

Adam Świeżyński

Śmierć na uzgodnienie

Studia Philosophiae Christianae 37/2, 138-159

2001

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

ŚMIERĆ NA UZGODNIENIE

1. WSTĘP

Triumfujący pragmatyzm współczesnego społeczeństwa, sukcesy w dziedzinie ekonomii, techniki i organizacji życia zrodziły mniemanie, że również nieuchronna dla wszystkich ludzi śmierć jest rozwiązywalnym problemem. Rozwiązaniem, które się proponuje, jest eutanazja. „Śmierć ma być zniesiona i zastąpiona eutanazją”¹. Jednakże eutanazja rozwiązuje problem śmiertelnej choroby we właściwy sobie sposób: eliminuje go, eliminując tego, kto go stanowi, czyli osobę nieuleczalnie chorą.

Poglądy na temat eutanazji w ciągu stuleci ulegały wielu zmianom. Przez lata eutanazja w najogólniejszym sensie była 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 psychicznego². 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 medycznego³. Istniejące różnice dotyczą zarówno samej definicji eutanazji, jak i oceny moralnej czynu. Pojawiające się dylematy mówią o wyborze między dwoma przeciwstawnymi wartościami. Jedną jest naturalne pragnienie jak najdłuższego życia, podtrzymywania sił witalnych, rozwoju osobowości. Drugą – ochrona człowieka przed beznadziejnym cierpieniem i krańcową degradacją. W sytuacji ciężkiej, nieuleczalnej choroby, kiedy „życie staje się bólem, a cierpienie na granicy wytrzymałości”⁴, śmierć oznacza wybawienie, jest wartością, której pragnie się dla siebie i bliskich.

¹ R. Fenigsen, *Eutanazja. Śmierć z wyboru?*, Poznań 1997, 120.

² J. Najda, *Eutanazja problemu, czy problem eutanazji?*, Człowiek i Światopogląd 276(1989)1, 21.

³ Chodzi o określenia takie jak: „prawo do śmierci” (*right to die*), „śmierć z godnością” (*death with dignity*), „litościwe zabójstwo” (*mercy killing*); zob. B. Clowes, *The Facts of Life. An Authoritative Guide to Life and Family Issues*, Front Royal 1997, 110-112.

⁴ M. Gałuszka, *Potoczna interpretacja śmierci*, w: *Umierać bez lęku. Wstęp do bioetyki kulturowej*, red. M. Gałuszka i K. Szewczyk, Warszawa-Łódź 1996, 190.

Wyższosc eutanazji, według jej współczesnych zwolenników, miałyby 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.

2. EUTANAZJA – PRÓBA UŚCIŚLENIA

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, pomyslny”⁵, zaś *thanatos* tyle, co „śmierć, zgon”⁶. Należy przy tym podkreślić, że sformułowania tego używali Grecy dla oznaczenia śmierci naturalnej⁷. 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 Tranngiliusz podaje w opisie zgonu cesarza Augusta, że kiedy ten słyszał o czyjejs szybkiej, wolnej od cierpień śmierci, miał nadzieję ubłagać bogów o taką eutanazję⁸.

Zanim sprecyzowano treść eutanazji, wahano się co do jej kwalifikacji prawnej. Zaliczano eutanazję 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 życia⁹. F. Bacon de Verulam, który

⁵ *Słownik grecko-polski*, red. Z. Abramowiczówna, t. 1, Warszawa 1960, 325.

⁶ Tamże, t. 2, 440.

⁷ J. Najda, dz. cyt., 21.

⁸ Tamże, 22.

⁹ „Eutanazja (...) to dla pacjenta samobójstwo, a dla lekarza zabójstwo.” H. P. Dunn, *Etyka dla lekarzy, pielęgniarek i pacjentów*, tłum. z ang. B. Opolska-Kokoszka i M. Namysłowska, Tarnów 1997, 84. „Eutanazja widziana od strony podejmującego odnośną decyzję podmiotu (lekarz, otoczenie) jest w ostatecznym rozrachunku zawsze i z konieczności zabójstwem człowieka” T. Slipko, *Granice życia. Dylematy współczesnej bioetyki*, Kraków 1994, 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*

jako pierwszy zastosował termin „eutanazja” w dzisiejszym rozumieniu. Twierdził, że zadaniem lekarza jest nie tylko przywracanie zdrowia, ale również łagodzenie bólu i cierpienia, także wtedy, „gdy ma to służyć do lekkiego i łatwego zgonu”¹⁰. Natomiast dla A. Schopenhauera „eutanazja to śmierć bez żadnej choroby, nawet bez apopleksji, bez drgawek, bez rżenia, ba czasem nawet bez nagłej bladości; śmierć najczęściej na siedząco i po jedzeniu, właściwie nie tyle umieranie, co przestanie być”¹¹.

