Adam Świeżyński

Śmierć innych : eutanazja w kontekście przemian mentalności współczesnych społeczeństw

Collectanea Theologica 70/4, 67-97

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.

MUZEUM HISTORII POLSKI

Collectanea Theologica
70 (2000) nr 4

ADAM ŚWIEŻYŃSKI, GDAŃSK

ŚMIERĆ INNYCH. EUTANAZJA W KONTEKŚCIE PRZEMIAN MENTALNOŚCI WSPÓŁCZESNYCH SPOŁECZEŃSTW

Śmierć jest wydarzeniem, które wbrew pozorom nie dezintegruje społeczności. Rytuały z nią związane różnią się w zależności od miejsca, ale wszystkie służą jednemu celowi: obwieszczają społeczności śmierć jej członka, unaoczniają wyraźnie, że oto nadeszła przemiana i trzeba sobie z nią poradzić za pomocą takich środków jak żałoba, ceremonie pochówku lub kremacji, następnie zaś przez silne wsparcie okazywane przez społeczność tym, którzy stracili bliską osobę[1].

Obecnie śmierć i wszystko, co z nią związane, dzieje się gdzieś w ukryciu[2]. Stała się ona domeną specjalistów; została zawłaszczona przez medycynę jako potężną i niezindywidualizowaną siłę społeczną. Owo poddanie jednostki prawom grupy społecznej, w tym również medycznej, ma bezpośredni związek z nadmierną medykalizacją śmierci charakterystyczną zarówno dla modelu śmierci „zdziczałej"[3], który pojawił się na dobre wraz z początkiem naszego stulecia, jak i śmierci „na uzgodnienie"[4] będącej wytworem ostatnich trzydziestu lat.

Aktualnie w zachodniej cywilizacji spotyka się kilka stylów umierania, mianowicie: 1. bardzo jeszcze rozpowszechniony, dominujący styl „śmierci na opak", charakterystyczny dla ideologii szpitalnej; 2. złagodzony wzór tej śmierci, sytuujący się między nią a śmiercią etykietalną (łagodny paternalizm, gdzie dobro chorego jest stawiane w praktyce na pierwszym miejscu zasad etyki medycznej); 3. wzór śmierci etykietalnej

[1] Zob. T. Kielanowski, *Rozmyślania o przemijaniu,* Warszawa 1973, s. 114-116.

[2] Potwierdza to coraz mniejsza liczba ceremonii pogrzebowych i narastający zanik obrzędów żałobnych, zob. M. Abiven, *Accompagner la mort,* Etudes 11(1986), s. 465-466

[3] Zob. K. Szewczyk, *Lęk, nicość i respirator. Wzorce śmierci w nowożytnej cywilizacji Zachodu,* w: M. Gałuszka, K. Szewczyk (red.), *Umierać bez lęku. Wstęp do bioetyki kulturowej,* Warszawa-Łódź 1996, s. 17-29.

[4] Określenie to pochodzi od R. Fenigsena, R. Fenigsen, *Eutanazja. Śmierć z wyboru?* Poznań 1997.

(zjawisko ograniczone głównie do USA) i 4. tzw. śmierć na uzgodnienie – wzorzec, który coraz silniej promieniuje z Holandii, głównie na Francję, ale także na pozostałe kraje Europy[5].

Określenie „śmierć na uzgodnienie" uwydatnia fakt, że w tym wzorcu, odmiennie niż w śmierci etykietalnej, ostateczną decyzję podejmuje nie chory, ale zespół ludzi, lekarzy, odpowiednio do tego uprawnionych, którym społeczeństwo udziela swego zaufania, podobnie jak udziela go parlamentarzystom wyrażając przez nich swoją wolę. Powoduje to ponowne medykalizowanie śmierci, stwarza niebezpieczeństwo wpływu na decyzję lekarzy racji społeczno-utylitarystycznych i wreszcie rozluźnia, i tak już słaby, związek śmierci z chorobą[6].

Aby pełniej zrozumieć istotę współczesnych stylów umierania, należy przedstawić drogę wiodącą do ich ukształtowania, a także specyficzne relacje zachodzące pomiędzy światem umierających i żywych we wzorcu śmierci „zdziczałej", będącym bazą wyjściową dla pozostałych. W obrębie tych relacji trzeba rozważyć również szczegółowy problem mówienia człowiekowi choremu i umierającemu prawdy o stanie jego zdrowia oraz tendencję estetyzacji śmierci, jako próbę przywrócenia jej utraconego sensu.

Model śmierci „zdziczałej"

Choroba, lekarstwa, lekarz – to pojęcia od dawna nierozłącznie ze sobą związane. Być chorym oznaczało kiedyś, że człowiek padł ofiarą nieznanych sobie wyższych sił. W nowoczesnej cywilizacji nastąpiła ewolucja, którą w pewnym sensie można określić jako sekularyzację. Jej głównym i istotnym rysem jest przechodzenie od stanu choroby, jako zjawiska religijnego, duchowego, do choroby jako zjawiska czysto medycznego, biologicznego. Medycyna nowoczesna jest nastawiona naukowo. Wyklucza więc ze swej orbity magiczne i religijne wyjaśnienia zdrowia, choroby, życia i śmierci[7]. Nie potrafi jednak odpowiedzieć na najgłębsze egzystencjalne pytania człowieka, dotyczące sensu zawartego w umieraniu i śmierci. Tymczasem brak tej odpowiedzi ze strony środowiska szpitalnego oraz trudności w ujawnianiu umierającym prawdy o stanie ich zdrowia i w przeprowadzaniu związanych z nią rozmów przyczyniają się do poczucia bezsil-

[5] K. Szewczyk, *Lęk, nicość i respirator,* s. 59.
[6] *Tamże,* s. 47-48.
[7] M. Sokołowska, *Granice medycyny,* Warszawa 1980, s. 235.

ności zarówno u pacjentów jak i personelu medycznego. Jeżeli zaś człowiek nie potrafi w umieraniu i śmierci odkryć głębszego znaczenia, to sam próbuje nadawać tym wydarzeniom utracony sens.

Śmierć jako tabu

Od czasu śmierci biblijnego Abla aż po dzień dzisiejszy śmierć była i jest niezmiennym faktem. Nastąpiły jednak wielkie przeobrażenia w spojrzeniu na umieranie, to jest na drogę, którą człowiek przechodzi w ostatniej fazie swego życia aż do momentu śmierci. Przede wszystkim inna jest sytuacja, w jakiej człowiek umiera. Więcej niż połowa ludzi nie umiera w domu, lecz w szpitalu[8]. A to często oznacza, że umierają oni przy „medycznym akompaniamencie" gumowych wężów, drutów, rurek, butelek, monitorów, wyciągów, czujników itp. Konanie człowieka zostało rozdrobnione na wiele fizjologicznych procesów, w których gubi się osobowe zjawisko umierania. Poza tym proces umierania trwa na ogół dłużej niż dawniej, a to ze względu na wiele pielęgnacyjnych i medycznych możliwości podtrzymywania życia. Granice między życiem a śmiercią stały się przez to bardziej nieokreślone. Przerwanie pracy serca – niegdyś najpewniejsza oznaka śmierci człowieka – może w określonych przypadkach nie stanowić rozstrzygającego kryterium[9].

Zasugerowane tutaj istotne przemiany w procesie ludzkiego umierania sprawiły, że nastąpiła zmiana postawy wobec śmierci. Przestano uważać ją za konieczne zjawisko naturalne. Obecna „nieprzyzwoitość" śmierci polega na tym, że przerywa ona naturalny łańcuch życia podniesionego do wartości

---

[8] W szpitalach umiera obecnie 80% Amerykanów. Liczba ta rosła stopniowo od 1949 r., kiedy to wynosiła jeszcze 50%. W 1958 r. sięgnęła 61%, a w 1977 – 70%; S. Nuland, *Jak umieramy. Refleksje na temat ostatnich chwil naszego życia,* tłum. M. Lewandowska, Warszawa 1996, s. 289.

[9] Zob. P. Troszkiewicz, *W poszukiwaniu definicji śmierci,* SPCh 31(1995) 2, s. 131-145; A. Szczęsna, *Wokół medycznej definicji śmierci,* w: *Umierać bez lęku,* s. 63-96; Ch. Barnard, *Godne życie, godna śmierć,* tłum. J.K. Kelus, Warszawa 1996, s. 32-49; A. Polkowski, *Eutanazja: ucieczka od życia czy zgoda na śmierć?* Życie i Myśl 7-8(277-278) 1977, s. 69-70; K. Wiśniewska-Roszkowska, *Śmierć w aspekcie nauk medycznych* – Ateneum Kapłańskie 3(428) 1980, s. 359-366; P. Singer neguje definicję śmierci jako śmierć mózgu podaną m.in. przez Komisję Harwardzką wskazując na trudności związane z jej precyzyjnym stwierdzeniem: „Pogląd, że ktoś jest martwy, gdy martwy jest jego mózg, jest co najmniej dziwny", P. Singer, *O życiu i śmierci. Upadek etyki tradycyjnej,* tłum. A. Alichniewicz, A. Szczęsna, Warszawa 1997, s 29. Jego zdaniem jest to jedynie próba usprawiedliwienia i zalegalizowania praktyki pobierania organów do transplantacji od osób o nieodwracalnie utraconej świadomości, *tamże,* s. 61-64.

absolutu. Śmierć jest porażką. Kiedy staje się faktem, uznaje się ją za przypadek, rezultat bezsilności albo niezręczności, o którym trzeba szybko zapomnieć. To, co dzisiaj nazywamy dobrą śmiercią, piękną śmiercią, dokładnie odpowiada dawnemu wzorcowi śmierci przeklętej, bo niepostrzeżonej[10].

Według P. Ariesa współczesne społeczeństwo proponuje przyznanie się do bezsilności, czyli „nieuznawanie istnienia hańby, której nie można zapobiec; zachowywanie się tak, jak gdyby jej nie było i w konsekwencji bezlitosne zmuszanie otoczenia zmarłych do milczenia"[11]. Śmierć jest przez wielu ludzi ignorowana. Daje się także zauważyć, że ludzie nie są z nią oswojeni. Jeśli przerywa się ową ciszę, to jedynie po to, aby sprowadzić śmierć do rozmiarów błahego wydarzenia, starając się mówić o nim obojętnie[12]. W obu przypadkach skutek jest jednakowy: ani jednostka, ani wspólnota nie są w stanie uznać istnienia śmierci[13].

Tendencja wyrażająca się w obojętności dla zjawiska śmierci kształtuje się od XVIII w. Rozpoczęła się wówczas wielka przemiana wrażliwości. „Początek inwersji – daleka i niedoskonała zapowiedź wielkiej dzisiejszej inwersji – zarysował się wówczas w sposobach przedstawiania śmierci"[14]. Śmierć, mająca poprzednio w sobie coś bliskiego, poufałego, oswojonego, zaczęła nabierać gwałtownej i budzącej strach dzikości.

W średniowieczu śmierć była oswojona[15]. „Śmierć oswojona jest wzorcem ściśle związanym z modelem świata, który można nazwać światem metafizycznego porządku"[16]. Model ten był obecny już w mitycznym przedstawianiu rzeczywistości. Przejęła go następnie filozofia antycznej Grecji, a w dużej mierze za pośrednictwem greckich filozofów i myśl chrześcijańska. Skrótowo rzecz ujmując, świat metafizycznego porządku rozumiano jako rzeczywistość kształtowaną przez obiektywne (w chrześcijaństwie dane od Boga) prawa fizyczne. Były one tożsame z prawami moralnymi i estetycznymi, stanowiąc trójjednię Prawdy. Dobra i Piękna. Troiste prawa nadawały rzeczywistości troisty ład: fizycz-

[10] Zob. P. Aries, *Człowiek i śmierć*, tłum. E. Bąkowska, Warszawa 1989, s. 596-597.

[11] *Tamże*, s. 602.

[12] Ten sposób mówienia o śmierci jest często stosowany w serwisach informacyjnych i filmach sensacyjnych.

[13] Dlatego czasom współczesnym brak duchowej dojrzałości, w którą pojedynczych ludzi jak i całe narody wprowadza prawdziwe odkrycie i właściwe rozumienie śmierci. Por. M. de Unamuno, *O poczuciu tragiczności życia wśród ludzi i wśród narodów*, Kraków-Wrocław 1984, s. 71.

[14] P. Aries, *Człowiek i śmierć*, s. 597.

[15] *Tamże*, s. 593-594. Zob. też J. Bremer, *Cmentarz – jeszcze jedna twarz śmierci*, Przegląd Powszechny 11(903) 1996, s. 182-192.

