

INTERDYSCYPLINARNE CENTRUM ETYKI UJ (INCET)

ARTYKUŁ PRZEGLĄDOWY

DATA WYDANIA: 28.04.2009

DOI: 10.26106/CK8G-3581

WŁODZIMIERZ GALEWICZ

Uniwersytet Jagielloński

SAMOBÓJSTWO Z POMOCĄ LEKARZA

Słowa kluczowe: samobójstwo wspomagane medycznie, etyczne aspekty samobójstwa, moralna dopuszczalność samobójstwa, prawo do samobójstwa, pomoc w samobójstwie, samobójstwo wspomagane medycznie legalizacja, samobójstwo wspomagane etyka

Abstrakt: Praktyka medycznej pomocy w samobójstwie polega na zapewnieniu przez lekarza śmiertelnej dawki leku na żądanie pacjenta, który sam przyjmuje ów lek z zamiarem doprowadzenia do własnej śmierci. Umożliwienie świadczenia pomocy w samobójstwie przedstawicielom opieki medycznej, jak można się spodziewać, budzi poważne kontrowersje. Niniejszy artykuł jest przeglądem stanowisk w debacie o moralnej dopuszczalności i legalizacji samobójstwa z pomocą lekarza. Najpierw omówiona zostaje kwestia moralnej dopuszczalności samobójstwa w ogóle. Następnie rozważane jest pytanie, czy pomoc w samobójstwie, które nie budzi obiekcji moralnych, jest przynajmniej nieraz moralnie usprawiedliwiona, oraz, jeśli tak, to czy w takich dozwolonych moralnie przypadkach powinni jej udzielać lekarze. Następnie przedstawione zostają argumenty za oraz przeciw legalizacji pomocy w śmierci w szerokim sensie, czyli zarówno medycznie wspomaganego samobójstwa, jak i dobrowolnej eutanazji.

Spis treści:

Czy samobójstwo w niektórych wypadkach jest moralnie usprawiedliwione?

Ogólne argumenty przeciw samobójstwu

Argument przeciwko samobójstwu z powodów eudajmonicznych

Czy pomoc w samobójstwie, które nie budzi obiekcji moralnych, jest przynajmniej nieraz moralnie usprawiedliwiona?

(1) Czy nie należy przeszkadzać w samobójstwie komuś, kto chce je popełnić i ma słuszne powody, aby je popełnić?

(2) Czy należy pomóc w samobójstwie komuś, kto chce je popełnić i ma słuszne powody, aby je popełnić, jeżeli nie jest on w stanie zrobić tego samodzielnie?

Czy pomocy w samobójstwie, w razie gdy jest ona moralnie usprawiedliwiona, powinni udzielać lekarze?

Czy (medycznie wspomagana) pomoc w samobójstwie powinna zostać prawnie dozwolona?***Za legalizacją pomocy w śmierci****Argument z prawa do decydowania o sobie**Argument z litości**Argument z szacunku dla ludzkiej godności****Przeciwko legalizacji pomocy w śmierci****Argument z rzadkości spełnienia koniecznych warunków**Argument z niebezpieczeństwa błędów medycznych**Argument z niebezpieczeństwa nadużyć (argument równi pochyłej)**Argument z niepożądanych następstw ubocznych*

Stosunek do samobójstwa z pomocą lekarza zależy od tego, jak odpowie się na następujące pytania:

- (1) Czy samobójstwo w niektórych wypadkach jest moralnie usprawiedliwione?
- (2) Czy pomoc w samobójstwie, które nie budzi obiekcji moralnych, jest przynajmniej nieraz moralnie usprawiedliwiona?
- (3) Czy pomocy w samobójstwie, w razie gdy jest ona moralnie usprawiedliwiona, powinni udzielać lekarze?
- (4) Czy (medycznie wspomagana) pomoc w samobójstwie powinna zostać prawnie dozwolona?

Powyższe pytania zostały zestawione w porządku wzrastającej kontrowersyjności: od pierwszego, które – przynajmniej nam dzisiaj – stosunkowo łatwo jest rozstrzygnąć pozytywnie, do ostatniego, przy którym to twierdzące rozstrzygnięcie przychodzi najtrudniej. Rozpatrzmy je zatem w takiej kolejności.