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 niedołącznych, aby pozwalały wymierać chorym na ciele, a mających duszę nikczemną i nieuleczalną nawet zabijały”¹². Medycyna i wymiar sprawiedliwości były w rozumieniu Platona naukami politycznymi i zarazem środkami usuwania wszelkich anomalii, jakie mogą zachodzić w życiu ludzkim, czy to fizycznych, czy duchowych¹³. 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 kontekst społeczny. Chodziło o eliminowanie ludzi mało przydatnych społecznie, uszczuplających jedynie skromne zasoby żywnościowe¹⁴. W historii myśli społecznej tego rodzaju akty nazywano „eutanazją oszczędzania”¹⁵. W latach dwudziestych naszego

kach. *Podstawowe zagadnienia bioetyczne*, Warszawa 1997, 195. Na temat różnicy pomiędzy zwykłym zabójstwem a eutanazją zob. też T. Sikorski, *Eutanazja. Przyczynek do studium moralnego*, STV 8(1970)1, 469-470.

¹⁰ F. Bacon, *Novum Organum*, cyt. za C. Williams, *Świętość życia a prawo karnie*, tłum. z ang. J. Sawicki, Warszawa 1960, 298.

¹¹ A. Schopenhauer, *Aforyzmy o mądrości życia*, tłum. z niem. J. Garewicz, Warszawa 1970, 27.

¹² Platon, *Rzeczpospolita*, tłum. z grec. S. Lisiecki, Kraków 1928, 181.

¹³ J. Moskwa, *Pokusa dobrej śmierci*, *Zycie i Myśl* 277-278(1977)7-8, 85-86.

¹⁴ T. Morus, *Utopia*, tłum. z łac. K. Abgarowicz, Poznań 1947, 93-94. Należy jednak zaznaczyć, że wymagana była zgoda chorego: „(...) wbrew woli nikogo nie pozbawiają życia; jeśli nieuleczalnie chory chce dalej żyć, pielęgnowują go z taką samą jak innych troskliwością”. Tamże, 94.

¹⁵ R. Tokarczyk, *Prawa narodzin, życia i śmierci. Etyczne problemy współczesności*, Lublin 1984, 280.

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 ugrunтовanych przekonaniach samobójczych¹⁶. W ich przekonaniu osoby te stanowiły przeciwieństwo prawdziwego człowieczeństwa. „W okresie najwyżej stojącej moralności uwalniano by tych nieszczęśliwych od nich samych”¹⁷. Późniejszą kontynuacją takiego sposobu myślenia była wypaczona koncepcja eutanazji w rozumieniu nazistowskim (nazistowski eugenizm)¹⁸. „Eutanazja była dla nich techniką szybkiego zabijania tysięcy osób niewygodnych politycznie lub psychicznie chorych”¹⁹. Dla powyższych działań zarezerwowano już w literaturze określenie „pseudoeutanazji”, które trafnie oddaje ich istotę.

Obecnie obok słowa „eutanazja” najczęściej spotykamy określenie „zabójstwo z litości” (*mercy killing*)²⁰. Należy jednak zaznaczyć, że nie odbiega ono w swej treści od terminu podstawowego²¹.

Według S. Gläsera eutanazja oznacza „świadome pozbawienie życia, względnie przyspieszenie śmierci osoby ciężko chorej, dla wyzwolenia jej z doznawanych cierpień fizycznych”²². 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 defini-

¹⁶ Tamże. Por. R. Fenigsen, dz. cyt., 14.

¹⁷ J. Moskwa, dz. cyt., 94.

¹⁸ W 1939 roku 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* 277-278(1977)7-8, 79.

¹⁹ R. Tokarczyk, dz. cyt., 281.

²⁰ W istocie, po zdjęciu zasłony współczucia pozostało by zwykle 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 jedyne go motywu miłości, aktem, który jako taki stanowi ostatnie i paradoksalne odrzucenie cierpienia przez człowieka”. T. Sikorski, dz. cyt., 474.

²¹ Zob. B. Clowes, dz. cyt., 111-112.

²² S. Gläser, *Zabójstwo na żądanie*, Warszawa 1936, 58.

cję podaje B. Górnicki: „Eutanazja to śmierć, którą zadaje się choremu, aby skrócić jego cierpienia, gdy jest nieuleczalnie chory”²³.