[16] K. Szewczyk, *Lęk, nicość i respirator*, s. 17.

ny, moralny i estetyczny. Prawa troistego porządku tworzyły coś na kształt planu strukturalno-funkcjonalnego świata. Plan ten wyznaczał każdej rzeczy ściśle określone miejsce i dokładnie sprecyzowane funkcje. Z tej służebności czynnościowej elementów wobec świata brał się ich sens, ich wewnętrzne znaczenie. Swoje miejsce we wszechświecie, swoje funkcje, a co za tym idzie swój sens i wartość miały radość i cierpienie, ból i szczęście, narodziny i śmierć. Ta ostatnia była koniecznością wbudowaną w człowieczy los, karą za grzech pierworodny, przejściem na drugą stronę, momentem spotkania ze Stwórcą[17].

Schyłek XVIII stulecia to początek niezwykle szybkiego procesu odrzucania przez naszą cywilizację modelu świata metafizycznego porządku. Pierwszym i, jak się wydaje, najistotniejszym czynnikiem destrukcji tego obrazu i zarazem przemiany śmierci oswojonej w śmierć „zdziczałą" był proces indywidualizacji. Chodzi o stopniowe, ale coraz szybsze uzyskiwanie przez ludzi świadomości samych siebie jako jednostek, niepowtarzalnych indywidualności[18]. Droga ku indywidualności prowadzi również ku coraz wyraźniejszej świadomości własnej śmierci, albowiem „śmierć jest zdobyczą jednostki"[19].

Także w XVIII w. zyskuje na znaczeniu drugi z czynników upadku świata metafizycznego porządku i pojawienia się wzorca śmierci „zdziczałej". Jest nim postępująca laicyzacja naszej kultury. Zanika wiara w piekło, sąd ostateczny, karzącego Boga[20]. Tego zaś, w co nie wierzymy, przestajemy się bać. Człowieka drugiej połowy XVIII stulecia przerażeniem napawa nie tyle myśl o piekle, ile świadomość własnej śmierci. Pojawia się wielki lęk przed śmiercią. „Lęk ten mógł się rozwinąć, upowszechnić i w połączeniu z innymi skutkami cywilizacji oświecenia, zrodzić z wiekowym wyprzedzeniem naszą kulturę"[21].

W XIX w. romantyzm budzący namiętną wrażliwość nie znającą granic i praw rozsądku sprawił, że jeden charakterystyczny typ wziął wówczas górę nad wszystkimi innymi formami uczuciowości. Był nim typ życia prywatne-

---

[17] *Tamże.*

[18] Por. J. Bremer, *Cmentarz – jeszcze jedna twarz śmierci,* s. 184-185

[19] E. Morin, *Antropologia śmierci,* w: S. Cichowicz, J.M. Godzimirski (red.), *Antropologia śmierci. Myśl francuska,* Warszawa 1993, s. 111. Zwolennikami tej tezy są także P. Aries i francuski historyk J. Delumeau; zob. J. Delumeau, *Grzech i strach. Poczucie winy w kulturze Zachodu XIII-XVII* w., tłum. A. Szymanowski, Warszawa 1994, s. 79.

[20] P. Aries określa to zjawisko „osłabieniem idei eschatologicznej chrześcijaństwa", P. Aries, *Człowiek i śmierć,* s. 596.

[21] *Tamże,* s. 598

go, określony przez angielskie słowo *privacy* („sfera prywatności")[22]. W tych warunkach śmierć własna nie miała już znaczenia takiego jak dawniej. Strach przed śmiercią zmienił kierunek i zwrócił się ku osobie kochanej. „Nie śmierć własna jest stanem rzeczy, którego należy się obawiać i przed którym czuje się odrazę, ale śmierć drugiego człowieka"[23]. Opłakiwano fizyczną rozłąkę ze zmarłym, a nie fakt samego umierania[24]. W epoce romantyzmu śmierć nie była już bliska i oswojona jak w społeczeństwach tradycyjnych, ale jeszcze niezupełnie dzika. Stała się natomiast patetyczna[25] i piękna, „piękna jak natura, jak bezmiar natury, morze albo wrzosowiska"[26]. Nie mogłaby jednak uzyskać cech doskonałego piękna, gdyby nie przestano kojarzyć jej ze złem. Zło, długo niepomszczone, z wolna wycofuje się z serca i świadomości człowieka. „Żadne poczucie winy, żaden lęk przed zaświatami nie powstrzymuje już człowieka przed poddaniem się fascynacji śmiercią, która przeobraziła się w doskonałe piękno"[27].

Szybkość rozprzestrzeniania się nowej postawy wobec śmierci wiąże się z serią ówczesnych innowacji techniki medycznej[28]. Jest to znaczący sygnał laicyzacji śmierci. Świadczy on o jej przechodzeniu ze sfery wpływów Kościoła w obszar władania medycyny. Udane przypadki resuscytacji[29] pozornie martwych ludzi ukazują niepewność własnej śmierci i przyspieszają proces zawłaszczania jej przez medycynę. W niepewności owej znajduje nowe miejsce zaczepienia lęk przed śmiercią, oderwany od swe-

---

[22] *Tamże,* Dosłownie odosobnienie, odcięcie się od świata, unikanie rozgłosu, trzymanie czegoś w tajemnicy, J. Stanisławski, K. Billip, Z. Chociłowska, *Podręczny słownik angielsko-polski,* Warszawa 1976, s. 545.

[23] J. Bremer, *Cmentarz – jeszcze jedna twarz śmierci,* s. 187

[24] Zob. E. Słoka, *To los mój na grobowcach siadać,* Przegląd Powszechny, 11 (867) 1993, s. 197-215.

[25] „U muzyków romantycznych (...), którzy oddają cześć przede wszystkim majestatowi śmierci, pompatyczność i emfaza tak rozciągają chwile, że czynią z nich niemal wieczność (...) Wielka uroczystość pogrzebowa z właściwym jej przepychem, z dostojnymi konduktami pozwala chwili wyzwolić się ze swej tymczasowości i promieniować jak słońce w zenicie", V. Jankelevitch, *La mort,* Paris 1966, s. 229.

[26] P. Aries, *Człowiek i śmierć,* s. 599.

[27] *Tamże.*

[28] Najważniejszym wówczas osiągnięciem było skonstruowanie przez N. Drinkera sztucznego respiratora (poł. XVIII w.).

[29] „Resuscytacja (lub reanimacja) – przywrócenie stabilnego stanu fizjologicznego osobie, której czynności serca, ciśnienie krwi oraz utlenowanie tkanek obniżyły się do wartości krytycznych", R.M. Youngson, *Medycyna. Słownik encyklopedyczny,* tłum. W. Grzybowski, A. Grzybowski, Warszawa 1997, s. 422. Obejmuje takie zabiegi jak: masaż serca, sztuczne oddychanie oraz środki farmakologiczne pobudzające czynności układu krążenia i oddechowego; por. T.B. Boulton, C.E. Blogg, *Anestezjologia dla studentów medycyny,* tłum. B. Kamiński, Warszawa 1992, s. 202-220.

go pierwotnie religijnego podłoża. „W lęku przed umieraniem poczynają wysuwać się na pierwszy plan: obawa przed utratą panowania nad własnymi procesami fizjologicznymi oraz przeżycie wstydu"[30]. Wstyd zaś, jak twierdzi N. Elias, to również „rodzaj lęku", tyle że odczuwany w obliczu niebezpieczeństwa, przed którym człowiek nie może się obronić[31].

Współczesny wzorzec śmierci nie podważa głębokiej tendencji i charakteru zmian, jakie zaszły w XIX w. On je kontynuuje, nawet jeżeli na pozór przeczy im w swoich najbardziej spektakularnych przejawach. Wzorzec śmierci jest w dalszym ciągu zdeterminowany przez poczucie *privacy,* tyle że stał się bardziej rygorystyczny i wymagający. Ostatnim wynalazkiem tej przysłowiowej wrażliwości jest bronienie umierającego przed jego własnymi emocjami i ukrywanie do końca, jak ciężki jest jego stan. Natomiast bezpośrednim następstwem definitywnego wyrugowania zła, jak to już wcześniej zostało powiedziane, stał się wstyd. Społeczeństwo zaczęło się wstydzić śmierci, bardziej wstydzić niż bać, a co za tym idzie postępować tak, jak gdyby śmierć nie istniała. „O ile poczucie istnienia drugiego człowieka, ta forma istnienia indywiduum, doprowadzone do ostatecznych konsekwencji, jest pierwszą przyczyną obecnego kształtu śmierci, to drugą jest wstyd i zakaz, jaki on za sobą pociąga"[32].

Postawa ta nie unicestwiła do końca ani samej śmierci, ani strachu przed nią. Wiara w życie wieczne zanika, ale śmierć trwa[33]. Zniszczenie wiary w zło, koniecznej do oswojenia śmierci, spowodowało jej powrót do stanu dzikości. Dawna dzikość mogła powrócić w technice lekarskiej. „Śmierć w szpitalu, najeżona rurkami, staje się dziś czymś bardziej przerażającym niż szkielet"[34].

Nadto, rozpad świata metafizycznego porządku wprowadził śmierć w nicość aksjologiczną. Nauka, technologia posuwa się o krok dalej i spycha śmierć, już pozbawioną sensu, w otchłań nieistnienia bytowego, w nicość ontologiczną. Im większe poczucie owej nicości, tym większy lęk przed nią i tym większa ufność pokładana w technologii, jako czynniku zmniejszającym lęk[35].

---

[30] K. Szewczyk, *Lęk, nicość i respirator,* s. 26.

[31] N. Elias, *Przemiany obyczajów w cywilizacji Zachodu,* tłum. T. Zabłudowski, Warszawa 1980, s. 450.

[32] P. Aries, *Człowiek i śmierć,* s. 602.

[33] Por. V. Jankelevitch, *Tajemnice śmierci i zjawisko śmierci,* w: S. Cichowicz, J.H. Godzimirski (red.), *Antropologia śmierci,* s. 46.

[34] P. Aries, *Człowiek i śmierć,* s. 603.

[35] Technika medyczna negując związek przyczyn choroby z czymś „tajemniczym", „niezgłębionym" nie może zaoferować nic, co by przed tym chroniło „Medycyna scjentystyczna może w związku z chorobą zaofiarować tylko wyjaśnienie kwestii «jak» ale nie umie odpowiedzieć na pytanie «dlaczego» (...) Pozostawione bez odpowiedzi «dlaczego» znajduje wyraz w czymś, co można nazwać «naukową magią». Wiąże się to z niepewnością i ograniczonymi możliwościami leczenia, charakteryzującymi medycynę", M. Sokołowska, *Granice medycyny,* Warszawa 1980, s. 234-235.

W konsekwencji przyjmuje się, że śmierć „zdziczała", w przeciwieństwie do oswojonej, to śmierć wyparta ze świadomości indywidualnej i społecznej[36]. Skutkiem owego wyparcia dziczeje ona, jak dziczeje oswojony zwierz wypędzony z domu. Człowiek kultury Zachodu dopuścił do tego, by śmierć, która niegdyś była traktowana jako oczywisty i nieunikniony rezultat narodzin, znikła mu z oczu i skryła się w zaciszu szpitali i zakładów pogrzebowych. Powstało przekonanie, że powinna ona następować w specjalnie wydzielonych, izolowanych miejscach. Idealną ku temu przestrzenią jest szpital z jego ładem komórkowym. Choć wielu ludzi nie potrafi się do tego przyznać, szpital oferuje rodzinom schowek dla ich „gorsząco nieprzydatnych" członków, których ani świat, ani oni sami nie są w stanie dłużej znosić. Rodziny usiłują czasami za wszelką cenę umieścić terminalnie chorego w szpitalu, gdyż boją się jego umierania. Nie wiedzą, co się robi ze śmiercią; często nigdy jej nie towarzyszyli. Obserwują ponadto, że ich dom popada w izolację. Badania socjologów dowodzą, że do takiej rodziny przestają przychodzić krewni i znajomi. Oni również nie wiedzą, co należy mówić, jak się zachowywać[37]. Myśl o śmierci bliskich zepchnięto w podświadomość, a rozmowę na jej temat uznano za nietakt. Zanika wielopokoleniowy model rodziny, w którym narodziny i śmierć były jednakowo akceptowane jako nieodłączna część życia i otoczone opieką najbliższych oraz zaufanego lekarza domowego. Rodzina jest dzisiaj nieprzygotowana do podjęcia trudnej opieki pielęgnacyjnej, pełna lęku przed bezradnością wobec cierpienia fizycznego i duchowego[38]. „Śmierć zbyt jawna, zbyt teatralna, zbyt hałaśliwa budzi u otoczenia emocje, które trudno pogodzić z własnym życiem zawodowym, a jeszcze trudniej z zawodowym życiem szpitala. (...) Na pewno jest rzeczą pożądaną, aby umierać niepostrzeżenie nie tylko dla siebie, ale i dla innych"[39]. Postawa odrzucenia jest więc typowym zachowaniem ludzi współczesnych wobec problemów, jakie stawia przed nimi śmierć[40]. „Łatwiej znieść śmierć bez myśli o niej, niż myśl o śmierci bez niebezpieczeństwa"[41].