CZY SAMOBÓJSTWO W NIEKTÓRYCH WYPADKACH JEST MORALNIE USPRAWIEDLIWIONE?

Jak już zazaczyłem, to wyjściowe pytanie o moralną dopuszczalność samego samobójstwa przynajmniej w niektórych sytuacjach życiowych jest – zgodnie z naszym współczesnym odczuciem – stosunkowo najmniej kontrowersyjne. Historycznie jednak biorąc, przeciwko tej moralnej godziwości samobójstwa również wysuwano szereg argumentów. Weźmy pod uwagę najpierw te z nich, które miały charakter ogólny, następnie zaś pewien pojawiający się w różnych czasach argument wymierzony szczególnie przeciwko samobójstwu z powodów eudajmonicznych.

Ogólne argumenty przeciw samobójstwu

Klasyczne argumenty, wymierzone w ogóle przeciwko samobójstwu, zestawia Tomasz z Akwinu. Jeden z artykułów jego *Sumy teologicznej* poświęcony jest pytaniu „Czy wolno zabić siebie samego?” [ST 2-2, q. 64, a. 5]. W swojej odpowiedzi Akwinata pisze:

Samobójstwo jest całkowicie zabronione z trzech powodów. Po pierwsze, każdy byt kocha siebie samego, i dlatego z natury dąży do zachowania swego istnienia, opierając się w miarę możliwości tym czynnikom, które by mogły go zniszczyć; kiedy więc ktoś zabija siebie samego, postępuje wbrew skłonności natury¹ oraz wbrew miłości, jaką każdy powinien mieć do siebie samego. Dlatego samobójstwo jest zawsze grzechem śmiertelnym jako sprzeczne z prawem natury oraz z miłością.

Po drugie, każda część tym wszystkim czym jest należy do całości². Otóż każdy człowiek jest częścią społeczności. Do niej więc należy tym wszystkim czym jest. Popełniając więc samobójstwo, czyni się krzywdę [*iniuriam*] społeczności, jak tego dowodzi Filozof³.

Po trzecie, życie jest darem Bożym [*donum divinitus*], podległym władzy Boga. Kto więc pozabawia się życia, grzeszy przeciw Bogu; podobnie, gdy ktoś zabija niewolnika, grzeszy przeciw jego panu, i grzeszy jak człowiek, który przywłaszcza sobie prawo sądenia w sprawach, w których mu nie powierzono władzy sędziowskiej. Sam tylko Bóg ma prawo wyrokować o życiu i śmierci, zgodnie ze słowami Pisma św. (Powt 32, 39): „Ja zabijam i ja ożywiam”.

Ostatni z „powodów”, wymienionych przez Tomasza z Akwinu jest pewnym wariantem argumentacji w Platońskim Fedonie [1], gdzie również pojawiają się idee tego rodzaju jak ta, że człowiek znajduje się w swoim życiu niejako w więzieniu, z którego nie ma prawa się samowolnie wyzwać, lub że ludzkie życie naprawdę jest własnością Boga, której sam człowiek, jej warunkowy jedynie posiadacz, nie powinien niszczyć. Ten starożytny argument „z władzy lub własności Boga” dla ludzi nowożytnych nie był już przekonujący. W XVIII [wieku] atakował go od różnych stron David Hume [2], a ostatnio np. Anthony Flew [3].