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 go mianem stosowania silnych środków przeciwbólowych albo decyzji o przerwaniu czy też niepodjęciu terapii niezależnie od jej celu i przewidywanych skutków dotyczących długości życia chorego²⁴. 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”²⁵. 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 cierpienie”²⁶. W odróżnieniu od Holendrów pomija się tutaj fakt, czy osoba ta prosi o to, czy też nie²⁷.

Niestety, nawet przy tak sprecyzowanej definicji eutanazji, posługiwanie się tym terminem jest wciąż niezmiernie trudne. „Konieczna jest wnikliwa analiza wszystkich gestów i intencji, aby rozróżnić, 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”²⁸.

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

²³ B. Górnicki, *Nowe problemy etyki lekarskiej*, Etyka 14(1975), 36.

²⁴ P. Vespieren, *Eutanazja – otwarte drzwi?*, tłum. z franc. T. Kot, Przegląd Powszechny 854(1992)10, 96.

²⁵ Tamże.

²⁶ Tamże, 97.

²⁷ Należy jednak odróżnić eutanazję chcianą (dobrowolną), 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 83(1997)6, 10-11.

²⁸ P. Vespieren, *Eutanazja*, dz. cyt., 97.

częściowo może wyjaśniać, dlaczego walka o akceptację eutanazji jest często interpretowana z góry jako wyraz humanizmu²⁹.

3. 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 środka. Drugą określa się jako bierną lub pośrednią. W jej przypadku śmierć następuje w wyniku odłączenia aparatury podtrzymującej życie albo przez zaprzestanie podawania podtrzymujących życie środków³⁰.

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 normalna jednostka ludzka, lecz działają u niego pewne automatyzmy fizjologiczne symbolizujące zwykłe życie, np. akcja serca, wymiana gazów w płucach, działanie nerek itp.³¹. Są one podtrzymywane za pomocą określonych czynności lekarza oraz specjalistycznej aparatury – dystanazja³². Odłączenie pacjenta od takiej aparatury (np. przerwanie hemodializy, wyłączenie sztucznego płuca) będzie z medycznego punktu widzenia ortotanazja³³, ale

²⁹ Por. P. Vespieren, *Les etranges recits des rescapes de la mort*, Etudes 11(1986), 479-482.

³⁰ Ch. Barnard, *Godne życie, godna śmierć*, tłum. z ang. J. K. Kelus, Warszawa 1996, 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, dz. cyt., 236.

³¹ Np. przypadek K. A. Quinlan, L. Landaua, H. Trumana i in. Por. J. Brehant, *Thanatos. Chory i lekarz w obliczu śmierci*, tłum. z franc. U. Sudolska, Warszawa 1980, 149 i 152; J. Moskwa, dz. cyt., 94-95; A. Ostrowska, *Śmierć w doświadczeniu jednostki i społeczeństwa*, Warszawa 1997, 73-74.

³² „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 276(1989)1, 57). Badacze francuscy określają taki stan „śmiercią ze sztucznym przeżyciem” (*mort en survie artificielle*), a więc śmiercią mózgową z odroczeniem dalszych etapów śmierci biologicznej; zob. W. Rudowski, *Postęp wiedzy i etyka lekarska*, Więź 120(1968)4, 54.

³³ „Ortotanazja – zaniechanie stosowania środków nadzwyczajnych w ratowaniu życia pacjenta nieuleczalnie chorego”. A. Wieluński, dz. cyt., 57. Por. M. Lembas-Sznabel, M. Wiśniewska, *Eutanazja w aspekcie podstawowych praw człowieka: praca do życia i prawa do godnego umierania*, w: *Problemy współczesnej tanatologii*, red. J. Kolbuszewski, Wrocław 1997, 129-131.

nie polegającą na zaniechaniu, lecz w tym wypadku 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 tutaj łączyć działanie³⁴.

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”³⁵. Na czym jednak owa różnica miałaby polegać nie precyzuje. Wydaje się, że natrafiamy tu na problem terminologiczny mający istotne znaczenie dla analizy etycznej. Bowiern 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 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). Uśmierzenie 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 równa się eutanazji pośredniej, podobnie jak czynna – bezpośredniej, gdyż zarówno działanie jak i zaniechanie może mieć za cel uśmiercenie pacjenta³⁶. Gdy podkreśla się, że nieprecyzyjne używanie wspomnianych określeń gmatwa kategorie etyki lekarskiej, to nie jest to jedynie walka o słowa. Jest bowiem sprawą pierwszorzędno znaczenia, aby przy charakterystyce działań wyraźne było rozróżnienie między aktami zaniechania i aktami działania. Różnica polega na właściwym wyborze między czynnie-

³⁴ J. Najda, dz. cyt., 23.

³⁵ C. Barnard, dz. cyt., 61.