---

[36] P. Aries, *Człowiek i śmierć*, s. 603.

[37] Zob. B. Pietkiewicz, *Kres*, Polityka 44(2061)1996, s. 26-29.

[38] Interesujące uwagi na temat kształtowania postawy wobec śmierci u dzieci daje E. Kübler-Ross, *Życiodajna śmierć. O życiu, śmierci i życiu po śmierci*, tłum. E. Stahre-Godycka, Poznań 1996, s. 12-35. Por. A. Ostrowska, *Śmierć w doświadczeniu jednostki i społeczeństwa*, Warszawa 1997, s. 47-53.

[39] P. Aries, *Człowiek i śmierć*, s. 576.

[40] Por. J. Brehant, *Thanatos. Chory i lekarz w obliczu śmierci*, tłum. U. Sudolska, Warszawa 1980, s. 15-24.

[41] B. Pascal, *Myśli*, tłum. T. Żeleński (Boy), Warszawa 1997 nr 218, s. 107.

Mówienie prawdy umierającym

Postawa odrzucenia i wypierania śmierci ze świadomości indywidualnej i społecznej powoduje ogromne trudności w komunikowaniu się człowieka umierającego z otoczeniem. Problem pojawia się jako sprawa pilna i dręcząca za każdym razem, gdy lekarz ma wyjawić pacjentowi nieubłagane wyniki jakiejś diagnozy lub bolesnej prognozy. Następuje wówczas najbardziej drażliwy moment tego dialogu, jaki rozwija się między lekarzem a pacjentem[42].

Na temat mówienia prawdy ludziom nieuleczalnie chorym i umierającym opinie są podzielone między tych, którzy podtrzymują różne tezy, podobnie udokumentowane danymi statystycznymi i kwestionariuszami[43]. Na przeciwległych biegunach znajdują się zwolennicy „prawdy za wszelką cenę" oraz ci, którzy uważają, że „nigdy nie należy mówić prawdy osobie umierającej lub nieuleczalnie chorej"[44].

Pierwsza teza jest poglądem tych teologów, dla których niewypełnienie moralnego obowiązku mówienia prawdy jest jednoznaczne z pozbawieniem pacjenta jego praw[45]. Jest to również teza prawników, gdyż według nich każdy człowiek ma prawo do uzyskania prawdy od osób trzecich w tym, co dotyczy jego osoby. „Prawda należy wyłącznie do chorego"[46]. Zwolennicy pełnego uświadamiania powołują się na humanitaryzm i gło-

---

[42] Doskonale ilustruje te trudności krążąca w wielu wersjach opowiastka o urzędniku, który pamiętając o nakazie taktownego zachowywania się i starając się złagodzić cios spowodowany bolesnymi wiadomościami o śmierci bliskich, stukał uprzejmie do drzwi mieszkania nieświadomej niczego kobiety, a gdy je otworzono zapytał. „Czy to dom wdowy Smith?"; por. F. Antonelli, *Oblicza śmierci. Jak kształtować właściwą postawę wobec śmierci?* tłum. J. Dębska, Kraków 1995, s. 45-46.

[43] „Biorąc pod uwagę fakt, że stopień zapotrzebowania na informacje zmienia się w zależności od stopnia zaawansowania choroby, nie powinno się wyciągać zbyt pochopnie wniosków na przykład z przeprowadzanych wśród ludzi zdrowych badań ankietowych, zadających pytania w rodzaju: Gdybyś był umierający, czy chciałbyś wiedzieć...?" K. de Walden-Gałuszko, *U kresu. Opieka paliatywna, czyli jak pomóc choremu, rodzinie i personelowi medycznemu środkami psychologicznymi,* Gdańsk 1996, s. 90.

[44] W sondażu przeprowadzonym w 1981 r. na pytanie: „Czy lekarz powinien powiedzieć choremu o zagrażającej śmierci?" odpowiedzi „tak" udzieliło: 37% pytanych lekarzy, 28% pielęgniarek, 41% studentów medycyny i 41% przedstawicieli innych zawodów. Gdy podobne badania powtórzono wśród studentów w 1992 r. wyniki były następujące: 62,6% – tak, 24,7% – nie, 12,7% nie miało wyrobionego poglądu w tej sprawie. Badania realizował zespół naukowy UAM w Poznaniu: L. Gapik, E. Kasperek, D. Polańczyk; zob. M. Gałuszka, *Potoczna interpretacja śmierci,* w: M. Gałuszka, K. Szewczyk (red.), *Umierać bez lęku...,* s. 178-179.

[45] F. Antonelli, *Oblicza śmierci,* s. 48.

[46] J. Brehant, *Thanatos,* s. 78.

szą, że okłamując pacjenta lub przemilczając istotne dla niego fakty ubliża się jego godności i skazuje na męki umierania w samotności z powodu otaczającej go zmowy milczenia (rzekomo dla jego komfortu psychicznego). Prowadzi to według nich do traktowania pacjenta jak przedmiotu (leczniczych zabiegów), a nie podmiotu zdolnego do decydowania o sobie. Zwolennicy mówienia prawdy o rzeczywistym stanie śmiertelnie chorego wśród sześciu charakterystycznych kontekstów na pierwszym miejscu stawiają kontekst praw pacjenta i kodeksu deontologicznego[47]. Pacjent ma prawo do rzetelnych informacji o stanie swojego zdrowia, dlatego lekarz bez względu na okoliczności nie powinien zatajać prawdy. Jako argumenty służą prawa o samostanowieniu, wolności osobistej, godności gatunkowej, szacunku dla osoby pacjenta[48]. „Choremu, wobec pewnego i bliskiego zagrożenia życia, prawda ma być zakomunikowana; w sposób łagodny, rozważny, delikatny, z podjęciem wszystkich możliwych środków ostrożności, ale ma być powiedziana"[49]. Innym argumentem przemawiającym za informowaniem pacjentów jest stworzenie im szansy na przygotowanie się do śmierci (pożegnanie z bliskimi, sporządzenie testamentu, zakończenie spraw rozpoczętych za życia)[50].

Drugi ze skrajnych punktów widzenia omawianej kwestii należy do tych, którzy obstają przy zachowaniu do ostatniej chwili milczenia o niepomyślnym rokowaniu i rzeczywistym stanie zdrowia pacjenta, nawet gdy oznacza to uciekanie się do najbardziej irracjonalnych złudzeń. Zamiast o raku mówi się więc choremu o owrzodzeniu lub zapaleniu jelita grubego, o anemii, dodając, że „to przejdzie", a za miesiąc będzie można uczcić wyleczenie wystawną kolacją[51]. „U źródeł takiego myślenia stoi pewna postawa (można ją również nazwać odczuciem), która wykrystalizowała się w drugiej połowie XIX wieku. Otoczenie chorego skłania się z jednej strony do oszczędzania mu informacji o powadze jego położenia, do zatajenia przed nim jego rzeczywistej sytuacji, z drugiej strony zdając sobie sprawę z faktu, że ukrywanie nie może trwać zbyt długo"[52]. W tym przypadku na pierwszym miejscu znajduje się kontekst

[47] Pozostałe to kontekst argumentów praktyczno-pragmatycznych, kontekst psychologiczny, religijny, autorytetu medycyny i lekarza oraz społeczny, zob. M. Gałuszka, *Potoczna interpretacja śmierci*, s. 180.

[48] *Tamże.*

[49] F. Antonelli, *Oblicza śmierci*, s. 47.

[50] A. Ostrowska, *Śmierć w doświadczeniu jednostki i społeczeństwa*, s. 77.

[51] F. Antonelli, *Oblicza śmierci*, s. 49.

[52] J. Bremer, *Cmentarz – jeszcze jedna twarz śmierci*, s. 190.

psychologiczny. Chory nie chce umierać, zaprzecza i odczuwa swoją śmierć jako niesprawiedliwość"[53]. Prawda o zbliżającej się śmierci może odebrać mu nadzieję oraz poczucie sensu walki o przetrwanie i doprowadzić do załamania psychicznego[54]. Lekarz, który obwieściłby „wyrok", mógłby zostać przez chorego odrzucony jako ktoś bezradny, nie mogący pomóc, ktoś, kto zawiódł. Zaś „litościwe kłamstwo" nie podważa jego zaufania.

Dalszy argument na rzecz niemówienia prawdy to twierdzenie, że sam lekarz rzadko (jeśli w ogóle) zna prawdę, gdyż nigdy nie może być do końca pewny rozpoznania i rokowania medycznego. Ponadto, nawet gdyby lekarz znał prawdę, pacjent przeważnie nie byłby w stanie prawidłowo jej zrozumieć[55].

Wyżej omówiona postawa jest elementem modelu śmierci „zdziczałej", traktowanej jako temat tabu, o którym się milczy. Jest także wynikiem pomieszania dwóch kwestii: moralnego problemu mówienia prawdy oraz problemów epistemologicznych, logicznych i semantycznych związanych z pojęciem prawdy jako takiej[56]. Jest więc również efektem upadku koncepcji świata metafizycznego porządku, wskutek którego indywidualizm i strach przed śmiercią (współcześnie zamieniony we wstyd) zabraniają mówienia prawdy o faktycznym stanie pacjenta. Byłoby to bowiem wkraczaniem w nietykalną sferę prywatności i osobistego przeżywania doświadczenia śmierci oraz przyznaniem się do haniebnej porażki i niemocy nowoczesnej techniki medycznej, a raczej niemocy samego człowieka, poza którym nie ma już nic doskonalszego.

Wielu lekarzy i psychologów sądzi, że ani jednej ani drugiej tezy nie należy uważać za w pełni zadowalającą, choćby dlatego, że w stosunkach międzyludzkich rozwiązania dogmatyczne i bezdyskusyjne nie są nigdy rozwiązaniami optymalnymi. Niewątpliwie słuszne jest rozstrzygnięcie dylematu „mówić, czy nie mówić" uzależniające przyjęte

---

[53] Por. E. Kübler-Ross, *Rozmowy o śmierci i umieraniu*, tłum. I. Doleżal-Nowicka, Warszawa 1979, s. 43-79.

[54] M. Gałuszka, *Potoczna interpretacja śmierci*, s. 181.

[55] „Nawet tak powszechnie używane słowo jak «rak» może zostać opacznie zrozumiane przez pacjentów nie mających przygotowania medycznego. W świadomości pacjenta zamiast całego szeregu uwarunkowań, przewidywań i niuansów technicznych, jakie kryją się w tym słowie, często pojawi się tylko mroczne przekonanie, że rak to nic innego, jak nazwa szczególnie przerażającej choroby", R. Gillon, *Etyka lekarska. Problemy filozoficzne*, tłum. A. Alichniewicz i A. Szczęsna, Warszawa 1997, s. 112.

[56] *Tamże*, s. 114-115.

rozwiązanie od każdorazowej, indywidualnej oceny, czy pacjent rzeczywiście chce znać prawdę i czy jest psychicznie przygotowany na jej przyjęcie. Jedynie możliwe zalecenia ogólne mogą dotyczyć sposobu przekazywania wiadomości, przygotowania do nich i ich akceptacji[57]. Wydaje się, że „pośrednie" rozwiązanie proponuje *Kodeks Etyki Lekarskiej:* „W razie niepomyślnej prognozy dla chorego powinien on być o niej poinformowany z taktem i ostrożnością. Wiadomość o rozpoznaniu i złym rokowaniu może nie zostać choremu przekazana, jeśli lekarz jest głęboko przekonany, iż jej ujawnienie spowoduje bardzo poważne cierpienie chorego lub inne niekorzystne dla zdrowia następstwa; jednak na wyraźne żądanie pacjenta lekarz powinien udzielić pełnej informacji"[58]. Nie oznacza to jednak kierowania się założeniami etyki relatywistycznej odwołującej się do idei „kłamstwa użytecznego" ani stosowania grocjuszowskiej teorii fałszomówstwa[59]. A. Vermeersch proponuje zamiast nich koncepcję tzw. dwuznaczników konwencjonalnych[60]. Chodzi tu o pewne utarte szablonowe odpowiedzi typu: „nie wiem", „zobaczymy", „na razie trudno coś konkretnego powiedzieć". Podstawowy sens tych wyrażeń nie oznacza nic więcej, jak tylko niechęć do podjęcia rozmowy na dany temat i wypowiedzenia właściwej myśli. Ponieważ odmienna funkcja znaczeniowa wspomnianych wyrażeń jest tajemnicą poliszynela w środowisku lekarzy i pacjentów, nie naruszają one wymogów prawdomówności[61].

