i umierający. Nauka, mając trudności z zakwalifikowaniem śmierci, skupia się więc wyłącznie na chorobie, która zostaje zontologizowana jako odrębny byt poddany analizie psychologicznej, psychopatologicznej i wreszcie medycznej⁸. A jednak choroby nie są częścią składową śmierci, lecz życia. M. Maeterlinck pisał: „Przypisujemy śmierci męczarnie ostatniej choroby, a przecież niesłusznie. Choroby nie mają nic wspólnego z tym, czym się kończą. Są częścią życia a nie śmierci”⁹. Współczesne równanie: rak = śmierć (*cancer = death*) zniekształca rozumienie tego, co nazywamy chorobą i tego, co określamy mianem śmierci¹⁰.

⁵ T. Natanson, *Choroba jako bodziec twórczy*, Człowiek i Światopogląd 9 (212) 1983, s. 10.

⁶ W tym właśnie znaczeniu pacjent bywa często określany jako „przypadek chorobowy”, zob. H. Pera, *Sam nie podołam*, w: H. Bortnowska (red.), *Sens choroby, sens śmierci, sens życia*, Kraków 1993, s. 132.

⁷ P. Arics, *Człowiek i śmierć*, tłum. E. Bąkowska, Warszawa 1989, s. 353.

⁸ A. Alichniewicz, *Tanatologia filozoficzna jako podstawa tanatologii lekarskiej*, w: M. Gałuszka i K. Szewczyk (red.), *Umierać bez lęku. Wstęp do bioetyki kulturowej*, Warszawa-Łódź 1996, s. 139.

⁹ M. Maeterlinck, *Śmierć*, tłum. F. Mirandola, Warszawa 1993, s. 8.

¹⁰ Zob. A. Ostrowska, *Śmierć w doświadczeniu jednostki i społeczeństwa*, Warszawa 1997, s. 53-59.

Każda epoka ma swoje specyficzne choroby. Kilkadziesiąt lat temu głównym problemem medycznym były choroby zakaźne. Dziś dominujące znaczenie przypada schorzeniom serca i krwiobiegu oraz najrozmaitszym nowotworom. Rośnie także liczba ofiar wypadków i katastrof. Coraz więcej ludzi uskarża się na bóle głowy, złe samopoczucie, astmę, stany lękowe¹¹. Ludzie opisujący proces umierania chorych na raka, AIDS czy niewydolność układu krążenia ukazują ponury obraz związanych z nimi doświadczeń bólu i cierpienia¹². Są one bowiem czymś nierozłącznie związanym z wszelkimi chorobami spotykającymi człowieka.

Ból jest zjawiskiem bardzo złożonym. W jego strukturze można wyróżnić składową somatyczną (wrażenia zmysłowe), składową psychiczną (element poznawczy, uczuciowy) i składową mieszaną – psychosomatyczną (element behawioralny)¹³. Zatem reakcja na ból dotyczy wszystkich trzech sfer: somatycznej, psychicznej i behawioralnej. Trudno jest jednak zdefiniować sam ból. R. L e r i c h e mówi: „Od dawna próbowałem zdefiniować patomorfologię bólu, ale jest to mrzonka, z której musiałem zrezygnować – nie istnieje określony stan anatomiczny, który by ujawniał ból”¹⁴. W innym miejscu dodaje: „Co to jest ból? Tego nie wiemy”¹⁵. Ci, którzy mimo to próbują podawać definicje bólu, określają go jako reakcję i jednocześnie ekspresję szczególnie zindywidualizowaną, różną u poszczególnych podmiotów oraz jako przejaw emocjonalny, który powstaje w związku z uprzednimi wydarzeniami w życiu jednostki¹⁶ lub po prostu jako „reakcję na podniecie wskutek skaleczenia tkanki organicznej”¹⁷.

¹¹ Przegląd mechanizmów destrukcyjnego działania najpowszechniejszych współcześnie chorób zob. S. Nuland, *Jak umieramy. Refleksje na temat ostatnich chwil naszego życia*, tłum. M. Lewandowska, Warszawa 1996, s. 19-142 i 192-254. W Polsce według danych statystycznych na choroby układu krążenia umiera 51% mężczyzn i 59% kobiet, na nowotwory odpowiednio 20% i 16%, na choroby trawienne 3% i 3%, układu oddechowego 4% i 3%, wskutek urazów 9% i 4%, z powodu innych przyczyn 13% i 15%; zob. B. Pietkiewicz, *Kres*, Polityka 44 (2061) 1996, s. 26.

¹² Na temat etymologii bólu i cierpienia zob. A. Emery, *Cierpienie i ból*, tłum. A. Bławał, *Communio* 2 (50) 1989, s. 30-31.

¹³ K. de Walden-Gałuszko, *U kresu. Opieka paliatywna, czyli jak pomóc choremu, rodzinie i personelowi medycznemu środkami psychologicznymi*, Gdańsk 1996, s. 46.

¹⁴ F. Antonelli, *Oblicza śmierci. Jak kształtować właściwą postawę wobec śmierci?*, tłum. J. Dębska, Kraków 1995, s. 59.

¹⁵ *Tamże*.

¹⁶ *Tamże*, s. 62.

¹⁷ A. Emery, *Cierpienie i ból*, s. 32.

Ból, jako pojęcie abstrakcyjne, bywa odnoszony do różnych wrażeń. Są to wrażenia przykre, bardzo rozproszone i jednocześnie mało zrozumiałe. Z całą pewnością da się jedynie powiedzieć, że ból stanowi wypadkową między bodźcem nerwowym a jednostką jako całością. Odnosi się on do bytu jednostkowego i jako taki jest niepowtarzalny, nieporównywalny i całkowicie indywidualny. O ile reakcje na ból (np. skurcze mięśni, wydzielanie różnych substancji) mogą być zarejestrowane obiektywnie i mierzone, o tyle sposób odczuwania bólu jest subiektywną cechą każdego człowieka. Określany zwykle jako wypadkowa zmiennych – wytrzymałości na ból i progę bólu – jest doznaniem indywidualnym, mogącym się zasadniczo różnić u dwóch osób o podobnej reakcji na ból¹⁸. Także w przypadkach, gdy pochodzenie bólu jest obiektywnie zlokalizowane, reakcja na ból pozostaje osobista i subiektywna¹⁹.

Ból ma swoją wagę i znaczenie z klinicznego punktu widzenia²⁰. Czynnik kliniczny wymaga zwrócenia uwagi na określone okolice, które informują (właśnie przez ból) o konkretnej, obiektywnie istniejącej zmianie chorobowej²¹. Niekiedy ból staje się wręcz prawdziwym syndromem klinicznym, chorobą w chorobie, czyli tzw. chorobą bólową (ból chroniczny, przewlekły). Przedłużający się silny ból wywołuje w końcu rozległe skutki we wszystkich narządach, powodując zmiany biochemizmu płynów ustrojowych i ciśnienia w naczyniach krwionośnych, zaburzenia czynnościowe odległych narządów za pośrednictwem wegetatywnego (autonomicznego) układu nerwowego. Proces ten nazywany jest uwspółczulnieniem bólu. „W ostrym bólu człowiek definiuje ból – w bólu przewlekłym ból definiuje człowieka”²². Przed cierpieniem nie uchroni się również psychika, toteż mogą nastąpić takie zaburzenia równowagi psychosomatycznej, które usprawiedliwiają potoczne określenie „oszaleć z bólu”²³. Posługując się kryteriami empirycznymi można za F. Antonelli m wyróżnić

¹⁸ K. de Walden-Gałuszko, *Wybrane zagadnienia psychoonkologii i psychotanatologii. Psychologiczne aspekty choroby nowotworowej, umierania i śmierci*, Gdańsk 1992, s. 22-25.

¹⁹ F. Antonelli, *Oblicza śmierci*, s. 60.

²⁰ Zob. A. Emery, *Cierpienie i ból*, s. 33.

²¹ Na tym jednak kończy się rola bólu jako wskazówki terapeutycznej. Gdy choroba jest już zdiagnozowana, ból staje się nie tylko niepotrzebny, ale i szkodliwy; jest powodem dyskomfortu i stresu pacjenta utrudniającym proces umierania.

²² A. Ostrowska, *Śmierć w doświadczeniu jednostki i społeczeństwa*, s. 99.

²³ Dzięki przełomowej pracy R. Mclzacha i P.P. Walla, *The Puzzle of Pain*, Harmonworth 1973, stworzono podwalny model psychologicznego, wieloprzyczynowego, gdzie ból jest postrzegany jako kombinacja elementów organicznych, psychologicznych i społecznych. Zakwestionowano w ten sposób jednorodność i jednoprzyczynowość związku patologia – ból; *tamże*, s. 95.

cztery stopnie natężenia bólu. Stopień pierwszy to ból lekki, doznanie możliwe do zniesienia, które nie przeszkadza w wykonywaniu zwykłych czynności. Stopień drugi to ból umiarkowany, który może skupiać uwagę chorego i przeszkadzać mu w prostych czynnościach, zwyczajnie wykonywanych (lektura, prace domowe itp.). Trzeci stopień natężenia bólu oznacza ból silny, intensywny. Jest on na tyle gwałtowny, że całkowicie ogarnia świadomość, wyłączając wszelkie inne doznania psychiczne. Ostatni stopień to ból „nie do zniesienia”. Dochodzą tu zjawiska ze sfery ruchowej, jak podniecenie, skręcanie się z bólu, krzyki rozpaczcy itp.²⁴ Przy ocenie istoty bólu należy jeszcze wziąć pod uwagę czas trwania. W miarę jak ból trwa i przechodzi w stan przewlekły, następują u chorego zmiany psychoneurwowe, które mają tendencję do utrwalania wrażeń bólowych. Do nasilenia bólu przyczynia się także wspomnienie poprzednich jego ataków, oraz oczekiwanie i lęk, że znowu się powtórzą.

Lęk określa się jako stan dyskomfortu psychicznego polegającego na uczuciu zagrożenia. Jest on reakcją uczuciową, która w przypadku chorych (zwłaszcza terminalnie) występuje szczególnie często. Lęk jest odpowiedzią na zagrożenie, na możliwość utraty jakiejś ważnej wartości (np. zdrowia, życia) lub na brak stabilności – perspektywa znalezienia się w nieznannej sytuacji. Zagrożenie to wiąże się zwykle z sytuacją przewidywaną w dość odległej przyszłości²⁵.

Lęk należy odróżnić do strachu, który jest reakcją na zagrożenie konkretne w przyszłości bliskiej i dokładnie określonej (np. strach przed operacją, zastrzykiem itp.)²⁶. Trzeba przy tym pamiętać, że strach przed śmiercią jest wrodzony wszystkim organizmom. Zwierzę z reguły odczuwa tylko chwilowy strach bezpośrednio przed śmiercią. Natomiast lęk przed śmiercią jest dany człowiekowi, nawet jeżeli mu ona bezpośrednio nie grozi, ponieważ jedynie człowiek spośród rzeszy istot żywych pojmuje jej nieuchronność. Jedynie człowiek ma wyobrażenie śmierci, choć jest ono nieokreślone i mgliste. Człowiek wie o śmierci obiektywnie. Na podstawie praktyki i doświadczenia życiowego rozu-

²⁴ F. Antonelli, *Cierpienie i ból*, s. 67.