³⁶ Zob. R. H. Wettstein, *On Pain, Palliative Care and Values. A discussion of some paradigmatic examples* (maszynopis), 1997, 2; S. Leone, *Śmiertelnie chory*, tłum. z włos. M. Zarebska, Kraków 2000, 19-22.

niem czegoś, a nie czynieniem niczego ze świadomością celu, jaki pragnie się w ten sposób osiągnąć³⁷.

M. Tarnawski uważa za eutanazję czynną wszelkie działania polegające na umyślnym pozbawieniu człowieka życia pod wpływem współczucia dla niego, zaś za formę bierną – przyspieszanie śmierci przez zaprzestanie stosowania odpowiednich, utrzymujących przy życiu środków wobec osoby cierpiącej³⁸. 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 z zastosowanymi przez niego środkami: „Eutanazja to czynność lub jej zaniechanie, która ze swej natury lub w zamierzeniu działającego powoduje śmierć w celu wyeliminowania wszelkiego cierpienia”³⁹. T. Ślipko określając 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”⁴⁰. Zatem każde zachowanie, którego jedynym celem byłoby doprowadzenie do śmierci pacjenta, musi być uważane za akt eutanazji. Nie jest nim natomiast unikanie środków terapeutycznych, które w rzeczywistości nie przedłużałyby życia, lecz tylko agonię ani stosowanie analgetyków w celu złagodzenia cierpień⁴¹. Jakimkolwiek więc przymiotnikiem chciałoby się określić eutanazję (czynna, bierna, pośrednia, bezpośrednia), pozostanie ona sobą i dlatego każdy przymiotnik, jaki zostałby jej przypisany, grozi pomieszaniem pojęć.

³⁷ P. Ramsey, *Pacjent jest osobą*, tłum. z ang. S. Łypacewicz, Warszawa 1977, 180-181.

³⁸ M. Tarnawski, *Zabójstwo uprzywilejowane w ujęciu polskiego prawa karnego*, Poznań 1981, 203-204.

³⁹ Papieska Rada ds. Duszpasterstwa Służby Zdrowia, *Karta Pracowników Służby Zdrowia*, Watykan 1995, p. 147, 119. Por. Jan Paweł II, *Encyklika „Evangelium vitae”*, Rzym 1995, nr 65.

⁴⁰ T. Ślipko, dz. cyt., 234.

⁴¹ Tamże, 259; J. Ziegler, *Etyczne aspekty eutanazji*, tłum. z niem. T. Styczeń, *Zeszyty Filozoficzne* 24(1976)2, 120.

4. JAKOŚCI ŻYCIA

Przyglądając się procesom chorobowym zachodzącym w organizmie człowieka na płaszczyźnie 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. 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 szczególny 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 zdolny⁴². 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 niezwykły sposób leczenia ma dla chorego poważne 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 itd. Do wyżej wymienionych problemów dołączają się trudności podobne tym, jakie mają pozostali chorzy przewlekle. 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 podję-

⁴² Zob. S. Kornas, *Współczesne eksperymenty medyczne w ocenie etyki katolickiej*, Częstochowa 1986, 230.

tych planów, które są ważnym elementem satysfakcji życiowej. Małeje 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 niekiedy podejście „zdrowych tego świata” może być dla osoby chorej źródłem poczucia alienacji, mniejszej wartości, zbędności i wypływającej z tego bezcelowości jakichkolwiek wysiłków zmierzających do nadania sensu „spętanemu życiu”⁴³.

U osób chorych podstawowe potrzeby psychiczne i społeczne są w zasadzie 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 wartości⁴⁴. 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.⁴⁵.

Te i wiele innych podobnych przypadków wywołują dyskusję, czy dopuszczalne jest, aby jakość życia osoby ludzkiej 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 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”⁴⁶. W literaturze przedmiotu z kręgu anglosaskiego pojęcie jakości życia przeciwstawione jest kategorii je-

⁴³ H. Haskovcova, *Między życiem a śmiercią*, tłum. z czes. H. Wasylkiewicz, Warszawa 1978, 126.

⁴⁴ K. de Walden-Galuszko, *U kresu. Opieka psychopaliatywna, czyli jak pomóc choremu, rodzinie i personelowi medycznemu środkami psychologicznymi*, Gdańsk 1996, 70.

⁴⁵ J. Łuczak, *Obowiązek uśmierzenia cierpień*, w: *Przed przejściem. Rozważania o opiece hospicyjnej*, red. M. Śpiewakowska i R. Szpakowski, Warszawa 1997, 19.