Pierwszy zarzut Tomasza z Akwinu – argument z prawa natury – również nie ma dzisiaj zbyt wielu obrońców. Krytykowano w nim zarówno przesłankę, według której moralnie dopuszczalne miałyby być właśnie i jedynie zachowanie zgodne z „naturalnym biegiem rzeczy” [4] [5], jak i tę, że naturalnym zachowaniem człowieka jest w każdej sytuacji kurczowe trzymanie się życia [6]. W gruncie rzeczy jednak trzeba by powiedzieć, że pierwszym krytykiem tego argumentu był sam jego autor. W innym artykule Sumy teologicznej [ST 2-2 q. 69, a. 4] rozważane jest bowiem pytanie: Czy skazanemu na śmierć wolno bronić się w miarę możliwości? Sam św. Tomasz sądzi, że nie wolno, ale jak zwykle bierze pod uwagę również racje, które zdają się przemawiać za stanowiskiem przeciwnym. Jedna z tych rozpatrywanych racji brzmi:

To do czego człowieka skłania sama natura, jest zawsze dozwolone, gdyż pochodzi z prawa natury. Lecz natura skłania do opierania się temu, co sprowadza śmierć i to nie tylko ludzi i zwierząt, ale także rośliny. A więc obwinionemu wolno opierać się w miarę możliwości, by go nie skazano na śmierć⁴ (s. 168).

Odpowiedź, jakiej udziela na to Akwinata, jest zwięzła i charakterystyczna:

¹ Por. Arystoteles (1996): „istnienie jest dla wszystkich czymś wyboru i miłości godnym” (*to einai pasin hairaton kai phileton*, EN 1168a5-6). Lecz z drugiej strony: „natura zdaje się przede wszystkim unikać tego, co przykre, a dążyć do tego, co przyjemne”; *malista gar he phusis phainetai to luperon pheugein, ephiesthai de tou hedeos*, EN 1157b16-17.

² *quaelibet pars, id quod est, est totius*.

³ EN V 15, 1138a11-14.

⁴ W oryginale: *ne tradatur in mortem* – nie chodzi tu o obronę przed wyrokiem skazującym na śmierć (ten bowiem już zapadł), lecz przed wykonaniem tego wyroku.

Na to człowiek ma rozum, by nie ślepo, ale zgodnie z porządkiem rozumu szedł za tym, do czego skłania go natura⁵. Nie każda więc obrona jest dozwolona, lecz jedynie ta, która jest zgodna z należnym kierownictwem rozumu. (s. 169).

Jest jednak jasne, że taką samą replikę da się też zastosować do jego własnego argumentu przeciw samobójstwu: nawet gdyby było prawdą, że naturalny instynkt samozachowawczy skłania człowieka do odrzucania myśli samobójczych i do trzymania się życia, to przecież „na to człowiek ma rozum, by nie ślepo, ale zgodnie z porządkiem rozumu szedł za tym, do czego skłania go natura”. Tymczasem nie jest przecież oczywiste – ani sam Tomasz nigdzie nie dowodzi – że samodzielne zakończenie życia nie może być nigdy zgodne z porządkiem rozumu.

Drugi zarzut Tomasza z Akwinu jest pewną modyfikacją wyводу w *Etyce nikomachejskiej* Arystotelesa, gdzie „Filozof” najpierw zastanawia się nad tym, czy można krzywdzić samego siebie, a odpowiedziawszy na to pytanie przecząco, potępia mimo to samobójstwo jako działanie, które „krzywdzi państwo” [7]. Zarówno zarzut Tomasza z Akwinu, jak wywód Arystotelesa można więc uznać za wersję argumentu z *obowiązków społecznych*. Jest to w obu wypadkach wersja o tyle szczególna, że kładzie na szalę obowiązki potencjalnego samobójcy wobec społeczeństwa lub państwa jako pewnej całości, nie zaś jego zobowiązania wobec konkretnych członków wspólnoty społecznej, które w innych wersjach tegoż argumentu mogą być oczywiście także brane pod rozwagę.

Krytycy argumentu z obowiązków wobec społeczeństwa wytykają mu różne słabości. Tak np. Hume kontrargumentuje: „Człowiek, który usuwa się z życia, nie czyni społeczeństwu nic złego; przestaje mu jedynie czynić dobro”; jeżeli przez to wyrządza społeczeństwu jakąkolwiek szkodę, to jest ona najczęściej nieznaczna w porównaniu z tą, którą wyrządziłby sam sobie, ciągnąc dalej „pożałowania godny żywot” [8]. Omawiany argument można jednak nie tylko obalić. Daje się on także dość łatwo odwrócić. Naturalnie przecież nasuwa się myśl, że w okolicznościach, w których najczęściej zastanawiamy się nad samobójstwem – w sytuacji, gdy czujemy się ciężarem dla siebie i innych – usunięcie się z życia może być czynem nie tylko niezwiązany z winą, lecz nawet chwalebny [9], jeżeli nie wręcz obowiązkowym [10].