²⁵ K. de Walden-Gałuszeko, *U kresu*, s. 23.

²⁶ Rozróżnienie pomiędzy pojęciami strachu i lęku zostało wprowadzone przez S. Freuda. Postawy wobec śmierci i chorób są nacechowane mieszaniną jednego i drugiego uczucia. Oba te pojęcia są łatwe do rozróżnienia teoretycznie, jednak w praktyce trudno je osobno zidentyfikować; zob. A. Ostrowska, *Śmierć w doświadczeniu*, s. 38-39; por. A. Kępiński, *Lęk*, Warszawa 1973, s. 30-67.

mie, iż w każdej chwili może być zagrożony chorobą lub urazem, którego następstwem może być śmierć²⁷.

Strach przeżywa się zawsze wtedy, kiedy jego odczucie wyzwoli ból fizyczny lub psychiczny²⁸. Z kolei lęk jest uczuciem bardzo silnym i podobnie jak ból, z którym jest szczególnie mocno sprzężony, spełnia pozyteczną rolę jako sygnał ostrzegawczy przed niebezpieczeństwem. Jednak duże nasilenie lęku działa niekorzystnie, a ponadto, jako uczucie bardzo przykre, pogarsza ogólne samopoczucie i jakość życia²⁹.

Szczególną reakcją na ból jest cierpienie. Jest to uczucie wykraczające poza ból, bo obejmuje także poczucie straty czegoś, winy, strachu, gniewu, załamania. Określa się je jako dojmujące uczucie ucisku lub bólu następujące po wrażeniu bólowym³⁰.

Cierpienie uważa się za sumę trzech czynników: bólu somatycznego, niepokoju i depresji³¹. Ból jest tutaj związany z lękiem przed utratą jakiejś części lub nawet całego ciała. Niepokój oznacza obawę przed utratą jakiegoś nieodzownego obiektu zewnętrznego (np. innych ludzi, świata). Depresja natomiast jest echem dwóch poprzednich, czyli rezonansem uczuciowym jakiejś straty, przeczuwanej jako prawdopodobna i nieodłączna³². Ból zatem jest stanem, a cierpienie syndromem. Ból jest doznaniem wpisanym w czas; cierpienie jest stanem ducha przesyconym załamaniem i gniewem. Powyższe zróżnicowanie nie jest jedynie bezpodstawną spekulacją, ale ma znaczenie dla odpowiednio zróżnicowanych działań terapeutycznych, obejmujących środki, które znieczulają doznania bólowe lub środki przeciwdepresyjne, przeciw bólowi – cierpieniu.

Jeszcze jedna uwaga na temat bólu wydaje się interesująca w kontekście refleksji dotyczących śmierci. Śmierć mogą poprzedzać silne i długotrwałe bóle, ale sama w sobie jest ona bezbolesna. Ból jest w istocie produktem czasu. Doświadczając go trzeba, aby bodziec wyszedł z ja-

²⁷ Analizując treść lęków związanych ze śmiercią R. Schultz wymienia osiem czynników stanowiących potencjalne źródła odczuwanego niepokoju: 1) cierpienie fizyczne, 2) wstyd i poczucie poniżenia, 3) zmiany zachodzące w ciele chorego, 4) uzależnienie od innych, 5) konsekwencje śmierci chorego dla innych osób, 6) przerwanie realizacji ważnych zadań życiowych, 7) poczucie pustki i niemożność wyobrażenia sobie nicistnienia własnej osoby, 8) kara za grzechy, zob. A. Ostrowska, *Śmierć w doświadczeniu*, s. 41-42.

²⁸ H. Haskovcova, *Między życiem a śmiercią*, s. 51-52.

²⁹ K. de Walden-Gałusko, *U kresu*, s. 25.

³⁰ Zob. A. Emery, *Cierpienie i ból*, s. 35-36.

³¹ A. Ostrowska, *Śmierć w doświadczeniu*, s. 96.

³² Zob. S. Pużyński, *Depresje*, Warszawa 1988, s. 45.

kiegoś punktu ciała, przebiegł odpowiednimi drogami nerwowymi, dotarł do mózgu i został przez mózg odebrany³³. Śmierć jest bezbolesna, ponieważ „destrukcja jest tak wielka i całkowita, że jej sens i percepcja nie zdążają na czas być ogarnięte przez rozum³⁴. Ostatecznie w akcie umierania człowiek jest tak samo nieświadomy, jak był w momencie narodzin.

W realnych warunkach ludzkiej egzystencji poszczególne przypadki choroby mogą wykazywać nawet daleko posunięte różnice co do ich patologicznych form i stopnia natężenia. Na wyodrębnienie w osobną kategorię przypadków i specjalną refleksję zasługują przede wszystkim wtedy, kiedy zarówno organiczne ich przejawy jak i natężenie bólu osiągną stopień przekraczający przeciętną miarę ludzkiej wytrzymałości³⁵. Stojąc przy łóżku ciężko lub nawet śmiertelnie chorych pacjentów można dostrzec w ich oczach niedowierzenie i niezrozumienie, dlaczego muszą znosić to, co w ich odczuciu jest cierpieniem absolutnie wyjątkowym. W takiej sytuacji terminalnej szczególnie ważna staje się potrzeba odkrycia sensu wyżej opisanego stanu egzystencji. W nim mieszczą się również pytania o sens i wartość choroby, cierpienia itp.

Wielu ludzi nie potrafi się zgodzić z twierdzeniem, iż cierpienie uszlachetnia tego, który je znosi³⁶. Południowoafrykański kardiochirurg

³³ Podniety bólów wychodzą od dendrytów nerwowych i przez rdzeń kręgowy są przekazywane do podwzgórza, gdzie zostają wyzwolone jako działania refleksyjne powodując uczucie bólu. Z tego punktu wrażenie zmysłowe jest przekazywane do kory mózgowej, gdzie „doświadcza się” bólu; R.M. Youngson, *Medycyna. Słownik encyklopedyczny*, tłum. W. Grzybowski i A. Grzybowski, Warszawa 1997, s. 58.

³⁴ F. Antonelli, *Oblicza śmierci*, s. 72.

³⁵ Niektórzy chorzy, jeśli wcześniej nie uśmiercił ich udar albo zawał serca lub jakaś inna nagła infekcja, stają się wkrótce, jak to się trafnie choć mało humanitarnie określa, „warzywami”. Na tym etapie wszystkie wyższe funkcje mózgu zanikły. Jeszcze wcześniej niektórzy pacjenci tracą umiejętność chodzenia, żucia czy przełykania. Brak kontroli nad wydalaniem, unieruchomienie oraz niski poziom białka w surowicy powodują, że prawie niemożliwe jest uniknięcie odleżyn. Nietrzymanie moczu i konieczność cewnikowania pęcherza prowadzą niejednokrotnie do infekcji układu moczowego. Niezdolność przełykania śliny czy płwocin powoduje zaleganie śluzu w drogach oddechowych i zwiększa prawdopodobieństwo rozwinięcia się zapalenia płuc. W stanie uogólnionej infekcji, tzw. posocznicy, następuje wysiew bakterii do krwiobiegu, a w konsekwencji wstrząs, zaburzenia rytmu serca, niewydolność nerek, wątroby i w ostatecznym rezultacie – śmierć. Te „nadludzkie” cierpienia przychodzi nie raz znosić choremu w poniżających go warunkach zewnętrznych. Składa się na to jego własna całkowita nieporadność w zakresie nawet podstawowych funkcji fizjologicznych, brak należytej opieki z powodu czy to obojętności, czy też ograniczonych możliwości otoczenia, a ponad wszystko przedłużanie się tego stanu rzeczy na całe tygodnie, miesiące a nawet lata; por. S. Nuland, *Jak umieramy*, s. 128-130.

³⁶ Zob. T. Natanson, *Choroba jako bodziec twórczy*, s. 13-15.

Ch. Barnard uważa, że „osoba, która twierdzi, iż cierpienie jest doświadczeniem wzniosłym i uszlachetniającym, nie ma najmniejszego pojęcia, czym w istocie jest cierpienie, szczególnie to, które wiąże się z bólem fizycznym”³⁷. Na innym miejscu dodaje: „W fizycznym bólu nie ma nic wzniosłego, ani uszlachetniającego, bez względu na to, czy znoszony jest mężnie czy też nie”³⁸.

Według papieża Piusa XII „ból i śmierć są środkami odkupienia i uświęcenia”³⁹ (choć przyznaje on, że ból jako taki nie przedstawia żadnej wartości)⁴⁰. Ale jest oczywiste, że bardzo niewielu chorych jest na tyle zaawansowanych w życiu wiary, aby móc zrozumieć i przyjąć ten rodzaj argumentacji. Większość widzi swoje cierpienie fizyczne jako niesprawiedliwość, okrucieństwo losu, niezasłużoną karę⁴¹. R. Leriche uważa, że powinno się zrezygnować z idei bólu jako czegoś użytecznego. „Jest on w każdym przypadku darem zatrutym. Degraduje człowieka i czyni go jeszcze bardziej chorym”⁴². Zaś L. Lavelle zauważa, że cierpienie rozpatrywane poza użytkiem, jaki wola ludzka może z niego uczynić i poza dobrem jakiemu może służyć, jest jednocześnie absurdem i okrucieństwem⁴³.

Jakości życia

Choroba zawsze zakłóca dotychczasowy rytm życia. Pacjent jednak reaguje na chorobę swoją zdolnością adaptacji. Wszystkie obawy zależą od jego osobowości i dotychczasowych doświadczeń. Przyglądając się procesom chorobowym zachodzącym w organizmie człowieka na płasz-

³⁷ Ch. Barnard, *Godne życie, godna śmierć*, tłum. J.K. Kelus, Warszawa 1996, s. 101.

³⁸ *Tamże*, s. 102.

³⁹ Pius XII, *Przemówienie do uczestników IX Kongresu Włoskiego Stowarzyszenia Anestezjologii* (24 II 1957), AAS 46 (1957), s. 146. Por. Kongregacja Nauki Wiary, *Deklaracja o eutanazji (iura et bona)* (5 V 1980), w: *W trosce o pełnię wiary. Dokumenty Kongregacji Nauki Wiary 1966-1994*, tłum. Z. Zimowski i J. Królikowski, Tamów 1995, s. 144-145.

⁴⁰ „Przedłużanie się bólu przeszkadza w osiągnięciu dóbr i zamierzeń wyższych” (Pius XII, *Przemówienie do uczestników...*, s. 135).

⁴¹ E. Kübler-Ross, *Rozmowy o śmierci i umieraniu*, tłum. I. Doleżał-Nowicka, Warszawa 1979, s. 53-79.

⁴² F. Antonelli, *Oblicza śmierci*, s. 66.