⁴⁶ B. Pascal, *Myśli*, tłum. z franc. T. Zeleński (Boy), Warszawa 1997, nr 254, 118.

go sakralności, świętości⁴⁷. W „etyce sakralności życia” mamy do czynienia z respektowaniem życia jako takiego, jako wartości samej w sobie⁴⁸. Z kolei „etyka jakości” różnicuje wartość życia według zewnętrznych, najczęściej biologicznych kryteriów⁴⁹. Dążenie do promocji jakości życia biologicznego nie musi się koniecznie wiązać z brakiem szacunku dla życia biologicznie zdegradowanego⁵⁰. 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 biologiczne. 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 przy ich pomocy 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 doświadczy się jego rzeczywistej wartości⁵¹.

Przez ocenę jakości życia (*Quality of Life – QL*) rozumie się własny obraz położenia życiowego, dokonany przez człowieka w wybranym okresie⁵². Człowiek ocenia swoje położenie życiowe porównując je 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 stop-

⁴⁷ Zob. R. A. Mc Cormick, *The Quality of Life, the Sanctity of Life*, Studia Moralia, t. 15, Roma 1977, 625-641; P. Singer, *O życiu i śmierci. Upadek etyki tradycyjnej*, tłum. z ang. A. Alichniewicz i A. Szczęsna, Warszawa 1997, 68-92; 120-148.

⁴⁸ Zob. F. Angelini, *Świętość ludzkiego życia*, tłum. z włos. K. Borowczyk, Ethos 25-26 (1994) 1-2, 49-55.

⁴⁹ R. Otowicz, *Osiągnięcia techniki medycznej wyzwaniem dla etyki i prawa*, Przegląd Powszechny 899-900(1996)7-8, 40-41.

⁵⁰ Możliwość tej nie bierze pod uwagę P. Singer, który traktuje decyzję o przewraniu daremnej terapii jako rozstrzygnięcie oparte zawsze i tylko na negatywnej ocenie jakości życia; P. Singer, dz. cyt., 130-147.

⁵¹ R. Tokarczyk, dz. cyt., 28-29. Zob. też B. N. Nathanson, *Ręka Boga. Od śmierci do życia – podróż zwolennika aborcji, który zmienił zdanie*, tłum. z ang. M. Sobolewska, Warszawa-Ząbki 1997, 126-127. Szerzej na temat jakości i sakralności życia zob. R. Otowicz, *Etyka życia*, Kraków 1998, 134-145.

⁵² K. de Walden-Galuszko, *U kresu*, dz. cyt., 68.

nia zaspokojenia najważniejszych dla człowieka potrzeb. Jest przy tym własną, subiektywną oceną chorego⁵³.

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-bytowych⁵⁴.

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 QL⁵⁵.

Warto w tym miejscu zauważyć, że stosunek między 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 sprzężenie psychiki ze zmianą w ciele pacjenta. Za oczywisty przyjmuje się fakt, że czynniki psychiczne mogą nie tylko współdziałać przy powstawaniu choroby i wpływać korzystnie lub niekorzystnie na jej przebieg, lecz także w niektórych przypadkach

⁵³ 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*, dz. cyt., 75.

⁵⁴ Tamże.

⁵⁵ Tamże, 76. Por. J. Łuczak, dz. cyt., 20.

mogą być głównym bodźcem wywołującym i pogłębiającym chorobę. Ta wzajemna interakcja działając destrukcyjnie na organizm może stać się powodem pragnienia przerwania trudnej do zaakceptowania egzystencji⁵⁶.

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 swojego 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 demarkacyjnej linii staje się dla człowieka czymś nie do przyjęcia i w rozumieniu zwolenników etyki konsekwencjalistycznej podważa absolutny charakter zasady świętości życia⁵⁷.

5. 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 człowiekowi⁵⁸. Eksponuje ideę ludzkiej godności gatunkowej, ukazując poniżające człowieka ubezwłasnowolnienie w przedłużających się stanach terminalnych, w których jest on „wegetujący niczym roślina”⁵⁹. Operuje także znaczeniami „sens” i „bezsens” życia w bólu, życia, które nie ma żadnych perspektyw i w związku z tym nie powinno być sztucznie podtrzymywa-

⁵⁶ Zob. Z. Płużek, *Psychologiczne aspekty samobójstw*, Znak 217-218(1972)7-8, 944-953.

⁵⁷ P. Singer, dz. cyt., 85-87.

⁵⁸ Tzw. eutanazja agonalna.

⁵⁹ Jest to niefortunne określenie nienormalnego funkcjonowania autonomicznego układu nerwowego pacjenta w stanie przedłużającej się śpiączki; zob. H. P. Dunn, dz. cyt., 76.

ne⁶⁰. W końcu podkreśla prawo człowieka do dysponowania sobą, opierając uzasadnienie na wolności osobistej⁶¹.