Nie da się zaprzeczyć, że przekazywanie przykrych wiadomości o stanie czyjegoś zdrowia jest trudne. Dlatego trzeba się tego nauczyć, wbrew potocznym opiniom, że nabywa się tę sprawność automatycznie, lub że należy to robić spontanicznie. Mówiąc o przekazywaniu informacji cho-

[57] A. Ostrowska, *Śmierć w doświadczeniu jednostki i społeczeństwa,* s. 78.

[58] Naczelna Rada Lekarska, *Kodeks Etyki Lekarskiej,* art 17, w: M. Nesterowicz, *Prawo medyczne,* Toruń 1998, s. 187. Podobne rozwiązanie podaje Rada Europy, *Konwencja o ochronie praw człowieka i godności istoty ludzkiej wobec zastosowań biologii i medycyny,* art. 10, w: *tamże,* s. 473.

[59] Zob. T. Ślipko, *Prawda – kłamstwo – nieprawda,* Chrześcijanin w świecie 11(146) 1985, s 58-62.

[60] Tenże, *Zarys etyki szczegółowej,* t. 1, Kraków 1982, s. 358.

[61] Tenże, *Granice życia. Dylematy współczesnej bioetyki,* Kraków 1994, s. 193. „(...) nie można ani dwuznaczników konwencjonalnych ani zwrotów grzecznościowych dyktowanych kurtuazją czy wymuszanych natręctwem (...) kwalifikować jako «kłamstwa użytecznego», ponieważ w znaczeniowej wymowie określonych sytuacji zawarta jest informacja o ich sensie odmiennym od dosłownego rozumienia", tenże, *Prawda – kłamstwo – nieprawda,* s. 66.

remu trzeba podkreślić dwie kluczowe zasady: 1. prawda jest jak lekarstwo; należy je dawkować w zależności od indywidualnych potrzeb i wrażliwości chorego; 2. przekazywanie złych informacji jest procesem, który trwa wiele dni i ma swoją dynamikę rozwojową[62]. Należy założyć, że chociaż człowiek ma prawo do prawdy o swoim stanie, to jednak nie ma obowiązku jej poznania. Dlatego nie wolno złych informacji przekazywać rutynowo, bez wcześniejszego upewnienia się, że chory ich rzeczywiście pragnie i że dojrzał do ich przyjęcia[63].

Trzeba też pamiętać, że stopień zapotrzebowania na informacje jest różny u poszczególnych osób i zmienia się w zależności od stopnia zaawansowania choroby – im bardziej proces jest zaawansowany, tym mniejsze jest zainteresowanie chorego przyczyną choroby, a większa koncentracja na jej poszczególnych objawach[64]. Pacjent poinformowany staje się szczególnie wrażliwy i słaby psychicznie. Przykre wiadomości powodują, zwłaszcza na początku, silne reakcje emocjonalne. Chory wymaga wówczas szczególnej obecności i wsparcia osób bliskich[65]. Inaczej diagnoza-wyrok może wywołać u niego rozpacz i pchnąć w działania samobójcze. Sprawdza się wtedy znane powiedzenie, iż prawda bez miłości zabija. Człowiek, który ma umrzeć, umrze godniej, jeśli zostawi się mu iskierkę nadziei. Ale nadzieja ta nie polega wyłącznie na wierze w wyleczenie lub choćby powstrzymanie choroby. Dla umierającego perspektywa wyleczenia zawsze ostatecznie okazuje się fałszywa, a nawet możliwość złagodzenia bólu często obraca się wniwecz. „Są tacy, którzy nadzieję znajdą w religii i wierze w życie przyszłe; inni będą czekali na osiągnięcie jakiegoś ważnego etapu albo jakieś przełomowe zdarzenie"[66]. W erze stechnicyzowanych nauk biomedycznych, gdy niemal każdy dzień łudzi perspektywą kolejnego leku, pokusa, by trzymać się nadziei wyleczenia, jest ogromna. Robienie komuś takiej nadziei jest jednak często oszustwem i na dłuższą metę

[62] K. de Walden-Gałuszko, *U kresu*, s. 90. Zob. też S. Olejnik, *Etyka lekarska*, Katowice 1995, s. 108-109; P. Skurzyński, *Jak spokojnie umrzeć?*, Gdańsk 1993, s. 27-30.

[63] K. de Walden-Gałuszko, *Pomoc psychologiczna osobom umierającym*, Znak 10(507) 1997, s. 88.

[64] Zob. F. Zerbe, *Paternalizm w stosunkach lekarz – pacjent. Zagrożenia i korzyści*, Ethos 1-2 (25-26) 1994, s. 182-183.

[65] Temat ten zostanie rozwinięty później.

[66] S. Nuland, *Jak umieramy*, s. 292.

okazuje się, że zamiast być pomocne umierającemu, oddaje mu jak najgorszą przysługę[67].

Estetyzacja śmierci

Człowiek końca XX w. doświadcza skutków wyzwalającego procesu indywidualizacji i wchodzenia w świat nicości aksjologiczno-ontologicznej. Są nimi: samotność jednostkowego istnienia (wielkie zatomizowanie człowieka) i jednocześnie izolacja człowieka od innych stworzeń. Człowiek jednak, mimo swoich wysiłków, nie jest i nie potrafi być „samotną wyspą"[68]. Temu zaś, co się wokół niego dzieje, próbuje nadać utracony sens. Dotyczy to również zjawiska śmierci. Działanie człowieka współczesnego idzie tu w dwóch różnych, choć mających tę samą motywację, kierunkach, opieki hospicyjnej[69] oraz estetyzacji śmierci.

Estetyzacja śmierci, zwana także „śmiercią etykietalną"[70]; stanowi „wołanie z samotności jednostkowego istnienia o łączność z drugim człowiekiem, niechby realizowaną tylko w chwili śmierci i za jej pośrednictwem"[71]. Drugi człowiek (lekarz, rodzina) jest tu elementem racjonalnego planu śmierci, estetyczno-użytecznym gestem wkomponowanym w ten plan. Przykładowo: mąż pije z żoną szampana, po czym pomaga jej umrzeć[72]. Istnieją więc dwie podstawowe grupy wartości, które należy uwzględnić: perfekcjonizm podjętych działań oraz wartości estetyczne,

---

[67] Literacką ilustrację takiego oszustwa i jego konsekwencji znajdujemy w noweli L. Tołstoja: „Najcięższą męką dla Iwana Iljicza było kłamstwo To nie wiadomo dlaczego zaakceptowane przez wszystkich kłamstwo, że on jest tylko chory, ale nie umierający, i że ma tylko zachować spokój i przeprowadzać kurację, a z tego wyniknie coś bardzo pomyślnego. A Iwan Iljicz wiedział, że cokolwiek by czyniono, nic z tego nie wyniknie, prócz jeszcze bardziej męczących cierpień i śmierci. To kłamstwo męczyło go, męczyło i to, że nikt nie chciał się przyznać do tego, o czym wszyscy wiedzieli i o czym on wiedział, i że chciano go oszukiwać i zmuszano do brania udziału w tym kłamstwie. Kłamstwo, kłamstwo, to okłamywanie go w przededniu śmierci, kłamstwo, które sprowadzało ten straszny, uroczysty akt jego śmierci do poziomu tych wszystkich ich wizyt, firanek, jesiotrów było straszną męczarnią dla Iwana Iljicza. I rzecz dziwna, wiele razy, kiedy tamci wyczyniali te błazeństwa, był o włos od tego, aby zawołać do nich: przestańcie kłamać, i wy wiecie, i ja wiem, że umieram, więc przynajmniej przestańcie kłamać. Ale nigdy nie miał dość odwagi, aby tak zrobić"; L. Tołstoj, *Śmierć Iwana Ilijcza,* tłum J. Iwaszkiewicz, w: L. Tołstoj, *Opowiadania i nowele. Wybór,* Warszawa 1985, s. 73-74.

[68] Określenie zapożyczone z tytułu książki T. Mertona, T. Merton, *Nikt nie jest samotną wyspą,* tłum. M. Morstin-Górska, Poznań 1997.

[69] Temat opieki hospicyjnej zostanie omówiony później.

[70] K. Szewczyk, *Lęk, nicość i respirator,* s. 47.

[71] *Tamże,* s. 48.

[72] Zob. przypadek Janet Mills (nota red.), *Nic prócz igły, czyli przypadek Janet Mills,* Życie 6(83) 1997, s. 11.

czyli elegancja i przyzwoitość samej śmierci. Dzięki owemu „planowaniu-robieniu" własna śmierć zyskuje sens dla programującej ją jednostki. Co więcej, cały sens śmierci wyczerpuje się w jej „robieniu". „Sens zaś przede wszystkim piękno, precyzja i funkcjonalność gestu"[73]. Owo niezwykle drobiazgowe przygotowanie własnej śmierci ma dać maksimum pewności, że życie zostanie zakończone w sposób niezawodny i elegancki zarazem. W śmierci etykietalnej bardzo ważny jest przeto jej styl. On ma przywrócić temu wydarzeniu sens, zapewnić spokój i komfort umierania. Człowiek, widząc, że nie może zapanować nad śmiertelnością, stara się przynajmniej racjonalnie kierować własną śmiercią.

Z drugiej strony, śmierć etykietalna staje się „zaczynem rozkwitu grup poparcia dla osób bliskich ostatecznego wyjścia"[74]. Planowanie śmierci przyciąga na spotkania owych grup pokrewnych sobie duchem uczestników, dzielących się ze sobą w rozmowie problemami i obdarzających się wzajemnym zrozumieniem[75]. Omawiają oni zazwyczaj własne odczucia na temat bliskiej śmierci.

Estetyzacja śmierci stanowi jeden z elementów globalnej estetyzacji natury, która z kolei jest składnikiem estetyzacji totalnej, obejmującej wszystkie dziedziny ludzkiego działania[76]. Dotyczy ona, oprócz zjawiska śmierci, również życia jednostki, jej roli zawodowej i społecznej, wypoczynku, miłości. „Uniwersum pozbawione trwałych fundamentów aksjologiczno-ontologicznych przeradza się w magazyn gestów i stylów, postaw, poglądów i światopoglądów, z których można dowolnie czerpać i składać nowe estetyczne całości"[77]. Śmierć etykietalna jest zatem próbą włączenia osamotnionych jednostek w szersze tło społeczne przez upodobanie do rzeczy śmiercionośnych[78].

Powstaje jednak obawa, że wolność w kreowaniu estetycznych światów grozi także osamotnieniem i to dwojakiego rodzaju. Pierwsze płynie z poczucia kruchości świata, w którym jednostka nie uczestniczy już we wspólnym budowaniu czegoś solidnego, co przetrwa dłużej niż chwila radości tworzenia. Drugi rodzaj osamotnienia to samotność w fizycznym

---

[73] K. Szewczyk, *Lęk, nicość i respirator,* s. 48.

[74] *Tamże,* s. 49.

[75] D. Humphry, *Ostateczne wyjście. Praktyczne rady dla śmiertelnie chorych, jak samodzielnie lub z cudzą pomocą popełnić samobójstwo,* tłum. K. Schreyer, Bydgoszcz 1993, s. 118.

[76] Por. E. Morin, *Duch czasu,* tłum. A. Frybesowa, Warszawa 1965, s. 73-82.

[77] K. Szewczyk, *Lęk, nicość i respirator,* s. 52.

[78] F. Comby, *Ach ci starcy, którzy nie mogą umrzeć,* tłum. J. Jędraszek, Communio 2(50) 1989, s. 90.

znaczeniu tego słowa, „samotność programistów wpatrzonych w ekrany monitorów nawiązujący kontakt z innymi tylko za pośrednictwem komputerów w trakcie programowania wraz z nimi jakiegoś przemijającego świata"[79].