⁴³ T. Sikorski, *Eutanazja. Przyczynek do studium moralnego*, STV 8 (1970) I, s. 465. Niektórzy jednak nie uznają cierpienia za zło, ponieważ sygnalizuje ono nienormalność fizjologiczną w ciele człowieka, a jego zlikwidowanie z konieczności pociągnęłoby za sobą usunięcie rozkoszy – „Bez cierpienia nie ma radości i rozkoszy”, V. Carraud, *Bądź mądry mój bólu*, tłum. L. Balter, *Communio* 5 (65) 1991, s. 53; zob. też O. Boulnois, *To nie do zniesienia*, tłum. L. Balter, *tamże*, s. 35-52.

czyźnie biologicznej, można zauważyć, że nigdy nie pozostają one bez wpływu na jego stronę psychiczną. I odwrotnie: stan psychiczny człowieka decyduje często o kondycji biologicznej. Z pewnością każda konkretna choroba zmienia do pewnego stopnia psychikę chorego, ale sytuacja ludzi dotkniętych chorobą chroniczną i nieuleczalną jest wyjątkowo kłopotliwa i całkiem szczególna. Można to zobrazować na przykładzie ludzi cierpiących na ciężkie schorzenia nerek i korzystających z leczenia dializą. Ci pacjenci, dawniej skazani na pewną śmierć, otrzymali w ostatnich dziesięcioleciach nadzieję dzięki wynalezieniu tzw. sztucznej nerki oraz możliwościom transplantacji. Są to często ludzie, u których „niczego nie zauważamy”. Poruszają się jak inni, pracują zawodowo, można ich spotkać w teatrze lub na koncertach. A przecież ich życie ma szczególnie charakter i zależy od specyficznego rytmu. Dwa razy w tygodniu opuszczają na kilka godzin „świat ludzi zdrowych” i zgłaszają się do hemodializy. Tam „sztuczna nerka” wykonuje to, do czego ich własny narząd nie jest już zdolny⁴⁴. Potem ludzie ci wracają do swoich domów i życie biegnie dalej. Czy jednak każdy z tych pacjentów jest szczęśliwy i zadowolony z warunków, od których wyłącznie zależy dalszy ciąg jego osobistego, indywidualnego życia?

Egzystencja skrępowana takim rytmem jest na pewno wartością pozytywną wobec grożącej śmierci. Mimo to okazuje się, że ten niezwykle sposób leczenia ma dla chorego równie ważne ujemne strony – utrzymywanie reżimu leczniczego, regularne przychodzenie we właściwym czasie do dializy, utrzymywanie diety, unikanie przemęczenia fizycznego, rezygnacja z uprawiania sportu, korzystania z wypoczynku poza miejscem stałego zamieszkania itd⁴⁵. Do wyżej wymienionych problemów dołączają się podobne trudności, jakie mają pozostali przewlekle chorzy. Pozostaje więc konieczność pogodzenia się nie tylko z bezsilnością fizyczną, ale również nową sytuacją w sferze społecznej. Każda ciężka choroba przekreśla możliwość podejmowania samodzielnych decyzji i realizacji podjętych planów, które są ważnym elementem satysfakcji życiowej. Małe dotychczasowe poczucie wolności, a to stanowi, zwłaszcza dla osób aktywnych, ciężkie doświadczenie. Dla każdego chorego problemem jest utrata więzi społecznych i samotność wśród ludzi. Bez względu na niekiedy podejście „zdrowych tego świata” może być dla oso-

⁴⁴ Zob. S. Kornas, *Współczesne eksperymenty medyczne w ocenie etyki katolickiej*, Czechochowa 1986, s. 230.

⁴⁵ H. Hascovcova, *Między życiem a śmiercią*, s. 108-111.

by chorej źródłem poczucia alienacji, mniejszej wartości, zbędności i wpływającej z tego bezcelowości jakichkolwiek wysiłków zmierzających do nadania sensu „spętanemu życiu”⁴⁶.

U osób chorych podstawowe potrzeby psychiczne i społeczne są podobne do potrzeb ludzi zdrowych, z dominującą wśród nich potrzebą dobrego samopoczucia czyli dobrostanu. Jako potrzeby szczególnie silnie wyrażone u osób chorujących wymienia się poczucie bezpieczeństwa i własnej wartości⁴⁷. Poczucie bezpieczeństwa – jedna z najsilniejszych potrzeb biologicznych człowieka pochodząca z popędu samozachowawczego – nabiera szczególnego znaczenia w sytuacji zagrożenia życia. Jeżeli nie zostanie ono zaspokojone, rodzi lęk i inne negatywne emocje, przyczyniając się do pogorszenia jakości życia. Natomiast poczucie własnej wartości (a niekiedy także godności) obniża często sytuacja chorego, oznaczająca całkowitą zależność od innych ludzi, postępujące ograniczenie sprawności, odrażający wygląd itp.⁴⁸

Jeszcze bardziej jaskrawym przykładem drastycznego pogorszenia się jakości życia człowieka jest przypadek A. Blanda, ofiary zamieszek w trakcie meczu piłkarskiego na stadionie Hillsborough w Sheffield w 1989 roku. „(...) A. Blond znajduje się w stanie stale wegetatywnym. Leży (...) odżywiany pokarmem płynnym podawanym przez sondę (...). Jego pęcherz opróżniany jest za pomocą cewnika (...), co wywołuje okresowe infekcje wymagające opatrywania i leczenia antybiotykami. Sztywność stawów spowodowała skurcz kończyn, tak że jego ramiona są mocno przygięte do klatki piersiowej, a nogi w nienaturalny sposób wykręcone. Odruchy gardłowe powodują wymioty i ślinotok. (...) Jego ciało żyje, lecz w nim samym nie ma życia nawet w tym sensie, w jakim żywa jest najpotworniej upośledzona, lecz świadoma istota ludzka”⁴⁹.

Te i wiele innych podobnych przypadków wywołują dyskusję, czy dopuszczalne jest, aby jakość życia człowieka miała wpływ na decyzję o jego przedłużaniu bądź skracaniu.

Kategoria jakości życia jest pojęciem ambiwalentnym, „Naturę człowieka można zważyć na dwa sposoby: jeden wedle jego celu – i wówczas jest on wielki i nieporównany; drugi wedle pospółstwa, tak jak się

⁴⁶ *Tamże*, s. 126.

⁴⁷ K. de Walden-Gałuszko, *U kresu*, s. 70.

⁴⁸ J. Łuczak, *Obowiązek uśmierzenia cierpień*, w: M. Śpiewakowska i R. Szpakowski, (red.) *Przed przejściem. Rozważania o opiece hospicyjnej*, Warszawa 1997, s. 19.

⁴⁹ Fragment opisu sądowego w sprawie *Trust v. Bland*, cyt. za P. Singer, *O życiu i śmierci. Upadek etyki tradycyjnej*, tłum. A. Alichniewicz i A. Szczęsna, Warszawa 1997, s. 69.

sądzi o naturze konia albo psa, ryczałtem, patrząc na zdatność w biegu (...) i wówczas człowiek jest obmierzły i szpetny. Oto dwie drogi, które każą o nim sądzić tak odmiennie i rodzą tyle dysput między filozofami”⁵⁰. W literaturze przedmiotu z kręgu anglosaskiego pojęcie jakości życia przeciwstawione jest kategorii jego sakralności, świętości⁵¹. W „etyce sakralności życia” mamy do czynienia z respektowaniem życia jako takiego, jako wartości samej w sobie⁵². Z kolei „etyka jakości” różnicuje wartość życia według zewnętrznych, najczęściej biologicznych kryteriów⁵³. Dążenie do promocji jakości życia biologicznego nie musi koniecznie wiązać się z brakiem szacunku dla życia biologicznie zdegradowanego⁵⁴. W tym celu należałoby rozróżnić jakość życia i jakości życia. W pierwszym przypadku chodzi o sens życia, o jego transcendentną wartość, w drugim natomiast o jego przymioty kwantytatywne, fizyczne i biologiczne⁵⁵. Pierwszy punkt widzenia opiera się na deontologicznej teorii etycznej i broni zasady równej wartości każdego życia ludzkiego, niezależnie od okoliczności. Poszukuje wartości w samym człowieku i za ich pomocą określa jakość jego życia. Drugi pogląd zawiera twierdzenie o relatywnej i nierównej wartości życia poszczególnych jednostek ludzkich. Jego zwolennicy dowodzą, że powinności utrwalania i obrony życia ludzkiego dopóty nie mają charakteru obowiązującego, dopóki nie doświadczą się jego rzeczywistej wartości⁵⁶.

Przez ocenę jakości życia (*Quality of Life* – QL) rozumie się własny obraz położenia życiowego, dokonany przez człowieka w wybranym okresie⁵⁷. Człowiek ocenia swoje położenie życiowe porównując je

⁵⁰ B. Pascal, *Mysli*, tłum. T. Żelcński (Boy), Warszawa 1997, nr 254, s. 118.

⁵¹ Zob. R.A. Mc Cormick, *The Quality of Life, the Sanctity of Life*, Studia Moralia t. 15, Roma 1977, s. 625-641; P. Singer, *O życiu i śmierci*, s. 68-92; 120-148.

⁵² Zob. F. Angelini, *Świętość ludzkiego życia*, tłum. K. Borowczyk, *Ethos* 1-2 (25-26) 1994, s. 49-55.

⁵³ R. Otowicz, *Osiągnięcia techniki medycznej wyzwaniem dla etyki i prawa*, *Przegląd Powszechny* 7-8 (899-900) 1996, s. 40-41; R. Tokarczyk, *Prawa narodzin życia i śmierci. Etyczne problemy współczesności*, Lublin 1984, s. 28.

⁵⁴ Możliwość tej nie bierze pod uwagę P. Singer, który traktuje decyzję o przerwaniu daremnej terapii jako rozstrzygnięcie oparte zawsze i tylko na negatywnej ocenie jakości życia; P. Singer, *O życiu i śmierci*, s. 130-147.

⁵⁵ R. Otowicz, *Osiągnięcia techniki medycznej*, s. 41.

⁵⁶ R. Tokarczyk, *Prawa narodzin...*, s. 28-29. Zob. też B.N. Nathanson, *Ręka Boga. Od śmierci do życia – podróż zwolennika aborcji, który zmienił zdanie*, tłum. M. Sobolewska, Warszawa-Ząbki 1997, s. 126-127. Szerzej na temat jakości i sakralności życia zob. R. Otowicz, *Etyka życia*, Kraków 1998, s. 134-145.

⁵⁷ K. de Walden-Galuszko, *U kresu*, s. 68.

z określonym standardem, który bywa kształtowany na podstawie przyjętego systemu wartości – czasami przez porównanie z sytuacją własną sprzed choroby lub sytuacją innych osób. Ocena jakości życia jest oceną różnicy, jaka istnieje między sytuacją upragnioną (idealną), a rzeczywistością istniejącą (realną) i zależy od stopnia zaspokojenia najważniejszych dla człowieka potrzeb. Jest przy tym własną, subiektywną oceną chorego⁵⁸.