Drugi typ argumentacji kładzie nacisk na racje społeczno-ekonomiczne, bowiem „eutanazja opłaca się”⁶². 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 eugeniczne⁶³.

Zwolennicy eutanazji⁶⁴ dążąc do prawnego zalegalizowania tej praktyki starają się określić kryteria, po uwzględnieniu których mogłaby ona zostać zastosowana⁶⁵. 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

⁶⁰ M. Gałuszka, dz. cyt., 195.

⁶¹ Klasycznym przykładem jest propozycja tekstu rezolucji Parlamentu Europejskiego z kwietnia 1991 roku w sprawie terapii paliatywnej i eutanazji. Według powyższego tekstu przy nieskutecznej terapii, gdy chory prosi w sposób nagły 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*, dz. cyt., 93.

⁶² J. Brehant, dz. cyt., 175.

⁶³ M. Gałuszka, dz. cyt., 195.

⁶⁴ 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 (<http://www.right.org/deathnet/KevorkianFile.html>).

⁶⁵ Ewentualne instytucjonalne upoważnienie (lub nawet zobowiązanie) lekarza do działania eutanatycznego bez wiedzy i zgody osoby cierpiącej określa się jako „eutanzję wyłącznie legalną”, zaś na podstawie zezwolenia uprzednio formalnie zadeklarowanego – „eutanzją dobrowolną” T. Ślipko, dz. cyt., 235. Całkowitą legalizację eutanazji wprowadził w 1996 roku 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, dz. cyt., 72. Na temat uregulowań prawnych dotyczących eutanazji w prawie polskim i wynikających z nich konsekwencji zob. J. Najda, dz. cyt., 25-30.

mieć ponadto charakter trwały. Dodatkowym kryterium jest nieznośność cierpienia bez nadziei na jego trwałe usunięcie i wreszcie konsultacja lekarza prowadzącego z innymi przedstawicielami medycznej profesji⁶⁶.

Jednakże w 1993 roku 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 rozwojowymi⁶⁷. Taka decyzja wspomnianego parlamentu oddaje śmierć, przynajmniej pewnej grupy chorych, w ręce lekarzy. Lekarz staje się więc kimś w rodzaju „bezzstronnego eksperta”⁶⁸, 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 kierował się swoim osobistym 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 tajgetejską⁶⁹ lub darwinizmem społecznym⁷⁰.

W sposobie myślenia i pojęciowania ludzi o mentalności tajgetejskiej spotkać można wspomniany uprzednio termin: „jakość życia”.

⁶⁶ Za wyliczonymi kryteriami optuje Holenderskie Stowarzyszenie Dobrowolnej Eutanazji. Zdaniem członków Stowarzyszenia kryteria te pozwalają wysunąć na plan pierwszy zasadę autonomii chorego, umożliwiając tym samym zdefiniowanie eutanazji jako zakończenie życia pacjenta na jego jawne życzenie.

⁶⁷ K. Szewczyk, *Lęk, nicność i respirator. Wzorce śmierci w cywilizacji Zachodu*, w: *Umierać bez lęku*. dz. cyt., 55.

⁶⁸ R. Fenigsen, dz. cyt., 70.

⁶⁹ „W Sparcie wysiał dobór naturalny i przeżycie najlepiej przystosowanych organizmów i ci wybierali noworodki ich zdaniem silne i zdrowe. Pozostałe porzucono na wzgórzach Tajgetos na pastwę dzikich psów i drapieżnych ptaków. Matkom nie wolno było okazywać żalu”. Tamże, 13.

⁷⁰ 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.

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”⁷¹. 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 trwało⁷².

Z przytoczonej wypowiedzi wynika, że postępujący 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 jakość ta jest niewystarczająca i że należy położyć takiemu życiu kres.

Rozważając dalej racje, jakimi postępują 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: „najlepszą rzeczą, jaką 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”⁷³. Oto kilka przykładów. Młoda lekarka sprzeciwiła się wszczęciu 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 społeczeństwu obciążać utrzymywaniem przy życiu ludzi starych⁷⁴. Pediatrizy i specjaliści chirurgii dziecięcej, działając na ogół w porozumieniu z rodzicami, powodują śmierć około trzystu noworodków rocznie. Cho-

⁷¹ C. Barnard, dz. cyt., 50.

⁷² P. Singer, dz. cyt., 210.

⁷³ R. Fenigsen, dz. cyt., 17.

⁷⁴ Tamże, 14.

dzi 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 eutanazję⁷⁵.