W najbardziej konsekwentny i systematyczny sposób tę nasuwającą się myśl rozwija John Hardwig w swoim prowokującym artykule *Is There a Duty to Die? (Czy mamy obowiązek umrzeć?)*⁶. Zgodnie z główną tezą autora, w określonych okolicznościach – które wraz z rozwojem medycyny i starzeniem się społeczeństw zachodnich występują coraz częściej – człowiek ma nie tylko prawo do śmierci, ale wręcz obowiązek śmierci: powinien usunąć się z życia. Ten obowiązek „usunięcia się” może wymagać odmowy zgody na podtrzymywanie przy życiu, ale może być także obowiązkiem dalej idącym – powinnością zadania sobie samemu śmierci. Powinność ta ciąży nie tylko na śmiertelnie chorych, dla których dalsze życie ze względu na jego coraz niższą jakość nie ma już pozytywnej wartości, jest gorsze od nieistnienia. Może ona również przysługiwać ludziom, którzy mimo choroby w dalszym ciągu woleliby żyć, a nawet takim, którzy w ogóle nie są śmiertelnie chorzy (jak np. człowiek, u którego rozpoznano początki choroby Alzheimera)⁷.

⁵ W oryginale: *ideo homini data est ratio, ut ea ad quae natura inclinatur non passim, sed secundum rationis ordinem exequatur*.

⁶ Hardwig (1997).

⁷ Tamże, s. 340.

Obowiązek śmierci ciążyący na niektórych chorych nie wynika – w ujęciu Hardwiga – z obowiązku dbania o abstrakcyjne „dobro społeczeństwa”⁸, nie jest więc jakimś prostym odwróceniem naruszanego ponoć przez samobójcę obowiązku społecznego, o którym mówił Arystoteles lub Tomasz z Akwinu; wynika on raczej z obowiązku troski o dobro najbliższych – członków rodziny i osób kochanych, dla których przewlekła opieka nad chorym może być ciężarem nie do udźwignięcia. Dramat ciężkiej choroby polega bowiem na tym, że dalsze życie chorego także dla jego najbliższych może być gorsze od jego śmierci. Tych zbyt wielkich kosztów opieki nad chorym nie trzeba przy tym mierzyć według wąsko pojmowanych kryteriów hedonistycznych czy utylitarnych – nie chodzi o to, że członkowie rodziny, rozraczający opiekę nad chorym, muszą wyrzekać się pewnych przyjemności; niejednokrotnie są oni zmuszeni rezygnować z satysfakcjonującej pracy lub poświęcać inne istotne dla nich wartości życiowe. I wtedy chory, zgodnie ze stanowiskiem Hardwiga, powinien uwolnić ich od takich ofiar.

Argument przeciwko samobójstwu z powodów eudajmonicznych

Oprócz omówionych pokrótce racji, które mają przemawiać przeciwko samobójstwu jako takiemu, na uwagę zasługuje argument, wymierzony specjalnie przeciw samobójstwu popełnianemu ze względów eudajmonicznych – dla uniknięcia życia naznaczonego bólem, cierpieniem, nieszczęściem. Ten szczególny sposób argumentacji przewija się u różnych autorów i występuje w rozmaitych postaciach, które wszakże mają pewną cechę wspólną: czy to wprost, czy to pośrednio odwołują się do pojęcia godności, uznając, że człowiek pozbawiający się życia w celu uwolnienia się lub uchronienia przed jakimś ciężarem, zachowuje się nie tyle nierozumnie, nielojalnie lub niesprawiedliwie, co przede wszystkim niegodnie.