Oceny QL dokonywane przez pacjentów należących do różnych grup chorych biorą pod uwagę cztery obszary: 1. sprawność ruchową (wyraża się ona stopniem zdolności do samoobsługi); 2. stan somatyczny, na który składa się sprawność podstawowych funkcji fizjologicznych oraz doznania somatyczne chorych (głównym czynnikiem decydującym jest tutaj ból); 3. stan psychiczny określany stopniem przystosowania do choroby, a także przez obecność lub brak uczuć negatywnych (lęku, przygnębienia, gniewu) i pozytywnych (radości, zadowolenia, nadziei); poza tym uwzględnia się ewentualne zaburzenia funkcji psychicznych – poznania, uwagi, pamięci i świadomości; 4. obszar społeczny określający rodzaj i jakość kontaktów międzyludzkich; dotyczy on głównie relacji wewnątrz rodzinnych, a czasami oceny warunków materialno-bytowych⁵⁹.

Wspomniane wcześniej rozróżnienie na jakość i jakości życia uzasadnia propozycję włączenia do oceny QL dodatkowego, bardzo istotnego obszaru duchowego. Akcentując problemy egzystencjalne i duchowe chorych, które wyróżnia np. kwestionariusz QL Mc Gilla opracowany przez zespół lekarzy kanadyjskich, autorzy podają, że podskala znaczenia życia koreluje najsilniej z ogólną oceną QL⁶⁰.

Warto w tym miejscu zauważyć, że stosunek pomiędzy ciałem a psychiką, ich wzajemny wpływ prowadzi u zdrowego osobnika do wytworzenia się określonej równowagi, która u chorych może zostać poważnie zakłócona. Przy każdorazowym zaburzeniu równowagi ujawnia się sprężenie psychiki ze zmianą w ciele pacjenta. Za oczywisty przyjmuje się

⁵⁸ Badania przeprowadzone przez prof. K. de Walden-Gałuszko pozwoliły ustalić, że czynnikiem wpływającym w sposób istotny na QL chorych (zwłaszcza w stanie terminalnym) jest poczucie sensu życia, które zmniejsza np. nasilenie przygnębienia. Mówiąc w uproszczeniu życie szczęśliwe, udane, bogate w pozytywne doświadczenia rozbudza pragnienie jego zachowania i przedłużania, mimo wiążących się z tym trudności. I przeciwnie – życie ułomne, kalekie, ubogie, przesycone cierpieniami może zrodzić wolę skrócenia go; zob. K. de Walden-Gałuszko, *U kresu*, s. 75.

⁵⁹ *Tamże*.

⁶⁰ *Tamże*, s. 76. Por. J. Łuczak, *Obowiązek uśmierzenia cierpień*, s. 20.

fakt, że czynniki psychiczne mogą nie tylko współdziałać przy powstawaniu choroby i wpływać korzystnie lub niekorzystnie na jej przebieg, lecz także w niektórych przypadkach mogą być głównym bodźcem wywołującym i pogłębiającym chorobę. Ta wzajemna interakcja, działając destrukcyjnie na organizm, może stać się powodem pragnienia przerwania trudnej do zaakceptowania egzystencji⁶¹.

Mimo całej swej nieznośności i uciążliwości to nie ból jest tym, czego człowiek obawia się najbardziej. Ludzie przede wszystkim boją się depersonalizacji, czyli tego, że koniec życia może w istocie wyprzedzić śmierć. Chodzi o fazę, w której nie jest się już zdolnym do sprawowania kontroli nad swoim otoczeniem. Człowiek bowiem silnie przywiązuje się do własnej wizji świata. Jest to świat, który reaguje na ludzkie działania, dostarcza człowiekowi informacji zwrotnych, potwierdzając w ten sposób jego istnienie, krótko mówiąc, świat, który ma jakiś sens. Podobne wymagania stawiane są ludzkiemu życiu. Ma ono być radosną celebracją faktu, że jest się żywym. Cokolwiek istniałoby poniżej tej linii demarkacyjnej staje się dla człowieka czymś nie do przyjęcia i w rozumieniu zwolenników etyki konsekwencjalistycznej podważa absolutny charakter zasady świętości życia⁶².

Śmierć psychogenna

W przeprowadzonej w USA ankiecie dotyczącej zagadnienia śmierci, znalazło się pytanie: „Czy sądzisz, że czynniki psychologiczne mogą skłonić lub nawet przyczynić się do śmierci człowieka?” Aż 92% spośród pytaných osób odpowiedziało twierdząco⁶³.

Można często usłyszeć o ludziach, którzy zmarli nagle, np. wskutek zawału serca wywołanego gwałtownym wzruszeniem, przerażeniem, bólem lub nawet wielką radością. Mówi się wówczas o śmierci psychogennej. Tutaj jednak chodzi nie tyle o śmierć spowodowaną emocjami, stanowiącą klasyczne zjawisko krótkiego spięcia, lecz raczej o typ śmierci powolnej, samorzutnej, pozbawionej uzasadnienia etiopatogenetycznego i podłoża klinicznego, jaką obserwuje się u osób, które nie widzą celu dalszego życia i poddają się śmierci, osiągając kres w cią-

⁶¹ Zob. Z. Płużek, *Psychologiczne aspekty samobójstw*, Znak 7-8 (217-218) 1972, s. 944-953.

⁶² P. Singer, *O życiu i śmierci*, s. 85-87.

⁶³ F. Antonelli, *Oblicza śmierci*, s. 147.

gu paru dni⁶⁴. Przykład takiej śmierci znajdujemy u F. Antonelliego: „Lekarz amputował nogę rannemu tubylcowi; chory czuł się już dobrze, lecz powiedział: Panie doktorze, nie chcę wracać do domu z jedną nogą, nie chcę już żyć. Nazajutrz był martwy”⁶⁵. Wydarzenia tego rodzaju są powszechne wśród ludów prymitywnych we wszystkich częściach świata, ale śmierć psychogenna nie jest jedynie „przywilejem” ludów pierwotnych. Zjawisko to zostało odnotowane wielokrotnie wśród jeńców wojennych i więźniów obozów koncentracyjnych⁶⁶.

Zjawisko śmierci psychogennej, którą można nazwać w tym przypadku samobójstwem psychicznym, występuje również u ludzi starych, przekonanych, iż runęły ich wszystkie życiowe wartości i dodatkowo zagrożonych w samotności, pozbawionych uczuć oraz zainteresowania ze strony innych. Postępujące osłabienie potrzeb życiowych i biologicznych ustępuje całkowicie miejsca zubożeniu, apatii i „wycofaniu się”, w którym jest się bliżej śmierci niż życia do tego stopnia, że nieistnienie ma tę samą wartość co istnienie. W tych warunkach człowiek stary zachowuje się podobnie jak wspomniany tubylec – zamyka się w sobie, odrzuca pożywienie, nie chce rozmawiać, myć się ani golić, ani być leczonym. Jest niewrażliwy na prośby i upomnienia i ostatecznie umiera⁶⁷.

W przypadku ludzi chorych decydujące znaczenie ma brak wiary w szansę wyleczenia i świadomość, że już nic nie można zrobić, aby zatrzymać rozwój choroby⁶⁸. Chorzy popadają wówczas w negatywizm, a nawet nihilizm. Stan ten określa się jako przygnębienie patologiczne⁶⁹. Przybiera ono wielokrotnie postać nasilonej i długotrwałej rozpacz, któ-

⁶⁴ „Choć może się to wydawać niewiarygodne, by silny, zdrowy człowiek mógł umrzeć w ciągu paru godzin z przyczyn wyłącznie psychicznych, to jest to prawdą absolutnie pewną, popartą wielką liczbą ściśle obserwowanych przypadków”; T. Kiełano wski, *Rozmyślenia o przemianiu*, Warszawa 1973, s. 27

⁶⁵ F. Antonelli, *Oblicza śmierci*, s. 147. Etnografowie i antropologowie obserwują u ludów żyjących w warunkach kultury pierwotnej zadziwiające zjawisko „śmierci Voodoo”, kiedy to członek plemienia, który popełnił najcięższe przestępstwo (przekroczył plemienne tabu) jest sądzony i skazywany na śmierć przez grupę starszych i czarownika, po czym świadomy winy umiera w ciągu kilku do kilkunastu godzin z przyczyn zupełnie niezrozumiałych dla cywilizowanego Europejczyka.

⁶⁶ Niektórzy jeńcy amerykańscy w Korci nagle przestawali przejawiać jakąkolwiek chęć i troskę o siebie. Zamykali się w sobie, nic przyjmowali pożywienia, kładli się naciągając koc na głowę i pozostawali bierni w oczekiwaniu na śmierć. Należy dodać, że wszyscy oni byli w dobrej kondycji fizycznej i umysłowej; zob. *tamże*, s. 149.

⁶⁷ T. Jaroszewski, *Soma i Psyche*, Człowiek i Światopogląd 9 (212) 1983, s. 24-25.

⁶⁸ *Tamże*, s. 32-33.

⁶⁹ K. de Walden-Gałuszko, *U kresu*, s. 27.

rej towarzyszy pełna izolacja od otoczenia połączona z odmową poddania się leczeniu i myślami samobójczymi. W takim stanie człowiek traci podstawę swojej egzystencji i już dłużej nie chce żyć. „Śmierć z własnej woli zakłada, że człowiek choćby instynktownie (...) stwierdził brak wszelkiej głębszej racji, aby żyć, bezsens tej codziennej krzątaniny i bezcelowość cierpienia”⁷⁰.

Pacjent, gdy wyczuje, że jego położenie jest beznadziejne i nie potrafi znaleźć się w zaistniałej sytuacji, po prostu „odwraca się twarzą do ściany i umiera”⁷¹. Wyjaśnienie takich sytuacji może być jedynie psychologiczne. Psychologowie mówią o świadomym braku jakiegokolwiek wyjścia, o bezsilności wobec sił zewnętrznych, o rozpaczach z powodu bezsensu istnienia. S. Freud mówił o *Ego*, które „postanawia umrzeć”, kiedy jednostka znajduje się w sytuacji nadmiernego zagrożenia i sądzi, że nie będzie mogła pokonać go o własnych siłach⁷².

Od śmierci psychogennej można się uchronić jedynie wtedy, gdy nie przestaje się w coś wierzyć i mimo wszystko czekać na to, co przyniesie przyszłość, choćby najbliższa. Stare rzymskie przysłowie mówi: „Dopóki oddycham, mam nadzieję”. Być może należałoby je obecnie odwrócić: „Dopóki mam nadzieję, oddycham (żyję)”. Osoba, której zabraknie perspektywy przyszłości godnej człowieka, albo motywacji uczuciowej, upada na duchu, poddaje się, umiera⁷³.