Śmierć na uzgodnienie

Triumfujący pragmatyzm współczesnego społeczeństwa, sukcesy w dziedzinie ekonomii, techniki i organizacji życia zrodziły mniemanie, że również nieuchronna dla wszystkich ludzi śmierć jest problemem rozwiązywalnym. Rozwiązaniem, które się proponuje jest eutanazja. „Śmierć ma być zniesiona i zastąpiona eutanazją"[80]. Jej wyższość ma polegać na oszczędzaniu umierającemu dotkliwych cierpień związanych z nieuleczalną chorobą. Ruch na rzecz eutanazji deklaruje również, że walczy o wolność i rozszerzenie praw człowieka. Te pozornie wzniosłe idee w rzeczywistości kryją w sobie motywy utylitarne, które należy zdemaskować.

Eutanazja – próba uściślenia

Poglądy na temat eutanazji w ciągu stuleci ulegały wielu zmianom. Przez lata była w najogólniejszym sensie określeniem, w którego zakres pojęciowy wchodziły wszelkie sytuacje dotyczące pozbawienia życia, czy też przyspieszenia śmierci osób ciężko chorych, cierpiących zarówno pod wpływem bólu fizycznego jak i psychicznego[81]. Współcześnie terminów związanych ze sferą poznawanych spraw znacznie przybyło. Źródła ich pochodzenia są różne; niektóre są wytworem myśli prawniczej, inne zostały przeniesione *in extenso* z języka medycznego[82]. Istniejące różnice dotyczą zarówno samej definicji eutanazji, jak i moralnej oceny czynu. Pojawiające się dylematy mówią o wyborze pomiędzy dwoma przeciwstawnymi wartościami. Jedną jest naturalne pragnienie jak najdłuższego życia, podtrzymywania sił witalnych, rozwoju osobowo-

[79] K. Szewczyk, *Lęk, nicość i respirator,* s. 52.

[80] R. Fenigsen, *Eutanazja. Śmierć z wyboru?,* Poznań 1997, s. 120.

[81] J. Najda, *Eutanazja problemu, czy problem eutanazji?,* Człowiek i Światopogląd 1(276) 1989, s. 21.

[82] Chodzi o określenia takie jak: „prawo do śmierci", „śmierć z godnością", „litościwe zabójstwo"; zob. B. Clowes, *The Facts of Life. An Authoritative Guide to Life and Family Issues,* Front Royal 1997, s. 110-112.

ści. Drugą – ochrona człowieka przed beznadziejnym cierpieniem i krańcową degradacją. W sytuacji ciężkiej, nieuleczalnej choroby, kiedy „życie staje się bólem, a cierpienie na granicy wytrzymałości"[83], śmierć oznacza wybawienie, jest wartością, której pragnie się dla siebie i bliskich.

Akty skracania beznadziejnie chorego życia znane są od czasów starożytnych i dotyczą różnych kultur oraz odmiennych światopoglądowo społeczeństw. Sam termin „eutanazja" wywodzi się ze starożytnej Grecji. Przedrostek *eu* znaczy tyle, co „dobry, ładny, pomyślny"[84], zaś *thanatos* tyle, co „śmierć, zgon"[85]. Należy przy tym podkreślić, że sformułowania tego Grecy używali w celu oznaczenia śmierci naturalnej[86]. W piśmiennictwie tamtego okresu można natknąć się na sformułowanie *euthanateo* – zejść śmiercią pełną godności. Od niego pochodzi określenie *euthanatos* – oznaczające śmierć lekką lub szczęśliwą. W liście Cycerona do Atticusa eutanazja oznacza śmierć honorową, sławną, pełną godności, natomiast Gaius Suentinius Trangniliusz podaje w opisie zgonu cesarza Augusta, że kiedy ten słyszał o czyjejś szybkiej, wolnej od cierpień śmierci, miał nadzieję ubłagać bogów o taką eutanazję[87].

Zanim sprecyzowano treść eutanazji, wahano się co do jej kwalifikacji prawnej. Zaliczano ją do samobójstw, gdy była oceniana z punktu ofiary – osoby nieuleczalnie chorej. Zaliczano ją także do morderstw, gdy brano pod uwagę współudział innych osób w dokonywaniu aktu skracania życia[88]. F. Bacon de Verulam, który jako pierwszy zastosował termin „eutanazja" w dzisiejszym rozumieniu, twierdził, że zadaniem lekarza jest nie tylko przywracanie zdrowia, ale również łagodzenie bólu

---

[83] M. Gałuszka, *Potoczna interpretacja śmierci*, s. 190.

[84] Z. Abramowiczówna (red.), *Słownik grecko-polski*, t. 1, Warszawa 1960, s. 325.

[85] *Tamże*, t. 2, s. 440.

[86] J. Najda, *Eutanazja problemu, czy problem eutanazji?*, s. 21.

[87] *Tamże*, s. 22.

[88] „Eutanazja (...) to dla pacjenta samobójstwo, a dla lekarza zabójstwo", H.P. Dunn, *Etyka dla lekarzy, pielęgniarek i pacjentów*, tłum. B. Opolska-Kokoszka, M. Namysłowska, Tarnów 1997, s. 84. „Eutanazja widziana od strony podejmującego odnośną decyzję podmiotu (lekarz, otoczenie) jest w ostatecznym rozrachunku zawsze i z konieczności zabójstwem człowieka" (T. Ślipko, *Granice...*, s. 234). Autor wyróżnia także przypadek „eutanazji samobójczej", kiedy to osoba dotknięta beznadziejną chorobą sama podejmuje działanie bezpośrednio zabójcze (*tamże*). Być może wskazane byłoby używać terminów: „eutanazja" i „autoeutanazja". W. Bołoz mówi o eutanazji posiadającej charakter zabójstwa lub samobójstwa (W. Bołoz, *Życie w ludzkich rękach. Podstawowe zagadnienia bioetyczne*, Warszawa 1997, s. 195). Na temat różnicy pomiędzy zwykłym zabójstwem a eutanazją; zob. też T. Sikorski, *Eutanazja. Przyczynek do studium moralnego*, STV 8(1970) 1, s. 469-470.

i cierpienia, także wtedy, „gdy ma to służyć do lekkiego i łatwego zgonu"[89]. Natomiast dla A. Schopenhauera „eutanazja to śmierć bez żadnej choroby, nawet bez apopleksji, bez drgawek, bez rzężenia, ba, czasem nawet bez nagłej bladości; śmierć najczęściej na siedząco i po jedzeniu, właściwie nie tyle umieranie, co przestanie być"[90].

Ideę eutanazji pojmowanej jako zabijanie osób nieuleczalnie chorych wysuwał już Platon w dialogu *Rzeczpospolita:* „Czy więc w obrębie prawodawstwa państwowego nie umieścisz i sztuki lekarskiej, której zadanie określiliśmy na równym stopniu z tą oto sztuką sądowniczą w tym celu, aby one spośród twoich obywateli pielęgnowały takich, którzy zdrowi są co do ciała i duszy, spośród zaś niedołężnych, aby pozwalały wymierać chorym na ciele, a mających duszę nikczemną i nieuleczalną nawet zabijały"[91]. Medycyna i wymiar sprawiedliwości były w rozumieniu Platona naukami politycznymi i zarazem środkami usuwania wszelkich anomalii, jakie mogą występować w życiu ludzkim, czy to fizycznych, czy duchowych[92]. Usuwanie niepełnowartościowych jednostek, tak u Platona jak w praktyce starożytnej Sparty, odbywa się w interesie państwa. Nakaz ten ma charakter utylitarny.

T. Morus kontynuując platońską koncepcję eutanazji kładł nacisk na jej społeczny kontekst. Chodziło o eliminowanie ludzi mało przydatnych społecznie, uszczuplających jedynie skromne zasoby żywnościowe[93]. W historii myśli społecznej tego rodzaju akty nazywano „eutanazją oszczędzania"[94]. Późniejszą kontynuacją takiego sposobu myślenia była wypaczona koncepcja eutanazji w rozumieniu nazistowskim (nazistowski eugenizm)[95]. „Eutanazja była dla nich techniką szybkiego zabijania tysięcy osób niewy-

[89] F. Bacon, *Novum Organum,* cyt. za C. Williams, *Świętość życia a prawo karne,* Warszawa 1960, s. 298.

[90] A. Schopenhauer, *Aforyzmy o mądrości życia,* tłum. J. Garewicz, Warszawa 1970, s. 27.

[91] Platon, *Rzeczpospolita,* tłum. S. Lisiecki, Kraków 1928, s. 181.

[92] J. Moskwa, *Pokusa dobrej śmierci,* Życie i Myśl 7-8 (277-278) 1977, s. 85-86.

[93] T. Morus, *Utopia,* tłum. K. Abgarowicz, Poznań 1947, s. 93-94. Należy jednak zaznaczyć, że wymagana była zgoda chorego: „(...) wbrew woli nikogo nie pozbawiają życia; jeśli nieuleczalnie chory chce dalej żyć, pielęgnują go z taką samą jak innych troskliwością" (*tamże,* s. 94).

[94] R. Tokarczyk, *Prawa narodzin, życia i śmierci. Etyczne problemy współczesności,* Lublin 1984, s. 280.

[95] W 1939 r. utworzono w Berlinie Ośrodek T4, którego zadanie polegało na prowadzeniu „Aktion Gnadentod" (śmierć z łaski) – akcji pozwalającej na „uwolnienie od życia tych chorych, którzy według osądu i badania lekarskiego zostali uznani za nieuleczalnie chorych". W ramach tej akcji zdołano dokonać eksterminacji ok 100 tys. ludzi, zob. A. Polkowski, *Eutanazja: ucieczka od życia czy zgoda na śmierć?,* Życie i Myśl 7-8(277-278) 1997, s. 79.

godnych politycznie lub psychicznie chorych"[96]. Dla powyższych działań zarezerwowano już w literaturze określenie „pseudoeutanazji", które trafnie oddaje ich istotę. Jeszcze wcześniej, w latach dwudziestych naszego stulecia, profesor prawa karnego K. Binding z Lipska i profesor psychiatrii A. Hoche z Freiburga sformułowali idee „życia niegodnego życia" oraz „życia niewartego życia". Za takie uznali życie osób ciężko chorych, żądających jego skrócenia i osób o ugruntowanych przekonaniach samobójczych[97]. W ich przekonaniu osoby te stanowiły przeciwieństwo prawdziwego człowieczeństwa. „W okresie najwyżej stojącej moralności uwalnianoby tych nieszczęśników od nich samych"[98].

Obecnie obok słowa „eutanazja" najczęściej spotykamy określenie „zabójstwo z litości" (*mercy killing*)[99]. Należy jednak zaznaczyć, że nie odbiega ono w swej treści od terminu podstawowego[100].

Według S. Glasera eutanazja oznacza „świadome pozbawienie życia, względnie przyspieszenie śmierci osoby ciężko chorej, dla wyzwolenia jej z doznawanych cierpień fizycznych"[101]. Taki sposób rozumienia omawianego terminu eksponuje moment świadomości sprawcy eutanatycznego pozbawienia życia. U jego podstaw leży świadomość współczucia dla człowieka chorego i cierpiącego, i oznacza ono działanie w celu skrócenia cierpień. Podobną definicję podaje B. Górnicki: „Eutanazja to śmierć, którą zadaje się choremu, aby skracać jego cierpienia, gdy jest nieuleczalnie chory"[102].

Nie wszędzie jednak i nie przez wszystkich termin „eutanazja" jest rozumiany w ten sposób. Na przykład we Francji stosuje się go w różnych znaczeniach. Niektórzy określają tym mianem stosowanie silnych środków przeciwbólowych, albo decyzję o przerwaniu czy też niepodjęciu terapii niezależnie od jej celu i przewidywanych skutków dotyczą-

---

[96] R. Tokarczyk, *Prawa narodzin, życia i śmierci,* s. 281.

[97] *Tamże,* Por. R. Fenigsen, *Eutanazja...,* s. 14.

[98] J. Moskwa, *Pokusa dobrej śmierci,* s. 94.

[99] W istocie, po zdjęciu zasłony współczucia pozostałoby zwykłe zabójstwo. T. Sikorski odrzuca rozumienie eutanazji jako prostego zabójstwa z uwagi na brak w niej istotnego dla zabójstwa uczucia nienawiści jako motywu działania. „Eutanazja jest zadaniem łagodnej śmierci osobie chorej, doznającej wielkich cierpień z jedynego motywu miłości, aktem, który jako taki stanowi ostatnie i paradoksalne odrzucenie cierpienia przez człowieka", T. Sikorski, *Eutanazja...,* s. 474.

[100] Zob. B. Clowes, *The Facts of Life,* s. 111-112.