To potępienie samobójstwa jako zachowania poniżej ludzkiej godności po raz pierwszy bodaj dochodzi do głosu w *Etyce nikomachejskiej* Arystotelesa, w kontekście jego rozważań nad rozmaitymi cnotami. Zastanawiając się nad istotą cnoty męstwa, Arystoteles pisze:

Męstwo jest więc [...] właściwym środkiem w odniesieniu do rzeczy budzących odwagę lub strach w okolicznościach, o których była mowa; decyduje się ono na pewne rzeczy i naraża się na nie dlatego, że takie postąpienie jest moralnie piękne lub że zaniechanie takiego postąpienia jest haniebne. Samobójstwo zaś, jeśli jest ucieczką przed ubóstwem, miłością lub jakimś zmartwieniem, nie dowodzi męstwa, lecz raczej tchórzostwa; słabością [*malakia*] bowiem jest ucieczka przed trudnościami i śmierć wybiera tu człowiek nie dlatego, że jest moralnie piękna, lecz dla uniknięcia niedoli⁹.

Przytoczony pogląd autora *Etyki nikomachejskiej* sformułowany jest bardzo skrótowo i nie wydaje się dobrze uzasadniony, nawet z punktu widzenia jego własnej teorii etycznej. Zgodnie z tą teorią Arystotelesa każda cnota polega na pewnej harmonii szczególnego rodzaju uczuć i rozumu. Tak np. cnotą męstwa odznacza się osoba, u której naturalne uczucia strachu oraz zuchwałości są tak dostrojone do (także wyrobionych już) sądów rozumu, że nie tylko faktycznie nigdy jej nie popychają, lecz nawet potencjalnie nie skłaniają jej do jakichkolwiek zachowań niezgodnych z rozumem. Chcąc zatem rzeczywiście pokazać, że samobójstwo

⁸ Tamże, s. 340.

⁹ Arystoteles (1996), 1116a10-15.

jako ucieczka przed trudnościami czy też ciężarami życia w żadnym wypadku „nie dowodzi męstwa, lecz raczej tchórzostwa”, należałoby jeszcze dowieść, że są jakieś rozumne powody, dla których człowiek nawet w najgorszej udreće powinien obstawać przy życiu. Stagiryta nie przeprowadza jednak nigdzie takiego dowodu.

Arystotelesowska ocena (eudajmonicznego) samobójstwa jako objawu tchórzostwa nie cieszy się zresztą uznaniem nawet w świecie starożytnym, a u stoików ulega raczej odwróceniu: śmiałe zerwanie z mroczniejącym życiem, w najwłaściwszym momencie wskazanym przez rozum, jest dla nich właśnie potwierdzeniem męstwa i postępowaniem, które przystoi mędrcom. Tak zatem Seneka pisze:

Nie zawsze, jak ci wiadomo, należy życie przedłużać. Albowiem dobrem jest nie samo życie, tylko piękne życie. Dlatego mędrzec żyje tyle, ile żyć powinien, a nie tyle, ile żyć może. Będzie on zastanawiał się, gdzie ma żyć, z kim, w jaki sposób i czego ma dokonać. Zawsze zważa on, jakie ma być życie, a nie jak długie. Gdy zaś napotyka wiele utrapień i okoliczności mąjących spokój, oddala się. A czyni to nie tylko w razie najwyższej konieczności, ale – gdy kolej losu zaczyna mu się zdawać podejrzana – zawsze dokładnie się rozgląda, czy nie należałoby już w owym... [dniu] życia zakończyć. Za nieważne zgoła dla siebie poczytuje, czy sam koniec uczyni, czy też doczeka się innego końca oraz czy nastąpi to później, czy wcześniej. Nie lęka się, że może ponieść znaczną stratę: nikt nie może zbyt wiele stracić kapaniną. Wcześniej się umrze, czy później – na tym bynajmniej nie zależy; chodzi o to, czy umrze się dobrze, czy źle. Dobrze umrzeć zaś – to uniknąć niebezpieczeństwa złego życia. Toteż za całkiem małoduszne mam słowa owego Rodyjczyka, który, wtrącony przez tyrana do klatki i karmiony tam niby jakoweś dzikie zwierzę, gdy ktoś radził mu, by powstrzymał się od przyjmowania pokarmu, odpowiedział: „Póki żyje, powinien człowiek spodziewać się wszystkiego”. Gdyby to nawet było prawdą, nie należy kupować życia za wszelką cenę. Niechaj czeka mnie coś wielkiego, coś niezawodnego, jednak nie będę usiłował dojść do tego poprzez haniebne przyznanie się do bezsilności¹⁰.