Samounicestwienie

Samobójstwo jest wydarzeniem, które dotyka wiele osób poza samą ofiarą. Jest tragedią dla rodziny, kłopotliwą sytuacją dla znajomych. W dodatku nikt nie potrafi dać przekonującej odpowiedzi na dręczące pytanie „dlaczego?”. Powody przedstawiane przez samobójców w listach pożegnanych prawie nigdy nie okazują się wiarygodne i wystarczające, nawet gdy mówią o wolności, której nie podobna osiągnąć w inny sposób⁷⁴. Na jednym z kongresów suicydologicznych⁷⁵ szwedzki psycholog U. Ott o

⁷⁰ A. Camus, *Eseje*, tłum. J. Guze, Warszawa 1971, s. 93.

⁷¹ Ch. Barnard, *Godne życie*, s. 161.

⁷² S. Freud, *Poza zasadą przyjemności*, tłum. J. Prokopiuk, Warszawa 1976, s. 149.

⁷³ F. Antonelli, *Oblicza śmierci*, s. 151.

⁷⁴ Dla E. Fromma samobójstwo jest wręcz ucieczką od wolności; E. Fromm, *Ucieczka od wolności*, tłum. O. i A. Zicmilscy, Warszawa 1997, s. 174-179.

⁷⁵ Suicydologia – dyscyplina zajmująca się zjawiskiem samobójstwa; jest bardziej działem zainteresowań kulturalnych niż nauką w ścisłym tego słowa znaczeniu.

powiedział: „O zachowaniach samobójczych wiemy dotąd wszystko, za wyjątkiem jednego: dlaczego ludzie odbierają sobie życie?”⁷⁶

Przejaw anormalności⁷⁷

Przez całe wieki samobójstwo uchodziło za czyn świadomie podjęty, za który dany człowiek był w pełni odpowiedzialny⁷⁸. W XIX w. przeważała wśród psychologów opinia, że wszelkie samobójstwo jest zjawiskiem patologicznym, a więc określoną formą schorzeń psychicznych, które nie pozostawiają miejsca na działanie wolnej woli. Jeszcze w ostatnich dziesiątkach lat podnosiły się głosy, aby samobójstwo traktować jako chorobę (na równi np. z gruźlicą), względnie jako psychopatologiczny przypadek depresji⁷⁹. „Człowiek normalny, człowiek silny, prawdziwy człowiek nie popełnia samobójstwa”⁸⁰. Zwolennicy tej opinii określają samobójstwo jako patologiczny akt odebrania sobie życia⁸¹.

Inni autorzy twierdzą, że tylko w nielicznych przypadkach zachowanie samobójcze ma podłoże patologiczne o wyraźnych cechach zaburzeń psychicznych. Najczęściej popełniają je ludzie zdrowi pod względem psychicznym, znajdujący się jednak w stanach napięć stresowych, a więc w wyniku gwałtownego załamania psychicznego⁸². W zachowaniu ich występuje zazwyczaj nagły, wewnętrzny, samobójczy impuls. Jest to reakcja nieadekwatna w stosunku do oddziałujących na te osoby bodź-

⁷⁶ F. Antonelli, *Oblicza śmierci*, s. 128-129.

⁷⁷ W niniejszej części omawiam samobójstwo badane współcześnie przez kierunek kliniczny w ujęciu psychiatryczno-psychologicznym. Niektórzy autorzy postulują rozdzielenie zagadnień psychiatrycznych i psychologicznych dotyczących samobójstwa; por. M. Jaro sz, *Samobójstwa*, Warszawa 1997, s. 30-35.

⁷⁸ R. Tokarczyk, *Prawa narodzin*, s. 267. Zob. też J.-C. Schmitt, *Samobójstwo w średniowieczu*, tłum. J.M. Godzimirski, w: S. Ciechowicz i J.M. Godzimirski (red.) *Antropologia śmierci. Myśl francuska*, Warszawa 1993, s. 191-226.

⁷⁹ T. Ślipko, *Życie i pleć człowieka, cz. II, Etyczny problem samobójstwa*, Kraków 1978, s. 384.

⁸⁰ F. Antonelli, *Oblicza śmierci*, s. 129.

⁸¹ Wyniki wielu badań wskazują co najmniej czterokrotnie wyższy poziom samobójstw wśród ludzi leczonych wcześniej w szpitalach psychiatrycznych, w porównaniu z osobami, które nie cierpiały wcześniej na psychozy. Badania przeprowadzone na podstawie Wielokierunkowej Skali Diagnostycznej (Test WISKAD) wskazują ponadto na fakt występowania u osób z tendencjami samobójczymi wspólnych i charakterystycznych cech osobowości z pogranicza patologii i normy; zob. C. Ceki erka, *Cechy osobowości odratowanych samobójców na podstawie badań testem WISKAD*, SPCh 4 (1968) 1, s. 208-218.

⁸² Zob. Z. Płużek, *Psychologiczne aspekty samobójstw*, s. 951.

ców, znamienne dla osobowości skłonnych do zachowań samoagresywnych i samoniszczących⁸³.

Samobójstwo wyraża zanik instynktu samozachowawczego, który jest fundamentem osobowości. Na wyższych jej poziomach można spotkać bardzo różne problemy, ale są tam również najbardziej zdecydowane reakcje w kierunku przetrwania i życia. Człowiek jest zdolny do wszystkiego, aby zachować życie, ale jest też zdolny zabić się, gdy zabójczy impuls w postaci nadludzkiej depresji psychotycznej zaczyna toczyć najgłębsze biologiczne korzenie psychiki. Tam, gdzie bogactwo materialne, sukces, prestiż, a nawet wiara nie docierają i niczemu nie służą, dochodzą do głosu jedynie prawa natury w postaci destabilizujących sił określonego typu patologii⁸⁴.

Współcześnie próbuje się uprzywilejować problemy społeczne jako najważniejsze przyczyny zachowań anormalnych, ale samobójstwo nie jest tylko „przywilejem” ludzi odsuniętych na margines, opuszczonych i sfrustrowanych. Odbierają sobie życie także ludzie kulturalni, ludzie sukcesu. Powody, które są przytaczane w takich sytuacjach, mają wyjaśnić w jakiś racjonalny sposób zachowanie zasadniczo irracjonalne. Motywy samobójstw podawane w terminach bezpośrednich przyczyn targnięcia się na życie nie mogą być jednak rozpatrywane jako prawdziwe motywy samobójcze⁸⁵. Jak utrzymuje K. M e n n i n g e r, wielu potencjalnych samobójców bynajmniej nie pragnie śmierci. Chcą oni jedynie przerwać natarczywą obawę przed śmiercią, a dopiero, kiedy nie potrafią tego zrobić, odbierają sobie życie⁸⁶. Poważną rolę odgrywają przy tym emocje przyćmiewające racjonalne decyzje. Dlatego trudno byłoby definiować samobójstwo jedynie za pomocą działania intencjonalnego. Może się ono pojawiać zarówno po drobiazgowym zaplanowaniu, jak i w stanie ostrego emocjonalnego stresu.

Samobójstwo jako forma zachowań dewiacyjnych, wyrażających się agresją skierowaną przeciwko sobie, może być podyktowane intencją rzeczywistego zerwania z rzeczywistością (intencją śmierci) i wtedy jest „prawdziwym” samobójstwem, ale może być także próbą nawiązania kontaktu z otoczeniem i wtedy jest instrumentalną demonstracją samobójstwa⁸⁷. Próby samobójcze poprzedzone są zwykle bogatym w objawy syndromem praesu-

⁸³ K. Stępniaak, *Samobójstwo*, Człowiek i Światopogląd 11 (214) 1983, s. 9.

⁸⁴ F. Antonelli, *Oblicza śmierci*, s. 131.

⁸⁵ Z. Płużek, *Psychologiczne aspekty samobójstw*, s. 952.

⁸⁶ R. Tokarczyk, *Prawa narodzin*, s. 269.

⁸⁷ K. de Walden-Gałuszkó, *Zurys psychopatologii ogólnej i psychiatrii*, Gdańsk 1993, s. 103.

icydalnym⁸⁸. wywołanym kryzysem psychologicznym, którego głównym objawem jest zaburzenie równowagi psychicznej nawet u osoby dojrzałej⁸⁹. Trudno określić dobrowolny bądź przymusowy charakter samobójstwa. Zdaniem K. Menningera nie sposób oddzielić tego, co wynika z własnej woli, od tego, co jest narzucone wolą otoczenia⁹⁰. Dlatego w literaturze przedmiotu często nie czyni się rozróżnienia między przyczynami środowiskowymi (społecznymi) a indywidualnymi (psychologicznymi), ponieważ sądzi się, że motywy popychające do samobójstwa są w takiej samej mierze echem interakcji jednostki z otoczeniem, jak i wynikiem sytuacji patologicznych, zwłaszcza zespołów (syndromów) psychosomatycznych⁹¹. Zwolennicy tej orientacji (freudyści, psychoanalitycy) sądzą, że samobójstwo nie jest anomalią psychiczną, lecz jego przyczyn należy szukać w oddziaływaniu na jednostkę określonych cech psychicznych lub ich zespołów kształtujących osobowość ofiar (ich temperament, emocje, wolę itp.). Kształtują one swoisty typ osobowości skłonnej do autoagresji, wynikającej także, choć w mniejszym stopniu, z presji uwarunkowań biologicznych i społecznych⁹². Są nawet jednostki, dla których sam stres związany z codzienną egzystencją jest wystarczającym czynnikiem, by śmierć wydała się im czymś bardziej „atrakcyjnym” i pożądanym niż dalsze życie⁹³.

Głębsze przeanalizowanie psychicznego mechanizmu czynników mogących zakłócić i faktycznie zakłócających normalne funkcjonowanie świadomości człowieka w działaniach samobójczych nakazuje daleko posuniętą ostrożność w ocenie podmiotowej odpowiedzialności poszczególnych jednostek zamierzających lub popełniających samobójstwo. Ustalenie stopnia subiektywnego udziału świadomości jest dla ze-

⁸⁸ Jego podstawowe cechy ustalił E. R i n g e l. Są nimi: zawężenie samobójcze, agresja hamowana i fantazje samobójcze; zob. W. B o ł o z, *Życie w ludzkich rękach. Podstawowe zagadnienia bioetyczne*, Warszawa 1997, s. 191.

⁸⁹ Podstawowe objawy kryzysu psychologicznego to ambiwalentny stosunek do życia, poczucie bezradności wobec problemów lub konfliktów, wyczerpanie fizyczne i psychiczne bez uchwytnej przyczyny, poczucie chaosu i dezorganizacji, zmienność nastroju, utrata zainteresowań; zob. Z. P ł u ż c k, *Psychologiczne aspekty samobójstw*, s. 951.

⁹⁰ R. T o k a r c z y k, *Prawa narodzin*, s. 270.

⁹¹ Przeciwnego zdania jest M. J a r o s z, która kładzie nacisk na kontekst społeczny samobójstw: „(...) skoro człowiek jest częścią określonego społeczeństwa, to źródeł samobójstw szukać należy w zakłóceniach funkcjonowania tego społeczeństwa. Samobójstwo jako zjawisko społeczne należy zatem badać jako efekt dezintegracji społeczeństwa, a nie jako przejaw dezintegracji osobowości samobójcy; M. J a r o s z, *Samobójstwa*, s. 36.

⁹² K. S t ę p n i a k, *Samobójstwo*, s. 20.