[101] S. Glaser, *Zabójstwo na żądanie,* Warszawa 1936, s. 58.

[102] B. Górnicki, *Nowe problemy etyki lekarskiej,* Etyka 14(1975), s. 36; cyt. za J. Najda, *Eutanazja problemu, czy problem eutanazji?,* s. 30.

cych długości życia chorego[103]. W tym przypadku omawiany termin odnosiłby się do wszystkich decyzji ukierunkowanych inaczej niż wysiłki służące możliwie maksymalnemu przedłużeniu życia. „Można by zaakceptować tę terminologię, gdyby nie fakt, że od prawie stulecia przeważa rozumienie eutanazji jako decyzji, której konsekwencje prowadzą do położenia kresu życiu chorego"[104]. Chcąc zatem osiągnąć jak największą jasność, należałoby zdecydować się na nadanie eutanazji jednoznacznego sensu i to sensu dominującego w brzmieniu następującym: „wszelkie zachowania mające na celu spowodowanie śmierci osoby, aby oszczędzić jej w ten sposób cierpień"[105]. W odróżnieniu od Holendrów pomija się tutaj fakt, czy osoba chora prosi o to, czy też nie[106].

Niestety, nawet przy tak sprecyzowanej definicji eutanazji, posługiwanie się tym terminem jest wciąż niezmiernie trudne. „Konieczna jest wnikliwa analiza wszystkich gestów i intencji, aby rozeznać, czy to, co zrobiono, przynależy jeszcze do sfery leczenia, czy służy już przyspieszeniu śmierci. Nie ma w tym nic dziwnego, bowiem tak się dzieje we wszystkich dziedzinach ludzkiej aktywności[107].

Z powodu złożoności i niejasności terminologicznych (być może celowo utrzymywanych) wielu ludzi uważa, że wszelkie formy sprzeciwu wobec eutanazji, są przejawem braku zainteresowania cierpieniem chorych w końcowej fazie ich życia. Takie przekonanie częściowo wyjaśnia, dlaczego walka o akceptację eutanazji jest często z góry interpretowana jako wyraz humanizmu[108].

Działanie a zaniechanie

W dyskusjach na temat przerywania życia wspomina się o dwóch rodzajach eutanazji. Jedną nazywa się czynną, aktywną lub inaczej bezpośrednią. Chodzi tu o przypadek, gdy kres życiu kładzie bezpośrednia interwencja, taka jak podanie pacjentowi śmiertelnej dawki jakiegoś środ-

---

[103] P. Vespieren, *Eutanazja – otwarte drzwi?*, tłum. T. Kot, Przegląd Powszechny 10(854) 1992, s. 96.

[104] *Tamże.*

[105] *Tamże,* s. 97.

[106] Należy jednak odróżnić eutanazję chcianą, wykonywaną na prośbę osoby cierpiącej, od tej praktykowanej bez wiedzy lub nawet wbrew woli pacjenta; zob. P. Semka, *Lekarzu nie zabijaj! Rozmowa z dr. K. Gunnersem,* Życie 6(83) 1997, s. 10-11.

[107] P. Vespieren, *Eutanazja – otwarte drzwi?*, s. 97.

[108] Por. *tamże.* Zob. też tenże, *Les etranges recits des rescapes de la mort,* Etudes 11(1986), s. 479-482.

ka. Drugą określa się jako bierną lub pośrednią. W jej przypadku śmierć następuje w wyniku odłączenia aparatury podtrzymującej życie, albo przez zaprzestanie podawania środków podtrzymujących[109].

Na pierwszy rzut oka wydawać by się mogło, że wszystko jest jasno wyrażone. Faktycznie mogą jednak powstać pewne osobliwe komplikacje. Zdarzają się bowiem przypadki, gdy pacjent nie egzystuje już jako jednostka ludzka, lecz działają u niego pewne automatyzmy fizjologiczne symbolizujące zwykłe życie, np. akcja serca, wymiana gazów w płucach, działanie nerek itp.[110] Są one podtrzymywane za pomocą określonych czynności lekarza oraz specjalistycznej aparatury. Określa się ten stan mianem dystanazji[111]. Odłączenie pacjenta od takiej aparatury (np. przerwanie hemodializy, wyłączenie sztucznego płuca) będzie z medycznego punktu widzenia ortotanazją[112], ale polegają nie na zaniechaniu, lecz w tym przypadku na ewidentnym działaniu (wyłączenie aparatury). W rezultacie należałoby ortotanazję uznać za odmianę eutanazji biernej, w przypadku której nie zawsze ma miejsce pasywne zachowanie się; czasami z zaniechaniem może się łączyć działanie[113].

Ch. Barnard twierdzi, że „istnieje wyraźna różnica pomiędzy bierną (pośrednią) formą eutanazji, kiedy to śmierć następuje w wyniku zaniechania leczenia, a tak zwaną czynną (bezpośrednią) eutanazją, kiedy śmierć spowodowana jest przez konkretne działanie"[114]. Na czym jednak owa różnica miałaby polegać, nie precyzuje. Wydaje się, że natrafiamy tu na problem terminologiczny, mający istotne znaczenie w analizie etycznej. Bowiem określenia takie jak „czynny-bierny" odnoszą się do sposobu działania, natomiast „bezpośredni-pośredni" wskazują na cel, jaki to działanie (lub jego brak) ma osiągnąć. Zatem użycie określenia „eutanazja

---

[109] Ch. Barnard, *Godne życie...*, s. 32. Według T. Ślipko manipulacje reanimacyjne przynależą do odmiennej kategorii granicznych sytuacji ludzkiego życia i dlatego można je wyłączyć z zakresu działań eutanatycznych w ścisłym tego słowa znaczeniu; T. Ślipko, *Granice...*, s. 236.

[110] Np. przypadek K.A. Quinlan, L. Landaua, H. Trumana i in. Por. J. Brehant, *Thanatos,* s. 149 i 152; J. Moskwa, *Pokusa dobrej śmierci,* s. 94-95; A. Ostrowska, *Śmierć w doświadczeniu jednostki i społeczeństwa,* s. 73-74.

[111] „Dystanazja – podtrzymywanie przy życiu nieuleczalnie chorej osoby przy pomocy nadzwyczajnych (tj. unikalnych i kosztownych) środków medycznych bez nadziei na wyleczenie", A. Wieluński, *O życiu godziwym i śmierci godnej,* Człowiek i Światopogląd 1 (276) 1989, s. 57. Badacze francuscy określają taki stan „śmiercią ze sztucznym przeżyciem" (*mort en survie artificielle*), a więc śmiercią mózgową z odroczeniem dalszych etapów śmierci biologicznej; W. Rudowski, *Postęp wiedzy i etyka lekarska,* Więź 4(120) 1968, s. 54.

[112] „Ortotanazja – zaniechanie stosowania środków nadzwyczajnych w ratowaniu życia pacjenta nieuleczalnie chorego", A. Wieluński, *O życiu godziwym,* s. 57.

[113] J. Najda, *Eutanazja problemu, czy problem eutanazji?,* s. 23.

[114] Ch. Barnard, *Godne życie...*, s. 61.

pośrednia" może być zupełnie właściwe w przypadku środków uśmierzających ból i zarazem przyspieszających śmierć, choć mamy tu do czynienia z ewidentnym działaniem. Zupełnie jednak niewłaściwe jest użycie tego wyrażenia, gdy chodzi o przerwanie stosowania środków przedłużających życie pacjenta, albo o niestosowanie ich w ogóle (zaniechanie). Uśmierzanie bólu jest bowiem działaniem „bezpośrednio dobrowolnym", podczas gdy podanie leku skraca proces umierania tylko w sposób „pośrednio dobrowolny". Działanie to bezpośrednio i natychmiastowo pomaga pacjentowi w jego nieznośnym cierpieniu. To, że dzięki temu umrze on wcześniej, nie jest rezultatem głównym ani celem zastosowania leku. Zatem eutanazja bierna nie zawsze równa się eutanazji pośredniej, podobnie jak czynna – bezpośredniej, gdyż celem zarówno działania jak i zaniechania może być uśmiercenie pacjenta[115]. Gdy podkreśla się, że nieprecyzyjne używanie wspomnianych określeń gmatwa kategorie etyki lekarskiej, to nie jest to jedynie walka o słowa. Jest bowiem sprawą pierwszorzędnego znaczenia, aby przy charakterystyce działań wyraźne było rozróżnienie między aktami zaniechania i aktami działania. Różnica polega na właściwym wyborze między czynieniem czegoś, a nieczynieniem niczego ze świadomością celu, jaki pragnie się w ten sposób osiągnąć[116].

M. Tarnawski uważa wszelkie działania, polegające na umyślnym pozbawieniu życia człowieka pod wpływem współczucia dla niego, za eutanazję czynną, zaś za formę bierną przyspieszanie śmierci przez zaprzestanie stosowania odpowiednich, utrzymujących przy życiu środków wobec osoby cierpiącej[117]. W obu więc przypadkach cel jest jednakowy – pozbawienie życia pacjenta. Zmienia się tylko sposób, w jaki się do tego dąży. Ważnym aspektem oceny takiego działania są więc jego okoliczności i intencja osoby działającej. Precyzyjnie ujmuje omawianą kwestię definicja eutanazji w ujęciu *Karty Pracowników Służby Zdrowia* Papieskiej Rady ds. Duszpasterstwa Służby Zdrowia, która kładzie nacisk na intencję działającego i wiąże ją ze stosowanymi przez niego środkami: „Eutanazja to czynność lub jej zaniechanie, która ze swej natury lub w zamierzeniu działającego powoduje śmierć w celu wyeliminowania wszelkiego cierpienia"[118]. T. Ślipko, defi-

[115] Zob. R.H. Wettstein, *On Pain, Palliative Care and Values. A discussion od some pradigmatic examples* (mszp.), 1997, s. 2.

[116] P. Ramsey, *Pacjent jest osobą,* tłum. S. Łypacewicz, Warszawa 1977, s. 180-181.

[117] M. Tarnawski, *Zabójstwo uprzywilejowane w ujęciu polskiego prawa karnego,* Poznań 1981, s. 203-204.

[118] Papieska Rada ds Duszpasterstwa Służby Zdrowia, *Karta Pracowników Służby Zdrowia,* Watykan 1995, p. 147, s. 119. Por. Jan Paweł II, Encyklika *Evangelnim vitae,* Rzym 1995, nr 65.

niując termin „eutanazja", mówi o aktach skracających cierpienie osób krańcowo zdegradowanych, które z uwagi na tkwiącą w nich wewnętrzną prawidłowość, kierującą je nieuchronnie ku śmierci danych osób, można określić jako „akty bezpośrednio zabójcze"[119]. Dla porównania warto przywołać w tym miejscu wypowiedź charakterystyczną dla przedstawicieli etyki jakości życia: „Osobiście wydaje mi się oczywiste, że świadomy akt zaniechania, który ma na celu spowodowanie śmierci lub zgodę na nią, jest z punktu widzenia moralnego nieodróżnialny od świadomego aktu działania. Prawo jedynie w inny sposób traktuje bierną i czynną eutanazję, ale etycznie są one tym samym"[120].

Mentalność tajgetejska

Współcześnie argumentacja na rzecz eutanazji, rozumianej jako lekka, bezbolesna śmierć osób nieuleczalnie chorych i umierających, idzie w dwóch zasadniczych kierunkach. Pierwszy sposób uzasadniania praktyki eutanazji ma na uwadze jednostkę. Wskazuje on na konieczność okazywania litości i niesienia pomocy nieuleczalnie choremu i cierpiącemu człowiekowi[121]. Eksponuje ideę ludzkiej godności gatunkowej, ukazując poniżające człowieka ubezwłasnowolnienie w przedłużających się stanach terminalnych, w których jest on „wegetujący niczym roślina"[122]. Operuje także znaczeniami „sens" i „bezsens" życia w bólu, życia, które nie ma żadnych perspektyw i w związku z tym nie powinno być sztucznie podtrzymywane[123]. W końcu podkreśla prawo człowieka do dysponowania sobą, opierając uzasadnienie na wolności osobistej[124].

---

[119] T. Ślipko, *Granice...*, s 234.

[120] Ch. Barnard, *Godne życie*, s. 64-65. Fragmenty wypowiedzi utrzymanych w podobnym tonie zob. P. Singer, *O życiu i śmierci*, s. 87-92; R. Gillon, *Etyka lekarska*, s. 137-142.

[121] Tzw. eutanazja agonalna.

[122] Jest to niefortunne określenie nienormalnego funkcjonowania autonomicznego układu nerwowego pacjenta w stanie przedłużającej się śpiączki, zob. H.P. Dunn, *Etyka dla lekarzy*, s. 76.