Arystotelesowski „argument z godności” powraca jednak – co prawda bardzo już przeobrażony – w etyce Immanuela Kanta, który wyraźnie przeciwstawia się koncepcji stoików:

Wydaje się niedorzecznością, aby człowiek mógł skrzywdzić sam siebie (*volenti non fit iniuria*). Dlatego w oczach stoika przewagą jego osobowości (osobowości mędrca) było to, że w dowolnej chwili może opuścić życie (jak wypełniony dymem pokój), w spokoju ducha, bez nacisku obecnego lub grożącego nieszczęścia (*Übel*), ponieważ nie może się już w nim¹¹ do niczego przydać. — Jednakże właśnie ta odwaga, ta siła ducha, która pozwala mu nie bać się śmierci i poznawać coś, co człowiek może cenić ponad swoje życie, powinna być dla niego tym silniejszym motywem, aby nie niszczyć istoty o tak wielkiej władzy, której podlegają najsilniejsze pobudki zmysłowe, a zatem nie pozbawiać samego siebie życia¹².

Kant nie utrzymuje zatem – tak jak Arystoteles, a po nim też św. Augustyn – że samobójstwo jest w gruncie rzeczy przejawem tchórzostwa; przeciwnie, przyznaje, że wymaga ono odwagi i właśnie w tej odwadze, która towarzyszy samobójstwu, dostrzega powód do tego,

¹⁰ Seneka (1998), list LXX, s. 274.

¹¹ Sc. w życiu.

¹² Kant (2005), (422) s. 93-94.

aby go nie popełniać¹³. Tym powodem do zachowania życia, nawet w najgorszej opresji, jest w przekonaniu Kanta wartość osobowości, która stanowi dla człowieka cel sam w sobie.

Motyw ten dochodzi wyraźnie do głosu także w *Uzasadnieniu metafizyki moralności*, gdzie Kant stara się uzasadnić zakaz samobójstwa przez odwołanie się do imperatywu kategorycznego, a w szczególności do tej jego wersji, którą nazywa się „formułą człowieczeństwa”:

Postępuj tak, byś człowieczeństwa tak w twej osobie, jako też w osobie każdego innego używał zawsze zarazem jako celu, nigdy tylko jako środka¹⁴.

Chcąc postępować zgodnie z tą formułą, nie można wszakże popełnić samobójstwa dla „zachowania znośnego stanu”, co zdaniem Kanta uświadamia taki oto wywód:

ten, kto nosi się z myślą o samobójstwie, zada sobie, zgodnie z pojęciem koniecznego obowiązku względem samego siebie, pytanie, czy jego czyn może się zgadzać z ideą człowieczeństwa jako *celu samego w sobie*. Jeżeli się zabija, żeby uniknąć przykrego stanu, w takim razie posługuje się sobą tylko jako *środkiem* do zachowania znośnego stanu aż do końca życia. Atoli człowiek nie jest rzeczą, a więc czymś, czego można by używać *tylko* jako środka, lecz musi być przy wszystkich swych czynach uważany zawsze za cel sam w sobie. A zatem nie mogę człowiekiem w mej osobie w żaden sposób rozporządzać, nie mogę go kaleczyć, gubić lub zabijać¹⁵.