⁹³ „Narastająca agresja prowadząca do samobójstwa znajduje ujście pod wpływem niejednokrotnie drobnych wydarzeń”; W. B o ł o z, *Życie w ludzkich rękach*, s. 191.

wewnętrznego obserwatora (a często i dla samej osoby działającej) niesłuchanie trudne, albo wręcz niemożliwe, „Normalnie patrząc można powiedzieć, że popełnia on szaleństwo: wybiera śmierć, aby uniknąć cierpienia”⁹⁴.

Z drugiej strony, fakt, że są możliwe konkretne akty samobójcze częściowo, a nawet w pełni świadome, sprawia, iż samobójstwo należy do ogólnej kategorii świadomych działań ludzkich. Oczywiście, nie oznacza to, że w przypadkach tych nie występują doraźne zaburzenia psychiczne bądź intensywnie przeżywane stany emocjonalne. Stany te jednak układają się w bardzo długi szereg niesłuchanie zróżnicowanych konkretnych postaci, spośród których jedne całkowicie znoszą odpowiedzialność człowieka za spełniony akt, a inne tylko w mniejszym lub większym stopniu ją ograniczają. Odpowiedzialność osobista samobójcy jest ograniczona w takim stopniu, w jakim zawężona jest jego wolność uwarunkowana procesami psychologicznymi, głównie o zabarwieniu depresyjnym⁹⁵. Pozostaje zatem pewien, raczej niewielki, margines na działania samobójcze w pełni świadome. Mają one dla etyki normatywnej duże znaczenie, gdyż jako takie podlegają moralnemu wartościowaniu⁹⁶.

Wybór egzystencjalny⁹⁷

Spośród przedstawicieli tezy określającej samobójstwo jako „normę”, coś „naturalnego”, swoje poglądy najwcześniej sformułowali niektórzy filozofowie epikureizmu i stoicyzmu. Odrodziły się one następnie w XIX w. (A. Schopenhauer, F. Nietzsche, F. Paulsen, E. Durkheim, A. Bayet) i znalazły obrońców także współcześnie (egzystencjaliści)⁹⁸. Epikur był oczywiście przede wszystkim „piewcą życia” a nie śmierci. Jednak przyjmował, że przeciwności losu mogą niekiedy być tak trudnym doświadczeniem, iż człowiek nie ma przed sobą innej drogi, jak tylko dobrowolne odejście z grona żyjących. „Gdy już znikną wszelkie powaby życia,

⁹⁴ *Tamże*, s. 192.

⁹⁵ *Tamże*.

⁹⁶ T. Ślipko, *Życie i pleć człowieka*, s. 384-387.

⁹⁷ Rozpatrujemy tu samobójstwo w myśl założeń kierunku socjologicznego badań. Nic oznaczało jednak pominięcia indywidualnych motywów działań samobójczych.

⁹⁸ Dokładny przegląd poglądów na temat samobójstwa daje T. Ślipko, *Życie i pleć człowieka*, s. 353-377; zob. tenże, *Pojęcie samobójstwa bezpośredniego i pośredniego w świetle współczesnych dyskusji*, RF, t. 12, z. 2, 1964, s. 58-66.

można usunąć się cierpieniom i taka świadomość jest właśnie rozkoszą, która w najgorszym położeniu czyni mędrca szczęśliwym⁹⁹.

Filozofia stoicka usiłowała dowieść, że w określonych okolicznościach samobójstwo jest działaniem zgodnym z naturą, prostą i ostateczną konsekwencją postępowania według zasad rządzących powszechnym porządkiem i powstawaniem rzeczy. Zadaniem człowieka było według stoików rozumne decydowanie o własnym losie. Jeżeli znajduje on rozumne motywy, które przemawiają za dobrowolnym pozabawieniem się życia, nie powinien wahać się dokonując tego aktu. Z e n o n z Kition, założyciel szkoły stoickiej, przyznawał człowiekowi prawo do wyboru własnej śmierci, choć przysługiwało ono tylko mędrcom¹⁰⁰. Prawa tego bronił również L. A. S e n e k a: „Dla kogo życie jest męką, komu choroba sprawia cierpienie, temu wolno skończyć ze sobą, a zarazem ze swym cierpieniem”¹⁰¹. Wolności człowieka w podejmowaniu ostatecznej decyzji nie ogranicza nawet wzgląd na wyjątkową wartość ludzkiego życia¹⁰².

Główny sens wyżej nakreślonych opinii wyraża się w ścisłym powiązaniu ludzkich cnót moralnych z wolnością woli, określanej niekiedy mianem samodeterminacji¹⁰³. Moralnie dobre są uczynki tej osoby, która jest zdolna do nieskrępowanego kontrolowania swoich losów życiowych. Samobójstwo stanowi zatem albo ostateczny, albo najdoskonalszy akt wolności. W każdym wypadku jest wyrazem zdolności człowieka do wybrania tego, co w określonej sytuacji uzna za lepsze dla siebie czy też dla innych jednostek. To relatywistyczne ujęcie nie próbuje sprecyzować dokładniejszych kryteriów, które ocenę wystarczalności motywów zabezpieczyłyby przed zbytnią arbitralnością sądu. Ostatnią w tym względzie instancją jest własne sumienie stanowiącego o swym losie człowieka¹⁰⁴. W takiej interpretacji samobójstwo jest aktem nieskrępowanej ludzkiej samokontroli. Ten subiektywny akt wymuszać mogą obiektywne koleje losu jednostki. Odwaga odebrania sobie życia może się stać działaniem

⁹⁹ S. Zegarliński, *Nauka moralna Epikura a chrześcijańskie zapatrywania na najwyższe dobro człowieka*, Kraków 1917, s. 158.

¹⁰⁰ T. Ślipko, *Pojęcie samobójstwa*, s. 58.

¹⁰¹ L. A. Seneka, *Pisma filozoficzne*, t. I, tłum. J. Joachimowicz, Warszawa 1965, s. 379-380.

¹⁰² Por. D. Hume, *Esej o samobójstwie*, w: *Dialogi o religii naturalnej. Naturalna historia religii*, tłum. A. Hochfeldowa, Warszawa 1962, s. 221-233.

¹⁰³ R. Tokarczyk, *Prawa urodzin*, s. 277.

¹⁰⁴ T. Kotarbiński, *Medytacje o życiu godziwym*, Warszawa 1967, s. 95.

uznawanym nawet za szlachetne i zacne. W każdym razie jednostka znajdująca się w pełni władz umysłowych, która popełnia samobójstwo po dokładnym i rozważnym zastanowieniu, doszedłszy do przekonania, że jakość jej życia pogorszyła się do tego stopnia, iż dalsze jego kontynuowanie przestaje mieć dla niej sens, w myśl wyżej przedstawionych poglądów nie zasługuje na potępienie¹⁰⁵.

Decyzja o odebraniu sobie życia jest uznawana za niezbywalne prawo każdego człowieka zdolnego do dokonania jasnego osądu swej sytuacji życiowej. Z tego prawa może on w razie potrzeby korzystać całkowicie bezkarnie, nikt bowiem nie jest w stanie powstrzymać go od tego czynu, ani za dokonanie takiego czynu ukarać¹⁰⁶. „Dla mnie jest to najbardziej cywilizowane i światłe podejście do tego problemu. Samobójstwo jest niezbywalnym prawem jednostki i taka opcja powinna być zawsze dla niej dostępna”¹⁰⁷. S. Nuland dodaje, iż „decyzja o zakończeniu życia musi być uzasadniona w sposób niepodważalny tak przed tym, który ją podejmuje, jak i przed tymi, na których szacunku nam zależy”¹⁰⁸. Tylko wówczas, gdy kryterium to zostanie spełnione, można rozważać ostateczny krok, jakim jest samobójcza śmierć. W 1980 r. w Kalifornii dziennikarz D. Humphry założył „The Hemlock Society” – Towarzystwo Cykuty. Wydawnictwa tego Towarzystwa propagują wzorzec śmierci charakterystyczny dla epoki techniki komputerowej. Pierwszym wyróżnikiem analizowanej postawy jest planowanie własnej śmierci. D. Humphry, jak sam przyznaje, stawia sobie za cel wspomaganie radą osób, dla których planowanie śmierci z godnością może się stać realnym pragnieniem. „Pierwszy etap działania, czyli decyzja, czy masz sam przerwać swoje życie i w jaki sposób, należy do ciebie i pozostajesz za nią całkowicie odpowiedzialny etycznie i prawnie”¹⁰⁹. Racjonalnie przygotowany plan będący podstawowym wyróżnikiem wzorca śmierci propagowanej przez Towarzystwo Cykuty pozwala odróżnić ją od śmierci wynikającej

¹⁰⁵ Por. Ch. Barnard, *Godne życie*, s. 93.

¹⁰⁶ „Jedynym celem, dla osiągnięcia którego ma się prawo sprawować władzę nad człowiekiem cywilizowanej społeczności wbrew jego woli, jest zapobieżenie krzywdzie innych. Jego własne dobro, fizyczne lub moralne, nie jest wystarczającym usprawiedliwieniem”; J.S. Mill, *O wolności*, tłum. A. Kurlandzka, Warszawa 1959, s. 129.

¹⁰⁷ Ch. Barnard, *Godne życie*, s. 99.

¹⁰⁸ S. Nuland, *Jak umieramy*, s. 179.

¹⁰⁹ D. Humphry, *Ostateczne wyjście. Praktyczne rady dla śmiertelnie chorych, jak samodzielnie lub z cudzą pomocą popełnić samobójstwo*, tłum. K. Schreyer, Bydgoszcz 1993, s. 25.

z tchórzostwa czy eskapizmu¹¹⁰. Dlatego wzorzec ów można nazwać śmiercią zrationalizowaną, a nawet zrationalizowanym samobójstwem, w odróżnieniu od nieplanowanego, a więc nieracjonalnego samobójstwa emocjonalnego¹¹¹.

Etyczny liberalizm utrzymuje, iż stosunki panujące w społeczeństwie masowym odebrały człowiekowi (przynajmniej częściowo) indywidualność jego czynów i zachowań, ujmując je w kategorii zbiorcze i osądzając według ogólnych reguł wartościujących. Nastąpiło wskutek tego pewne „odczłowieczenie” człowieka, co w jakimś sensie było i jest nieuniknione. Natomiast stanowczo należy się przeciwstawiać osądzaniu życia i ostatecznych decyzji konkretnej osoby przez prosty wybór między parami słów, takich jak: słuszne – niesłuszne, czy też dobre – złe. Postępowanie takie graniczyłoby z wyparciem się zasad humanizmu¹¹².

Mimo to samobójstwo nadal pozostaje czynem społecznie napiętnowanym (głównie ze względu na to, iż narusza obowiązki człowieka wobec siebie, innych ludzi i Boga)¹¹³. Społeczeństwo niewzruszenie wierzy, że bezwarunkowa chęć życia jest istotom ludzkim wpojona raz na zawsze oraz że pragnienie śmierci jest aberracją, dla której nie ma miejsca w zdrowej osobowości. Sytuację, w której człowiek umiera na skutek swego świadomego działania, dlatego że tak postanowił, traktuje się jako skandal godny ubolewania i przerażający¹¹⁴. Osobnik taki musiał

¹¹⁰ *Tamże*, s. 105.