[123] M. Gałuszka, *Potoczna interpretacja śmierci*, s. 195.

[124] Klasycznym przykładem jest propozycja tekstu rezolucji Parlamentu Europejskiego z kwietnia 1991 r. w sprawie terapii paliatywnej i eutanazji. Według powyższego tekstu przy nieskutecznej terapii, gdy chory prosi w sposób naglący i ciągły, aby położyć kres jego życiu, które straciło dla niego całą godność, prośba ta powinna zostać spełniona. Główny argument pomysłodawców opiera się na stwierdzeniu, że pewne rodzaje istnienia nie są już ludzkie. Fundamentem życia istoty ludzkiej jest godność i duchowość, zaś choroba może doprowadzić do pozbawienia człowieka wszelkiej godności. Wniosek z tego taki, że według omawianej propozycji w pewnych przypadkach dążenie do śmierci nie jest negacją życia, a świadome położenie kresu ludzkiej egzystencji nie jest zagrożeniem szacunku dla życia ludzkiego, zob. P. Vespieren, *Eutanazja*, s. 93.

Drugi typ argumentacji kładzie nacisk na racje społeczno-ekonomiczne, bowiem „eutanazja opłaca się"[125]. Podkreśla się tutaj koszty utrzymania śmiertelnie chorych pacjentów, niemożność wykorzystania aparatury medycznej dla innych przypadków chorobowych, potrzebę usankcjonowania tego, co i tak w praktykach zawodowych lekarzy istnieje, czy wreszcie (w skrajnych wypowiedziach) względy eugeniczne[126].

Zwolennicy eutanazji[127], dążąc do prawnego zalegalizowania tej praktyki starają się określić kryteria, po uwzględnieniu których mogłaby ona zostać zastosowana[128]. Przede wszystkim pacjent musi wyrazić prośbę o eutanazję. Zgłoszenie jej powinno się dokonać po uzyskaniu pełnej informacji na temat stanu własnego zdrowia i po dogłębnym jej rozważeniu. Życzenie wyrażone przez pacjenta musi mieć ponadto charakter trwały. Dodatkowym kryterium jest nieznośność cierpienia bez nadziei na jego trwałe usunięcie i wreszcie konsultacja lekarza prowadzącego z innymi przedstawicielami medycznej profesji[129].

Jednakże w 1993 r. parlament holenderski zaaprobował również eutanazję chorych niezdolnych do wyrażenia swej woli, np. pacjentów znajdujących się w stanie nieodwracalnej śpiączki, cierpiących na starczą demencję czy noworodków dotkniętych ciężkimi wadami rozwojowymi[130].

---

[125] J. Brchant, *Thanatos,* s. 175.

[126] M. Gałuszka, *Potoczna interpretacja śmierci,* s. 195.

[127] Najbardziej znanym na świecie zwolennikiem eutanazji jest amerykański lekarz-patolog Jack Kevorkian, którego działalność aktywnie wspomagająca śmierć nieuleczalnie chorych pacjentów zyskała mu w USA przydomek *Doctor Death* – Doktor Śmierć.

[128] Ewentualne instytucjonalne upoważnienie (lub nawet zobowiązanie) lekarza do działania eutanatycznego bez wiedzy i zgody osoby cierpiącej określa się mianem „eutanazji wyłącznie legalnej", zaś na podstawie zezwolenia uprzednio formalnie zadeklarowanego – „eutanazji dobrowolnej" (T. Ślipko, *Granice...,* s. 235). Całkowitą legalizację eutanazji wprowadził w 1996 r. Parlament Terytorium Północnego Australii. Według tego prawa zgoda na eutanazję powinna być poprzedzona procedurą 22 kroków – warunków, które muszą być spełnione, aby eutanazja mogła być zastosowana legalnie. Po pół roku legalizacja eutanazji została zniesiona przez parlament australijski; zob. A. Ostrowska, *Śmierć w doświadczeniu jednostki i społeczeństwa,* s. 72. Na temat uregulowań prawnych dotyczących eutanazji w prawie polskim i wynikających z nich konsekwencji zob. J. Najda, *Eutanazja problemu, czy problem eutanazji?,* s. 25-30.

[129] Za wyliczonymi kryteriami optuje Holenderskie Stowarzyszenie Dobrowolnej Eutanazji. Zdaniem członków Stowarzyszenia kryteria te pozwalają wysunąć na pierwszy plan zasadę autonomii chorego, umożliwiając tym samym zdefiniowanie eutanazji jako zakończenie życia pacjenta na jego jawne życzenie.

[130] K. Szewczyk, *Lęk, nicość i respirator,* s. 55. Należy jednak pamiętać, że według holenderskiego prawa eutanazja jest nadal zabroniona – zapisu w kodeksie karnym nikt nie unieważnił i za jej stosowanie grozi kara więzienia. Znowelizowano natomiast przepis w ustawie o trybie wydawania przez lekarzy świadectw zgonu. „Dotąd przepisy te mówiły o wypisywaniu aktu zgonu przy śmierci naturalnej. W razie wątpliwości nakładały obowiązek przekazania sprawy policji i prokuraturze. Teraz usankcjonowano trzecią możliwość – dokonanie eutanazji i przesłanie śledczemu raportu sporządzonego przez lekarza"; P. Semka, *Lekarzu...,* s. 10.

Taka decyzja oddaje śmierć, przynajmniej pewnej grupy chorych, w ręce lekarzy. Lekarz staje się więc kimś w rodzaju „bezstronnego eksperta"[131], ale nie w sprawach związanych z życiem i zdrowiem, lecz w dziedzinie sprawnego przynoszenia śmierci. Ostateczną decyzję podejmuje nie chory, ale zespół medyków, bezstronnych fachowców, funkcjonariuszy społeczeństwa. Rodzi się jednak uzasadnione podejrzenie, iż skłonny do socjocentryzmu lekarz będzie brał pod uwagę w uzgadnianiu śmierci np. stopień społecznej użyteczności pacjenta, albo po prostu będzie kierował się swoim światopoglądem. Typ lekarza pacjentocentrycznego, skoncentrowanego na dobru chorego, zostałby wówczas zastąpiony lekarzem socjocentrycznym, który społeczną użyteczność swoich działań przedkłada ponad wartość życia osoby ludzkiej. R. Fenigsen określa go mianem lekarza tajgetejskiego, zaś reprezentowany przez niego sposób myślenia – filozofią tajgetejską[132] lub darwinizmem społecznym[133].

W sposobie myślenia i pojęciowania ludzi o mentalności tajgetejskiej spotkać można termin: „jakość życia"[134]. Implikuje on obiektywną, bezstronną ocenę, ale przecież każdy, kto używa tego pojęcia, zakłada z góry, że życie, niezależnie od jego jakości, nie ma wartości absolutnej. „Gdy pomimo leczenia jakość życia pogarsza się i zwiększa się cierpienie fizyczne, czy również wtedy (...) lekarz powinien starać się przedłużyć egzystencję pacjenta? Świadomie używam tu terminu egzystencja, gdyż często jest rzeczą sporną, czy stan, w jakim znajduje się pacjent, naprawdę nazwać można jeszcze życiem"[135]. Dlatego według zwolenników etyki jakości życia przy określaniu kresu życia ludzkiego nie jest ważne, jak definiujemy śmierć w sensie biologicznym. Liczy się jedynie zdolność do cieszenia się własnymi przeżyciami, do nawiązywania kontaktów z innymi ludźmi i chęć, by życie nadal trwało[136].

---

[131] R. Fenigsen, *Eutanazja...*, s. 70.

[132] „W Sparcie wszystkie nowo narodzone dzieci przedstawiać miano eforom państwowym i ci wybierali noworodki ich zdaniem silne i zdrowe. Pozostałe porzucano na wzgórzach Tajgetos na pastwę dzikich psów i drapieżnych ptaków. Matkom nie wolno było okazywać żalu"; *tamże*, s. 13.

[133] K. Darwin opisał dobór naturalny i przeżycie najlepiej przystosowanych organizmów jako procesy naturalne, działanie ślepej natury, ale nigdy nie proponował, aby społeczeństwo ludzkie świadomie regulowało w ten sposób swoje sprawy.

[134] Zob. A. Świeżyński, *Śmierć, której rzucamy wyzwanie*, Collectanea Theologica 69(1999) nr 4, s. 77.

[135] Ch. Barnard, *Godne życie*, s. 50.

[136] P. Singer, *O życiu i śmierci*, s. 210.

Z przytoczonej wypowiedzi wynika, że posługujący się pojęciem „jakość życia", uważają ją za cechę poznawalną i dającą się zmierzyć. Tak więc jeden człowiek miałby prawo określić jakość życia drugiego człowieka, jak również wydać osąd, że jest ona niewystarczająca i należy położyć kres takiemu życiu.

Rozważając dalej racje, jakimi posługują się ludzie o mentalności tajgetejskiej, natrafia się na ich koronny argument – działania dla dobra człowieka, w jego własnym interesie. Eutanazja miałaby być takim właśnie działaniem. Przypomina to znane hasło kolonistów brytyjskich: najlepsze co można zrobić dla tubylca, to pozwolić mu umrzeć. Aby utrzymać argument działania dla dobra pacjenta człowiek tajgetejski musi lepiej od niego samego wiedzieć, co jest dla chorego dobre i co leży w jego interesie. Musi zatem rozumować następująco: „Sam nie wiesz, jak nieszczęśliwy jesteś w swoim życiu; ja wiem to lepiej[137]. Oto kilka przykładów. Młoda lekarka sprzeciwiła się wszczepieniu rozrusznika starszemu pacjentowi z blokiem serca oświadczając, że jest zasadniczo przeciwna stosowaniu rozruszników u osób po siedemdziesiątym piątym roku życia oraz, że, jej zdaniem, nie wolno społeczeństwa obarczać utrzymywaniem przy życiu ludzi starych[138]. Pediatrzy i specjaliści chirurgii dziecięcej, działając na ogół w porozumieniu z rodzicami, powodują śmierć około trzystu noworodków rocznie. Chodzi o dzieci wykazujące rozmaite wady rozwojowe, cechy zespołu Downa, albo rozszczep kręgosłupa prowadzący do wodogłowia. Do zejścia śmiertelnego doprowadza się przez pozbawienie dziecka płynów i pokarmu, przez zaniechanie prostych zabiegów lekarskich, a czasami przez aktywną eutanazję[139]. Lekarzom opiekującym się moją własną matką zleciłem, by nie dawali jej antybiotyków i nie karmili za pomocą zgłębnika. Miała wówczas dziewięćdziesiąt osiem lat, była po trzecim zawale, z zapaleniem płuc, nieprzytomna"[140].

Argument „działania dla dobra chorego" przesłania, jak się wydaje, prawdziwe pobudki, którymi są dążenie do uwolnienia społeczeństwa od ludzi „bezużytecznych" lub rażących swoim wyglądem oraz chęć zrzucenia z siebie niewygodnej i bolesnej konieczności bycia z człowiekiem

[137] R. Fenigsen, *Eutanazja...*, s. 17.

[138] *Tamże*, s. 14.

[139] P. Singer, *O życiu i śmierci*, s. 136-138. Powszechnie określa się ten sposób postępowania jako „selektywne zaniechanie leczenia", lub w sposób bardziej dosadny: „leczyć tak, by dziecko umarło", *tamże*, s. 144.

[140] Ch. Barnard, *Godne życie*, s. 62.

umierającym aż do momentu śmierci. Bowiem decydującym motywem postaw proeutanatycznych nie jest dobro chorego, lecz przekonanie o bezwartościowości ludzkiego życia na skutek jego nieprzydatności społecznej[141]. Trudno zgodzić się z twierdzeniem, iż „osoba, która zadaje śmierć, nie kieruje się żadnymi pobudkami porządku egoistycznego, nie ma na uwadze żadnej osobistej korzyści. Jedynym celem, do którego kieruje swoje działanie, jest dobro chorego"[142]. „Postawę tajgetejską czy też inaczej mówiąc światopogląd socjaldarwinistyczny trzeba widzieć w szerszym kontekście jako przejaw ludzkiej tendencji do podwyższania własnej pozycji, polepszania własnego samopoczucia przez zdominowanie, zdewaluowanie i wreszcie wytępienie innych ludzi słabych i odmiennych"[143]. Widzi ona i do głębi jest zafascynowana celem, do którego zmierza, czyli chęcią wyzwolenia cierpiącego, ale jeśli chce ogarnąć całość swojego działania, musi także dostrzec świadomie podejmowane czynności stanowiące drogę do owego celu[144].