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 umierającym aż do momentu śmierci. Bowiem decydującym motywem postaw proeutanatycznych nie jest dobro chorego, lecz przekonanie o bezwartościowości ludzkiego życia na skutek jego nieprzydatności społecznej⁷⁶. 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”⁷⁷. „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 wytepienie innych ludzi – słabych i odmiennych”⁷⁸. 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 przez nią podejmowane czynności stanowiące drogę do owego celu⁷⁹.

Wydaje się, że dla lekarza socjaldarwinisty istnieją równoległe obok siebie dwie różne wspólnoty ludzkie: oficjalna (państwowa) i rzeczywista. „Normy i prawa są normami i prawami państwa oficjalnego, nierzeczywistego, państwa praworządności. (...) To są prawa wydane przez fikcyjną Holandię, prawa rozplakatowane na tej

⁷⁵ P. Singer, dz. cyt., 136-138. Powszechnie określa się ten sposób postępowania jako „selektywne zaniechanie leczenia” lub w sposób bardziej dosadny: „leczyć tak, by dziecko umarło”; tamże, 144.

⁷⁶ W. Bołoz, dz. cyt., 202.

⁷⁷ T. Sikorski, dz. cyt., 472. Autor stara się wykazać, że źródłem aktu eutanazji jest miłość, a nie litość lub nienawiść. Tylko tak umotywowane akty uznaje on za eutanazję *sensu stricte*.

⁷⁸ R. Fenigsen, dz. cyt., 40.

⁷⁹ T. Slipko, dz. cyt., 233.

fasadzie, którą na razie dla zachowania pozorów należy utrzymać”⁸⁰. Lekarz tajgetejski zaprzysiął w tajemnicy wierność innej wspólnoty ludowej, prawdziwej, rzeczywistej 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”⁸¹.

6. WŁASNA PROŚBA CHOREGO – AMBIWALENCJA PRAGNIENIA ŚMIERCI

Rozważając konsekwencje związane z przechodzeniem lekarza typu pacjentocentrycznego w socjocentryczny 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 tych określonych sytuacjach lekarze byli uprawnieni do zadawania śmierci⁸². 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”⁸³. Chodzi więc o poszukiwanie pewnej formy „ubezpieczenia”, „drzwi wyjściowych” – *exit* na wypadek, gdyby koniec życia okazał się zbyt mocno naznaczony bólem lub niedomogami⁸⁴. Korzystać z owego „wyj-

⁸⁰ R. Fenigsen, dz. cyt., 36.

⁸¹ C. Barnard, dz. cyt., 63.

⁸² 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), 171-176. Stanowisko *Kodeksu Etyki Lekarskiej* jest w tym względzie jednoznaczne: „Lekarzowi nie wolno stosować eutanazji”. *Kodeks Etyki Lekarskiej* (1993), w: M. Nesterowicz, *Prawo medyczne*, Toruń 1998, art. 30, 189.

⁸³ K. Toeplitz, *Człowiek w obliczu śmierci, z uwzględnieniem etyki marksistowskiej, granic i praw reanimacji*, Gdańsk 1988, 92. Por. T. Slipko, dz. cyt., 238-240.

⁸⁴ P. Vespieren, *Eutanazja*, dz. cyt., 98.

ścia” miałyby niewielka liczba pacjentów, wyłącznie tych, którzy osobiście o to poproszą⁸⁵. Pytanie wyżej postawione 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 zastosowanie 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 pacjentów⁸⁶. Zatem zasadniczy powód żądania przez chorych zakończenia ich życia pozostaje w sferze oceny wartości swojej egzystencji przez chorego. Samo cierpienie fizyczne jako takie rzadko byłoby jedynym powodem praktykowania eutanazji⁸⁷.

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 udratyzowania sytuacji. Nawet kiedy 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 uwagę⁸⁸. Prośba chorego, by

⁸⁵ Chodzi o deklarację woli pacjenta (*Living-will*); zob. B. Clowes, dz. cyt., 114-117.

⁸⁶ P. Vespieren, *Eutanazja*, dz. cyt., 100.

⁸⁷ 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, dz. cyt., 467.

⁸⁸ R. Fenigsen, dz. cyt., 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” (Papieska Rada ds. Duszpasterstwa Służby Zdrowia, dz. cyt., p. 149, 120). Por. Kongregacja Nauki Wiary, *Deklaracja o eutanazji („Jura et bona”)* (5 maja 1980), w: *W trosce o pełnię wiary. Dokumenty Kongregacji Nauki Wiary 1966-1994*, tłum. z łac. Z. Zimowski i J. Królikowski, Tarnów 1995, 144.

pozbawić go życia jest także wołaniem o odebranie mu cierpień spowodowanych chorobą. Pacjent powiada: zabijcie mnie, ale właściwie to nie mówi: odbierzcie mi życie, lecz: odbierzcie mi moje cierpienie⁸⁹.