¹¹¹ *Tamże*, s. 127. W USA opracowano dwie metody odbierania sobie życia, które zawierają możliwość odstąpienia od tej decyzji już po podjęciu pierwszych kroków. Pierwsza metoda przeznaczona jest dla osób cierpiących, podtrzymywanych przy życiu przez medyczną aparaturę. Do kroplomierza podłącza się urządzenie dawkujące truciznę. Sam chory może nastawić je na określony czas, lecz najwcześniej urządzenie zacznie działać w godzinę od nastawienia, najpóźniej zaś w dwanaście godzin po ustawieniu. O oznaczonej porze urządzenie zaczyna dawkować truciznę, która dostaje się do organizmu pacjenta. Jeszcze w pół godziny po rozpoczęciu dawkowania trucizny pacjent ma możliwość rezygnacji i wyłączenia urządzenia, gdyż trucizna jest śmiertelna tylko w silnym stężeniu (w słabym działa jako zwykły środek nasenny). Stosując drugą metodę, kandydat na samobójcę zażywa przed snem jedną z wielu identycznych kapsułek. Zawierają one zwykle lekarstwo lub środek obojętny dla organizmu, ale w jednej z nich jest silnie działająca trucizna. Psycholog, który wymyślił tę metodę, jest przekonany, że osoba zażywająca kapsułki każdego wieczora ponownie głęboko zastanowi się nad swoją decyzją. Najczęściej jednak na samobójczy krok decydują się ludzie będący pod wpływem silnego stresu lub depresji, do których nie trafiają żadne rady psychologów; zob. P. Skurzyński, *Jak spokojnie umrzeć?* Gdańsk 1993, s. 51-52.

¹¹² Ch. Barnard, *Godne życie*, s. 94

¹¹³ R. Tokarczyk, *Prawa narodzin*, s. 270-273. Por. M. Jarosz, *Samobójstwa*, s. 20-27.

¹¹⁴ „Człowiek odbierający sobie życie jest niemoralny i aspołeczny”; E. Durkheim, *Suicide*, New York 1951, s. 377.

być prawdopodobnie niezrównoważony, obarczony jakąś mentalną wadą, skoro nie potrafił docenić tego wyjątkowego szczęścia, wywodzącego się z samego faktu bycia żywym. Utrzymywana jest także opinia, że samobójca jest kapitulantem, który uchyla się przed wypełnieniem zadania nałożonego przez społeczeństwo; że jest człowiekiem słabego charakteru, który nie umie znieść obciążeń i sytuacji konfliktowych narzucanych przez życie¹¹⁵.

Mimo że wielu ludzi nie akceptuje samobójstwa w kategoriach ogólnych i abstrakcyjnych, to jednak duża część z nich, rozumiejąc powody takiej depresji, skłania się ku pogładowi, iż położenie kresu swemu życiu jest w pewnych sytuacjach wyborem lepszym niż kontynuowanie go. Eksperci z dziedziny psychologii przedstawili nawet wyjaśnienie upiornego zbiorowego samobójstwa, do jakiego doszło w Gujanie¹¹⁶. Oczywiście bezpośrednim czynnikiem sprawczym była fanatyczna lojalność wobec przywódcy grupy, który zdołał przekonać swych wyznawców, że samobójstwo jest czynem zbożnym i szlachetnym, ale kolosalne znaczenie miała także ich rozpaczliwa obawa, iż wrogi świat zewnętrzny osacza ich coraz bardziej. Podobne (jeśli nie te same) elementy musiały mieć wpływ na wybór, jakiego dokonali w I w. po Chr. żydowscy obrońcy Masady¹¹⁷. Oblegani przez Rzymian woleli popełnić zbiorowe samobójstwo niż się poddać. Obie grupy doszły do podobnej konkluzji: jakość ich życia pogorszyła się do tego stopnia, że stało się ono dla nich bezwartościowe i należało z nim skończyć¹¹⁸.

Dla egzystencjalistów ateistycznych naszego wieku (J.P. Sartre, A. Camus, S. de Beauvoir) podstawowym czynnikiem sprawczym sa-

¹¹⁵ T. Kiclanowski, *Rozmyślenia*, s. 83. Natomiast G. Matzneff jest przeciwny traktowaniu samobójstwa jako aktu tchórzostwa i podkreśla piękno oraz wzniosłość takiego czynu: „Śmierć dobrowolna nadaje nam wyższą rangę, stawia nas poza wszelkim zasięgiem”; G. Matzneff, *Śmierć dobrowolna*, w: Ch. Chabanis, *Śmierć, kres czy początek?* tłum. A.D. Tuaszyńska, Warszawa 1987, s. 163.

¹¹⁶ 18 listopada 1978 r. 900 członków amerykańskiej sekty Świątynia Ludu, którzy w dżungli Gujany zbudowali osiedle Jonestown, popełniło wraz ze swoim przywódcą Jimem Jonesem zbiorowe samobójstwo. Wcześniej sekta zamordowała członka Kongresu USA i jego czterech towarzyszy, którzy chcieli zbadać, czy Jones nie przetrzymuje u siebie obywateli amerykańskich wbrew ich woli. Jones obawiał się, że wizytacja członka Kongresu doprowadzi do likwidacji jego sekty i dlatego nakazał swym zwolennikom otruć się przygotowaną przez siebie mieszaniną cyjanku i lemoniady; zob. M. Michałik (red.), *Kronika ludzkości*, Warszawa 1993, s. 1049.

¹¹⁷ Masada była żydowską twierdzą na pd.-zach. brzegu M. Martwego, gdzie wycofały się grupy wyznaniowców zelotów i eseneńczyków po zdobyciu Jerozolimy przez Rzymian w 70 r. Zanim Rzymianie zdołali zdobyć twierdzę, oblężeni – 960 mężczyzn, kobiet i dzieci – popełnili wiosną 73 r. zbiorowe samobójstwo; *tamże*, s. 186.

¹¹⁸ Ch. Barnard, *Godne życie*, s. 95.

mounicestwiania się człowieka jest rozpacz i wyływające z niej pragnienie śmierci. Śmierć jednak sama w sobie nie ma żadnego sensu i nie nadaje sensu życiu człowieka¹¹⁹.

Rozpatrując zagadnienie samobójstwa na gruncie wolności człowieka, egzystencjaliści dochodzą jednak do wniosku, że dzięki tej wolności człowiek zyskuje możliwość wyboru, podejmuje decyzje, dyktując same-mu sobie motywy postępowania. Bowiern człowiek nie może się pozbyć swojej wolności, jest zawsze sam odpowiedzialny za swoje czyny i tej odpowiedzialności nie może zrzucić ani na naturę, ani na historię, ani na sytuację, w której się znajduje, ani też na Boga lub jakąkolwiek ideologię społeczną. Za przykład może posłużyć sytuacja człowieka chorego. Nie ma on swobody decydowania o swoim zdrowiu, ale zawsze może interpretować swoją chorobę, nadawać jej to czy inne znaczenie, znosić ją w taki czy inny sposób, a więc być wobec niej wolnym. Doświadczenie śmierci staje się wówczas szansą do osiągnięcia w niej autentycznej wolności jednostki ludzkiej. Zachodzi tu kontynuacja i pewne odwrócenie idei stoickiej. J.P. Sartre, podobnie jak stoicy, przyznaje człowiekowi całkowitą władzę przewycięzania losu przez świadomy czyn – stoicyzm przez pogodzenie się z losem, Sartre przez odmowę zgody¹²⁰. W ten sposób człowiek kształtuje konkretny sens każdej sytuacji i stara się pozostać na niej znaną człowieczeństwa, nawet gdy ulega presji zewnętrznego nacisku. Wolność staje się uniwersalną siłą, która przemienia wszelkie działanie człowieka w określoną afirmację samego siebie i własnej godności¹²¹. Urzeczywistnia się to także w akcie samobójczym, który staje się szczególnie realizacją wolnego istnienia człowieka¹²².

Ofiara z życia

Wyżej zaprezentowane rozważania koncentrowały się wokół problematyki życia i cierpienia. Istotny sens rozpatrywanych problemów oraz ich dramaturgię określały graniczne sytuacje degradacji człowieka, spy-

¹¹⁹ S. Kowalczyk, *Rozumienie śmierci w głównych kierunkach filozoficznych*, Ateneum Kapłańskie 3 (428) 1980, s. 376.

¹²⁰ Twierdzi on, że nie jesteśmy wolni ku śmierci, lecz dalej jesteśmy wolni jestestwami śmiertelnymi; J.P. Sartre, *L'etre et le neant*, Paris 1943, s. 631-632.

¹²¹ T. Ślipko, *Życie i pleć człowieka*, s. 366.

¹²² Zob. A. Siemianowski, *Śmierć i perspektywa nadziei. Esej filozoficzny o ostatecznych sprawach człowieka*, Gniczno 1992, s. 20-23.

chające go na samo dno ludzkiej nędzy, bezsilności i samotności. Nie zawsze jednak cierpienie jest tym, co rozstrzyga o ludzkim życiu i wyborach egzystencjalnych. Innymi motywami mogą być wzniosłe cele moralne, dla których ktoś decyduje się poświęcić swoje życie¹²³.

E. Durkheim biorąc pod uwagę stosunek jednostki do społeczeństwa wyróżnił cztery kategorie samobójstw: fatalistyczne, egoistyczne, anemiczne oraz altruistyczne. Samobójstwa fatalistyczne są związane z sytuacją jednostkową człowieka znajdującego się w sytuacji tragicznej, „bez wyjścia”; egoistyczne są według niego skutkiem izolacji społecznej (słaba integracja jednostki z grupą); anomiczne – dezorganizacji grup społecznych, rozkładu ich więzi; natomiast samobójstwa altruistyczne wynikają z absolutnej identyfikacji jednostki z grupą, kosztem utraty własnej indywidualności¹²⁴. W przypadku ostatniej kategorii samobójstw zachodzi bardzo silne powiązanie jednostki ze społeczeństwem. Ze względu na szacunek dla wartości społecznej desperat decyduje się na poświęcenie własnego życia (ocena wartości grupowych przewyższa ocenę wartości własnego życia jednostki). W określonych sytuacjach jest to akt szczególnej odwagi i honoru. Zachowania te można określić ogólnie jako „samobójstwo z poświęcenia”¹²⁵. Z danych historycznych wiadomo, że nieraz poświęcano życie z wierności do swojego władcy lub ukochanej osoby. Kiedy indziej motywem było umiłowanie narodu albo jakiejś wielkiej politycznej sprawy¹²⁶. Kiedy w świecie wszystko zdaje się zmierzać do despotycznego panowania jednych nad drugimi, samobójstwo może być aktem, dzięki któremu człowiek chroni się przed takim zdominowaniem. Jest ono wówczas jedynym środkiem pokonanego, który pozwala mu osiągnąć samopotwierdzenie wobec zwycięzcy i pokazać, że nie został tak naprawdę pokonany¹²⁷.