W rozumowaniu lekarzy tajgetejskich można zauważyć banalną skądinąd prawdę, że i tak wszyscy prędzej czy później muszą umrzeć, a skoro tak, to równie dobrze może się to stać teraz[145]. Ch. Barnard określa proces starzenia się i śmierci mianem konieczności ewolucyjnych. Śmierć jest dla niego nieodzowną częścią życia i dlatego obowiązkiem społeczeństwa jest stworzenie takich warunków, by każdy mógł dobrze przeżyć życie i umrzeć dobrą śmiercią, choćby miało to oznaczać czynne zastosowanie eutanazji[146].

Wydaje się, że dla lekarza socjaldarwinisty istnieją równolegle obok siebie dwie różne wspólnoty ludzkie: oficjalna (państwowa) i rzeczywista. „Normy prawa są normami i prawami państwa oficjalnego, nierzeczywistego, państwa praworządności. (...) To są prawa wydane przez fikcyjną Holandię, prawa rozplakatowane na tej fasadzie, którą na razie dla zachowania pozorów należy utrzymać[147]. Lekarz tajgetejski zaprzysiągł w tajemnicy wierność innej wspólnocie ludowej, prawdziwej, rze-

---

[141] W. Bołoz, *Życie w ludzkich rękach,* s. 202.

[142] T. Sikorski, *Eutanazja...,* s. 472. Autor stara się wykazać, że źródłem aktu eutanazji jest miłość, a nie litość lub nienawiść. Tylko tak umotywowane akty uznaje za eutanazję *sensu stricte.*

[143] R. Fenigsen, *Eutanazja...,* s. 40.

[144] T. Ślipko, *Granice...,* s. 233.

[145] R. Fenigsen, *Eutanazja...,* s. 19.

[146] Ch. Barnard, *Godne życie,* s. 118-119.

[147] R. Fenigsen, *Eutanazja...,* s. 36

czywistej Holandii, do której w żaden sposób nie przystają powszechne normy i prawa. Wspomniany już południowoafrykański kardiochirurg o światowej sławie mówi: „Nie praktykowałem nigdy czynnej eutanazji, jako że jest ona czynem traktowanym w moim kraju jak morderstwo, za które grozi kara śmierci. Jestem jednak głęboko przekonany, że w praktyce klinicznej można znaleźć właściwe dla niej miejsce"[148].

Własna prośba chorego – ambiwalencja pragnienia śmierci

Rozważając konsekwencje związane z przechodzeniem lekarza typu pacjentocentrycznego w socjocentrycznego należy jeszcze uwzględnić okoliczność najczęściej podnoszoną przez zwolenników czynnego stosowania eutanazji. Czy społeczeństwo mogłoby zaakceptować eutanazję w szczególnie drastycznych sytuacjach, gdy chory sam o nią prosi? Znaczna część społeczeństwa życzy sobie, aby przynajmniej w takich sytuacjach lekarze byli uprawnieni do zadawania śmierci[149]. Eutanazja na życzenie pacjenta – argumentują jej zwolennicy – pozwalałaby choremu urzeczywistnić pełnię swej wolności, sam bowiem określałby moment swego odejścia. Jednocześnie okoliczność, że decyzję taką chory podejmowałby pod okiem fachowego zespołu lekarskiego, wykluczałaby możliwość jakichkolwiek nadużyć, stwarzając warunki „godziwego, godnego miana człowieka stoickiego umierania"[150]. Chodzi więc o poszukiwanie pewnej formy „ubezpieczenia", „drzwi wyjściowych" – na wypadek, gdyby koniec życia okazał się zbyt mocno naznaczony bólem lub niedomogami[151]. Korzystać z owego „wyjścia" miałaby niewielka liczba pacjentów, wyłącznie ci, którzy osobiście o to poproszą[152]. Postawione wyżej pytanie odnosi się do postawy społeczeństwa wobec indywidualnych żądań. Można je rozpatrywać kładąc nacisk na wymiar indywidualny lub społeczny.

Z analizy wyników ankiety przeprowadzonej w Holandii wynika, że spośród 187 badanych przypadków, w których pacjenci prosili o zasto-

[148] Ch. Barnard, *Godne życie*, s. 63.

[149] Postuluje to m.in. Stowarzyszenie na Rzecz Prawa do Godnej Śmierci (ADMD) oraz Holenderska Fundacja na Rzecz Eutanazji (NVVE), zob P. Vespieren, *Une apologie du suicide*, Etudes 2(1988), s. 171-176. Stanowisko *Kodeksu Etyki Lekarskiej* jest w tym względzie jednoznaczne „lekarzowi nie wolno stosować eutanazji", *tamże*, art. 30, s. 189.

[150] K. Toeplitz, *Człowiek w obliczu śmierci z uwzględnieniem etyki marksistowskiej, granic i praw reanimacji*, Gdańsk 1988, s. 92. Por. T. Ślipko, *Granice...*, s. 238-240.

[151] P. Vespieren, *Eutanazja – otwarte drzwi?*, s. 98.

[152] Chodzi o deklarację woli pacjenta (*Living-will*), zob. B. Clowes, *The Facts of Life...*, s. 14-17.

sowanie wobec nich eutanazji, 57% podało jako główny powód poczucie utraty godności osobowej, 47% ból fizyczny, 46% poczucie końca życia pozbawionego wartości, 33% zależność od innych, 23% ogólne zmęczenie życiem. Tylko w 5% omawianych przypadków ból był jedynym motywem wymienionym przez pacjentów[153]. Zatem zasadniczy powód żądania zakończenia życia pozostaje w sferze oceny wartości swojej egzystencji przez chorego. Samo cierpienie fizyczne jako takie rzadko byłoby jedynym powodem praktykowania eutanazji[154].

Prośba chorego o spowodowanie śmierci jest przede wszystkim dręczącym zwątpieniem w wartość własnego życia. Wiąże się to z charakterystycznym dla naszych czasów poczuciem społecznej nieużyteczności, bycia ciężarem dla innych czy wreszcie świadomością ran i zniekształceń, jakie zagrażają obrazowi, który chciałoby się po sobie zostawić.

Prośba o szybką i bezbolesną śmierć może być także wołaniem o pomoc, o zrozumienie, próbą udramatyzowania sytuacji. Nawet gdy ktoś z naciskiem, wielokrotnie i na piśmie lub w obecności świadków prosi o uśmiercenie, nie wyklucza to wcale możliwości, że tak naprawdę błaga tylko o pomoc i uwagę[155]. Prośba chorego, by pozbawić go życia, jest także wołaniem o odebranie mu cierpień spowodowanych chorobą. Pacjent powiada: zabijcie mnie, ale właściwie to mówi: odbierzcie mi moje cierpienie[156], a nie: odbierzcie mi życie.

Trzeba zastanowić się nad udziałem otoczenia i całego społeczeństwa w pojawianiu się i aprobowaniu tego typu żądań[157]. „Specjaliści w dziedzinie zdrowia mówią o lęku zwrotnym pojawiającym się u pacjenta na

---

[153] P. Vespieren, *Eutanazia – otwarte drzwi?*, s. 100.

[154] Odmiennego zdania jest T. Sikorski. Uważa on, że pragnienie wyzwolenia się chorego od fizycznego cierpienia jest podstawową przyczyną eutanazji. „Eutanazja nie stanowi aktu odrzucenia lub pogardy względem życia. (...) Jest ona w swej istocie odrzuceniem cierpienia, które charakteryzuje się tym, że człowiek (...) po wyczerpaniu wszelkich środków uśmierzenia cierpień, ucieka się do śmierci jako upragnionego i pewnego wyzwolenia", T. Sikorski, *Eutanazja...*, s. 467.

[155] R. Fenigsen, *Eutanazja...*, s. 80. „Prośby ciężko chorych, niekiedy domagających się śmierci, nie powinny być rozumiane jako wyrażenie prawdziwej woli eutanazji; prawie zawsze chodzi o pełne niepokoju wzywanie pomocy i miłości". *Karta Pracowników Służby Zdrowia,* p. 149, s. 120; por. *Deklaracja o eutanazji* (*„Iura et bona"*) s. 144.

[156] J. Lejeune, *Czy przerwanie ciąży i eutanazja są zabójstwem?,* w: Ch. Chabanis, *Śmierć, kres czy początek?,* tłum. A.D. Tuaszyńska, Warszawa 1987, s. 155.

[157] Preferencyjna etyka utylitarystyczna za pomocą takich kryteriów jak dobre samopoczucie i unikanie cierpienia chce rozstrzygać o możliwości usprawiedliwienia pozbawienia życia człowieka chorego na jego własne żądanie; B. Sutor, *Etyka polityczna Ujęcie całościowe na gruncie chrześcijańskiej nauki społecznej,* tłum. A. Marcol, Warszawa 1994, s. 212-213.

skutek lęku odczytanego w spojrzeniu leczącego"[158]. Zjawisko to, nazywane również grą zwierciadeł, polega na tym, że widok niektórych chorych wzbudza głęboki niepokój u ludzi zdrowych, który z kolei przyczynia się do wnioskowania chorego o utracie własnej godności i wartości osobowej[159]. Proces ten może być wielokrotnie wzmacniany przez kolejne spostrzeżenia chorego i w ten sposób utwierdzać go w jego przekonaniach. Akceptacja żądania śmierci w takim przypadku wpływa znacząco na zamknięcie się chorego w poczuciu beznadziejności swojej sytuacji. „Stwierdzenie pacjenta: moje życie nie jest warte, aby je kontynuować, można rozumieć jako zalęknione pytanie, które chory kieruje do nas: według ciebie, który jesteś świadkiem końca mojego życia, czy ma ono jakąś wartość, czy warto, by trwało? Czy mimo wszystkich zmian fizycznych zachowuję jeszcze wartość mojej osoby?"[160] Odpowiedź negatywna oznacza zadanie śmierci pacjentowi, i to podwójne. Najpierw przez utwierdzenie go w przekonaniu o degradacji i nieużyteczności jego życia, a następnie przez czynne przyspieszenie śmierci poprzedzone domaganiem się przez chorego zastosowania śmiercionośnej kroplówki. Tak więc najpierw zabija się poczucie tożsamości, a zaraz potem samą osobę. Ktoś, kto praktykuje eutanazję na żądanie chorego, odpowiada na pewną prośbę jednocześnie potwierdzając ją, umacniając i uniemożliwiając wszelką zmianę postawy u człowieka, który wyraża przede wszystkim swoje wątpliwości i cierpienia[161]. Po dokładnym omówieniu żądania wobec rodziny i innych lekarzy wstyd powstrzymuje chorego od ewentualnej zmiany „jego własnej decyzji"[162]. Odwoływanie się zatem do pojęcia wolności osobistej w dziedzinie wyboru pomiędzy śmiercią a życiem jest przynajmniej częściowo iluzoryczne. Chory, owszem, pragnie umrzeć, ale to pragnienie nie jest jedynie owocem jego wolności i nieskrępowanej decyzji. Jest ono raczej interpretacją postawy otoczenia lub nawet całego społeczeństwa, które traktuje owo pragnienie jak możliwość wyjścia z trudnej i nieprzyjemnej sytu-

[158] P. Vespieren, *Eutanazja – otwarte drzwi?*, s. 102.
[159] Por. K. de Walden-Gałuszko, *Pomoc psychologiczna...*, s. 89.
[160] P. Vespieren, *Eutanazja – otwarte drzwi?*, s. 103.
[161] *Tamże.*
[162] R. Fenigsen, *Eutanazja...*, s. 83.

acji[163]. „Swoją postawą wobec śmierci i umierających społeczeństwo wyraża sens, jaki nadaje życiu, daje świadectwo akceptacji lub odrzucenia wielkości i fundamentalnej godności każdego ludzkiego istnienia, niezależnie od tego, jakim niedostatkom cielesnym lub umysłowym byłoby ono poddane"[164].

Adam ŚWIEŻYŃSKI

[163] W tym znaczeniu eutanazja jest raczej problemem tych, którzy się dobrze czują, aniżeli tych, którzy są beznadziejnie chorzy, zob. A. Siemianowski, *Śmierć i perspektywa nadziei. Esej filozoficzny o ostatecznych sprawach człowieka,* Gniezno 1992, s. 13; por. T. Ślipko, *Granice...,* s. 241.

[164] P. Vespieren, *Eutanazja – otwarte drzwi?,* s. 105. Por. tenże, *L'euthanasie. Un debat qui repose sur des equivoques,* Etudes 3(1977), s. 293-309.