Kantowska krytyka samobójstwa ze względów eudajmonicznych jest jedną z nielicznych form argumentacji przeciw samobójstwu, których broni się także obecnie. Podtrzymuje ją zwłaszcza J. David Velleman w swym artykule *A right of self-termination? (Prawo do samo-unicestwienia?)*¹⁶. Idąc w ślad za Kantem, Velleman stanowczo odrzuca rozpowszechnioną we współczesnych dyskusjach wokół eutanazji i samobójstwa z pomocą lekarza przesłankę, zgodnie z którą każdy ma prawo zadać sobie śmierć, jeżeli leży ona w jego interesie, tzn. jeśli jest dla niego dobrem. Zgodnie z definicją Darwalla, do której nawiązuje, dobrem dla jakiejś osoby jest to, czego można racjonalnie chcieć ze względu na tę osobę. Innymi słowy, dobre dla mnie jest to, na czym powinno zależeć komuś, komu zależy na mnie. Stąd Velleman wyciąga wniosek, że wartość dla osoby jest zawsze wtórna w stosunku do wartości samej osoby. Wartość osoby, czyli jej godność, jest wartością zupełnie innej kategorii niż wartość rzeczy dobrej dla osoby. Wartość rzeczy dobrej dla jakiejś osoby jest godna zabiegów tylko ze względu na wartość samej osoby. Jest zatem wartością hipotetyczną czy też warunkową.

Zasada etyki Kantowskiej wymaga, aby każdą osobę traktować w sposób stosowny do jej godności. To wyklucza, aby ktokolwiek miał prawo popełnić samobójstwo z powodów eudajmonicznych, ze względu na własny interes czy też własne szczęście. Takie samobójstwo jest etycznie niedopuszczalne, w związku z czym nieetyczna jest także pomoc w takim samobójstwie.

Warto wszakże podkreślić, że w interpretacji Vellemana koncepcja Kantowska wyklucza jedynie samobójstwo z powodów eudajmonicznych. Nie przesądza ona zatem o moralnej niedopuszczalności samobójstwa z innych względów, jak również aborcji czy też eutanazji w stosunku do istot, które jeszcze nie nabyły lub już wyzbyły się godności osoby. Godność osoby nie jest

¹³ Por. także James (1999), s. 40-58.

¹⁴ Kant (1953), (67), s. 62

¹⁵ Tamże (67) s. 62.

¹⁶ Velleman (1999).

bowiem wartością, która domagałaby się pomnażania lub zachowania. Nie w tym rzecz, aby starać się, by w świecie istniało jak najwięcej osób, lecz aby traktować je w sposób odpowiedni, gdy już istnieją i póki istnieją. W niektórych wypadkach godność zniszczonej osoby może więc wymagać, aby ją uśmiercić, tak jak godność poszarpanej flagi państwowej wymaga, aby ją spalić.

CZY POMOC W SAMOBÓJSTWIE, KTÓRE NIE BUDZI OBIEKCJI MORALNYCH, JEST PRZYNAJMNIEJ NIERAZ MORALNIE USPRAWIEDLIWIONA?

Etycy, którzy krytykują tradycyjne argumenty przeciw samobójstwu, dość często formułują swoje stanowisko, posługując się językiem praw: człowiek ma prawo do samobójstwa. Czy jednak jeśli się już zgodzimy, że każdy pojedynczy człowiek ma w określonych okolicznościach prawo pozbawić się życia, możemy bez trudności przejść do dalej idącej tezy, że usprawiedliwiona jest w takich sytuacjach również pomoc w samobójstwie?

Pozorna łatwość tego logicznego przejścia wynika z niejednoznaczności „prawa do samobójstwa”, czy też w ogóle „prawa do czegoś”. Dokładniej mówiąc, tego typu zwroty są wieloznaczne jakby w dwóch wymiarach. Po pierwsze, mogą one oznaczać bądź to (bardziej przenośne) prawo na płaszczyźnie moralnej, bądź to (bardziej dosłowne) prawo na płaszczyźnie legalnej. A następnie, na każdej z tych płaszczyzn „prawo do czegoś” może być jeszcze rozumiane różnie – słabiej albo mocniej.