¹²³ T. Ślipko, *Granice życia. Dylematy współczesnej bioetyki*, Kraków 1994, s. 265.

¹²⁴ Zdaniem E. Durkheima każda społeczność ma charakterystyczną dla niej dyspozycję do aktów samobójczych, a samobójstwa jednostek są tylko jej odzwierciedleniem. Im wyższe są współczynniki śmierci samobójczej, tym silniejsza dezintegracja społeczności, a im są niższe, tym wyższa integracja i lepsza kondycja społeczeństwa; zob. M. Jarosz, *Samobójstwa*, s. 45-52.

¹²⁵ T. Ślipko, *Granice życia*, s. 265.

¹²⁶ Tak uczynił Jan Palach dokonując w styczniu 1969 r. samospalenia na Placu Wałowa w Pradze w imieniu wszystkich skolonizowanych i udreńczonych rodaków. Podobnie postąpił rzymski polityk Katon Młodszy (95-46 przed Chr.) wobec zwycięstwa Cezara. Trudno także zapomnieć gesty poetów romantycznych, japońskich kamikadzc i wszystkich, którzy w różnych momentach dziejów świata korzystając z własnej sławy lub upowszechnienia przez środki przekazu społecznego, utrwaliли siebie w pamięci potomnych przez samobójstwo.

¹²⁷ Przykładowo, żydowscy powstańcy w gettcie warszawskim; zob. H. Krali, *Zdążyć przed Panem Bogiem*, Warszawa 1992.

Charakterystyczną różnicę, która ukazuje odrębność tej sytuacji od sytuacji krańcowej degradacji człowieka, stanowi odmienność psychofizycznej kondycji zainteresowanych osób. Aktu poświęcenia życia w ofierze nie poprzedza zwykle żaden stan trwałego lub doraźnego załamania psychicznego, zwątpienia czy słabości, spowodowany beznadziejnością choroby i natężeniem doświadczanego bólu. Chodzi raczej o osoby w pełni sprawne, czynne w różnych dziedzinach społecznej aktywności, świadome życiowych zadań i odpowiedzialności za nie. Dochodzi natomiast u nich do pewnych zaburzeń dóbr przez nie afirmowanych. Tworzą się bowiem takie układy okoliczności, że w przekonaniu działających jednostek realizacja jednego domaga się poświęcenia innych. Wśród szczególnie skutecznych środków promowania nadrzędnych ideałów życiowych może się znaleźć nawet ofiara z własnego życia. Przypadek samobójstwa z poświęcenia ogromem tkwiącego w nim bohaterstwa i szlachetności ducha wykracza poza szczupłe granice manifestacji własnych uczuć i wewnętrznych nastawień. Dzieje się to wtedy, kiedy samobójca składa siebie w ofierze na rzecz wyższej wartości, której nie może zrealizować na innej drodze. Tym, co wypełnia duchową treść jego działania, jest miłość, która góruje w hierarchii wartości jako wartość najwyższa, uszlachetniająca wszystkie inne. W tym dążeniu do afirmowania umiłowanego dobra jednostka podporządkowuje sobie nawet cierpienie i czyni je narzędziem realizacji swoich celów¹²⁸. Tak czyni każdy, kto zabija siebie, aby ratować drugich przed śmiercią albo cierpieniem lub też, aby przysłużyć się wielkiej i umiłowanej przez siebie sprawie. Dla osoby działającej w ten sposób egzystencja nie traci nic ze swojej wyjątkowej wartości. Sama sytuacja nie wpływa degradująco na wartość życia. Dany człowiek uważa, że właśnie ta wyjątkowa wartość życia predestynuje go do poświęcenia go w darze wyższemu i szlachetniejszemu, w rozumieniu tego człowieka, dobru. Zatem decyzja jego jest ukierunkowana przede wszystkim na realizację dobra – utrata życia stanowi w niej tylko środek do zamierzonego celu, przed którym podmiot działający nie cofa się w wielkodusznym pragnieniu osiągnięcia swojego najcenniejszego dobra¹²⁹.

¹²⁸ Nawet jeżeli w pewnych okolicznościach element cierpienia schodzi na plan dalszy, to i tak nie zmienia to faktu, że psychiczny ładunek podjętego działania wyraża się w napięciu miłości i ofiary; por. T. Ślipko, *Życie i pleć człowieka*, s. 488.

¹²⁹ Tego typu motywacją kierował się o. Maksymilian Maria Kolbe decydując się ponieść śmierć głodową w zastępstwie za innego więźnia i wiele innych osób działających w podobnych warunkach, np. Franz Jägerstätter, Maria Skobcowa; zob. B. Hanley, M. Craig, *Wielcy chrześcijanie XX wieku*, tłum. A. Czarnocki, T. Szafrński, Warszawa 1993, s. 287-308; 373-409.

Protestancki teolog D. Bonhoeffer mówi, że jeżeli działanie samobójcze nie ma na celu wyłącznie samounicestwienia, nie można go określać „samomorderstwem” (*selfmurder*)¹³⁰. Działanie osób, o których mowa, nie jest zwrócone ku sobie, nie zmierza do jakiegoś polepszenia własnej sytuacji, jak to ma miejsce w przypadku samobójstw wcześniej omawianych¹³¹. Ofiara z życia całą swoją duchową treścią wykracza poza siebie, aby zwrócić się ku dobru cudzemu, czy to innych jednostek, czy też całych zbiorowości. „Jest to akt przeniknięty do głębi duchem altruizmu i poświęcenia”¹³².

Wydaje się, że akt samounicestwienia spełniony w takim klimacie duchowym zatracca cechy zamachu godzącego w wartość życia, a nawet staje się elementem twórczym. Niszcząc ludzką egzystencję nie degradowuje człowieka, ale dźwiga go na wyższy poziom człowieczeństwa. Trzeba jednak odróżnić ofiarę z życia od samobójstwa z poświęcenia. Istnieją bowiem aspekty, które nie pozwalają na sprowadzenie ich do wspólnego mianownika. Główną linię graniczną pomiędzy nimi wytycza sposób spełniania tych czynności, czyli ich dynamiczna struktura¹³³. Istnieją akty, które siłą rzeczy są skierowane ku spowodowaniu własnej śmierci (zażycie trucizny, strzał w skroń, powieszenie się itp.). Świadome zamierzenie tego rodzaju działań z konieczności implikuje w sobie zamierzenie własnej śmierci. Innego rodzaju są tzw. działania okazyjnie samobójcze¹³⁴. Polegają one na podjęciu czynności, które same w sobie nie są zabójcze, ale sprzęgają się z niebezpiecznym dla życia osoby działającej współdziałaniem innych przyczyn lub dokonywane są w niebezpiecznych warunkach zewnętrznych. Wskutek tego osoba działająca narażona jest na większe lub mniejsze prawdopodobieństwo, a nawet pewność, utraty życia¹³⁵. Pierwszy rodzaj aktów definiuje się jako samobójstwo bezpośrednie. Człowiek jest tu bezpośrednim sprawcą własnej śmierci. „Obiektywna struktura czynności sprawia, że świadomy akt woli spełnienia tej

¹³⁰ R. Tokarczyk, *Prawa narodzin*, s. 278.

¹³¹ J. Ziegler, *Etyczne aspekty eutanazji*, tłum. T. Styczeń, *Zeszyty Filozoficzne*, t. 24, z. 2, 1976, s. 116.

¹³² T. Ślipko, *Granice życia*, s. 267.

¹³³ *Tamże*, s. 273.

¹³⁴ *Tamże*, s. 274.

¹³⁵ Np. głodówka absolutna musi być uznana za akt bezpośrednio samobójczy; inne zaś działania takie jak głodówka czasowa, przymusowa rezygnacja ze środków do życia lub śmierć zastępcza należy zaszeregować do kategorii aktów okazyjnie samobójczych; zob. T. Ślipko, *Życie i pleć człowieka*, s. 479-487.

czynności utożsamia się z wolą spełnienia jej skutku w postaci zniszczenia własnej egzystencji”¹³⁶. Od tak sprecyzowanego samobójstwa bezpośredniego odróżnia się „wystawienie życia na niechybną śmierć”¹³⁷. W tym przypadku, osoba podejmuje czynność, która z natury wywołuje równocześnie przynajmniej dwa skutki: dobry i zły (złym jest oczywiście własna śmierć). Istotne jest jednak, że w obliczu takich czynności dana osoba obiera za przedmiot swojej intencji owo inne dobro, a nie swoją śmierć, którą jedynie dopuszcza¹³⁸. Decydujące znaczenie ma tutaj przesunięcie śmiertelności sprawczości tych zachowań poza granice sprawczej dynamiki osoby działającej w obręb działania innych podmiotów lub zewnętrznych uwarunkowań¹³⁹.

ks. Adam ŚWIEŻYŃSKI

¹³⁶ T. Ślipko, *Pojęcie samobójstwa*, s. 61.

¹³⁷ *Tamże*, s. 74.

¹³⁸ T. Ślipko wyróżnia ogółem trzy kategorie działań samobójczych: 1) samobójstwo bezpośrednie, 2) samobójstwo pośrednie, 3) wystawienie życia na pewną śmierć. Pomiędzy pierwszym i drugim istnieje różnica przedmiotu czynności (czynność z natury samobójcza i czynność samobójcza na skutek zabójczego działania przyczyny towarzyszącej). Natomiast dodatkowe wyodrębnienie aktu narażenia życia na niechybną śmierć spowodowane jest odmienną intencją sprawcy czynu, która w sytuacji braku determinacji ze strony przedmiotu określa gatunek aktu (świadoma samobójcza intencja sprawcy czynu i pragnienie osiągnięcia tylko skutku własnego działania różnego od samobójstwa); *tamże*. Zob. też dyskusja pomiędzy T. Sikorskim a T. Ślipko: T. Sikorski, *Nad „Etycznym problemem samobójstwa”*, STV 10 (1972) 2, s. 333-343; T. Ślipko, *Nad „Etycznym problemem samobójstwa” – odpowiedź autora*, STV 11 (1973) 2, s. 265-278.

¹³⁹ Można ponownie przywołać przykład M.M. Kolbce. Wyrażając gotowość przyjęcia na siebie wyroku śmierci głodowej, wydanego na innego więźnia, nie był on w sytuacji przymusowej, nie był objęty wspólną z owym człowiekiem koniecznością śmierci. Jego decyzja ograniczyła się w gruncie rzeczy do zajęcia miejsca na placu kaźni. W działaniu tym jako takim nie było jeszcze żadnych czynników samobójczych i gdyby jakaś siła zdołała zahamować zewnętrzny mechanizm śmierci, osoba nie uczyniłaby nic, co godziłoby w jej własną egzystencję. W takiej sytuacji śmierć przychodzi spoza własnej woli jednostki i podjętego przez nią aktu; zob. T. Ślipko, *Życie i pleć człowieka*, s. 485-486.