Trzeba zastanowić się nad udziałem otoczenia i całego społeczeństwa w pojawianiu się i aprobowaniu tego typu żądań⁹⁰. „Specjaliści w dziedzinie zdrowia mówią o lęku zwrotnym pojawiającym się u pacjenta na skutek lęku odczytanego w spojrzeniu leczącego”⁹¹. 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 osobowej⁹². Proces ten może być wielokrotnie wzmacniany poprzez 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 załęcznione 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?”⁹³. 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 chorego zastosowania śmiertelnej 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 wszel-

⁸⁹ J. Lejeune, *Czy przerwanie ciąży i eutanazja są zabójstwem?*, w: Ch. Chabanis, *Śmierć, kres czy początek?*, tłum. z franc. A. D. Tuaszyńska, Warszawa 1987, 155.

⁹⁰ 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. z niem. A. Marcol, Warszawa 1994, 212-213.

⁹¹ P. Vespieren, *Eutanazja*, dz. cyt., 102.

⁹² Por. K. de Walden-Gałuszko, *Pomoc psychologiczna osobom umierającym*, Znak 507(1997)10, 89.

⁹³ P. Vespieren, *Eutanazja*, dz. cyt., 103.

ką zmianę postawy u człowieka, który wyraża przede wszystkim swoje wątpliwości i cierpienia⁹⁴. Po dokładnym omówieniu żądania wobec rodziny i innych lekarzy wstyd powstrzymuje chorego od ewentualnej zmiany „jego własnej decyzji”⁹⁵. 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 jako możliwość wyjścia z trudnej i nieprzyjemnej sytuacji⁹⁶. „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”⁹⁷.

7. ZAKOŃCZENIE

Eutanazja zdaje się być „tematem dyżurnym” w dyskusjach etycznych, filozoficznych i światopoglądowych na przełomie XX i XXI wieku. Artykuły na jej temat oraz polemiki między zwolennikami i przeciwnikami eutanazji pojawiają się regularnie w prasie codziennej, audycjach telewizyjnych i radiowych⁹⁸, oraz w internecie⁹⁹. Systematycznie powiększa się również liczba wydawnictw naukowych, poruszających zagadnienie eutanazji. Owo nagromadzenie informacji i dyskusji, nie prowadzące zazwyczaj do zmiany stanowisk, może wywoływać w przeciętnym odbiorcy wrażenie, iż wszystko już zostało powiedziane i niczego nowego nie można dodać, aby rozświetlić zawitości omawianego problemu. Wydaje się

⁹⁴ Z tego punktu widzenia bardziej niż żądaniem śmierci, eutanazja okazuje się pytaniem o sens życia. Zob. S. Leone, dz. cyt., 23.

⁹⁵ R. Fenigsen, dz. cyt., 83.

⁹⁶ 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, 13.

⁹⁷ P. Vespieren, *Eutanazja...*, dz. cyt., 105. Por. P. Vespieren, *L'euthanasie. Un debat qui repose sur des equivoques*, *Etudes* 3(1977), 293-309.

⁹⁸ Kolejną okazją po temu było prawne zalegalizowanie eutanazji przez parlament holenderski, w marcu 2001 r.

⁹⁹ Przykładowo: <http://www.euthanasia.com.>; <http://www.euthanasia.org>.

zatem, że pożądane i owocne dla dalszej dyskusji na temat „dobrej śmierci” byłoby zanalizowanie różnych koncepcji osoby ludzkiej, stanowiących fundament postaw pro- i antyeutanatycznych. Należałoby także rozszerzyć i pogłębić tematy związane z podstawami antropologicznymi zaprezentowanych stanowisk oraz motywacją działań ich przedstawicieli. Umożliwiłoby to lepsze zrozumienie sposobu ich rozumowania oraz pomogło w skuteczniejszym prezentowaniu własnych argumentów. Postulowane poszukiwanie adekwatnej antropologii filozoficznej powinno zaowocować rozwojem nowej nauki – antropotanatologii, która pozwoliłaby nam poznać jednocześnie śmierć poprzez człowieka oraz człowieka poprzez śmierć. Istnieje bowiem wyraźna relacja między ludzką postawą wobec śmierci a świadomością własnej osoby, stopniem rozumienia bytu i swojej indywidualności¹⁰⁰.

¹⁰⁰ Zob. P. Aries, *Śmierć odwrócona*, tłum. z franc. J. M. Godzimirski, w: *Antropologia śmierci. Myśl francuska*, red. S. Cichowicz i J. M. Godzimirski, Warszawa 1993, 284.