Zostawmy tymczasem na boku „prawo do samobójstwa” w znaczeniach legalnych i weźmy pod uwagę wyłącznie jego znaczenia moralne. Otóż moralne „prawo do czegoś” można określić w sposób co najmniej trojaki:

- (a) X ma moralne prawo do A = Nie jest prawdą, że X nie powinien robić A (robiąc A, X nie postępuje w sposób moralnie niedopuszczalny).
- (b) X ma moralne prawo do A = Jeżeli X chce zrobić A, nikt nie powinien mu w tym przeszkadzać.
- (c) X ma moralne prawo do A = Jeżeli X chce zrobić A, a nie jest w stanie tego zrobić samodzielnie, ktoś, kto może mu w tym pomóc, powinien mu pomóc.

Jeżeli uznajemy, że samobójstwo jest nieraz moralnie usprawiedliwione, tzn. że ktoś, kto popełnia samobójstwo, nie postępuje wówczas w sposób moralnie niedopuszczalny, godzimy się tym samym, że w niektórych razach człowiek ma prawo do samobójstwa w rozumieniu (a). Do rozpatrzenia pozostają wszakże dwa pytania: (1) czy prawo do samobójstwa w rozumieniu (a) implikuje prawo do samobójstwa w rozumieniu (b); oraz (2) czy prawo do samobójstwa w rozumieniu (a) – i ewentualnie (b) – implikuje prawo do samobójstwa w rozumieniu (c).

(1) Czy nie należy przeszkadzać w samobójstwie komuś, kto chce je popełnić i ma słuszne powody, aby je popełnić?

Zdaniem Ph. Foot¹⁷ należy rozróżnić prawo (*right*) w sensie wolności (*liberty*) i prawo w sensie uprawnionego roszczenia (*claim-right*). Przyznawać jakiejś osobie pewne prawo w sensie wolności to tyle, co twierdzić, że nikt nie może jej zabraniać robić to, do czego ona ma prawo.

¹⁷ Foot (1977).

W tym sensie np. każdy kierowca ma prawo zaparkować swój samochód na publicznym parkingu. Jeżeli jednak nie chce, aby ktoś zaparkował swój samochód w pewnym publicznym miejscu, gdzie parkowanie jest dozwolone, może – nie naruszając żadnych jego praw – sam wcześniej zająć to miejsce albo namówić znajomego, aby je zajął.

Kierując się przytoczonym przykładem, można by powiedzieć, że nawet jeśli nie zabraniam jakiejś osobie popełnienia samobójstwa, a zatem nie naruszam jej prawa do samobójstwa w znaczeniu pewnej wolności, to jednak mogę bez niekonsekwencji przeszkadzać tejże osobie w popełnieniu samobójstwa, tzn. podważać jej prawo do samobójstwa w znaczeniu uprawnionego roszczenia. Jednakże rozróżnienie prawa do czegoś w znaczeniu pewnej wolności i w sensie uprawnionego roszczenia, jakim posługuje się tutaj autorka, jest przeprowadzane wyraźnie na płaszczyźnie legalnej, i nie jest jasne, czy z rozróżnieniem, które odpowiada mu na płaszczyźnie moralnej, sprawy mają się całkiem tak samo.

Margaret P. Battin w swoim artykule *Suicide: A Fundamental Human Right?*¹⁸, rozważając również kwestię prawa do samobójstwa, przeciwstawia dwa przypadki: A. 80-letnia staruszka chora na raka przez tydzień oszczędza dozowaną jej morfinę, aż wreszcie zażywa tygodniową dawkę, wierząc, że będzie to doza letalna; dostaje jednak silne antidotum i zostaje „odrątowana”. B. 15-letni chłopak skacze z mostu do rzeki, a pytany, czemu to zrobił, tłumaczy, że w telewizji zaprzestano emisji jego ulubionego programu („Gwiazdnych Wojen”). W przypadku A nasz moralny instynkt mówi nam nie tylko, że 80-letnia staruszka chora na raka nie postępuje w sposób moralnie naganny, decydując się popełnić samobójstwo przez zażycie letalnej dawki morfiny; podpowiada nam również, że skoro zdecydowała się już to uczynić, to nie powinno się jej w tym było przeszkadzać, a przynajmniej, że przeszkadzanie jej w tym nie było żadną moralną powinnością nadgorliwych lekarzy czy też pielęgniarzy. W tej zatem sytuacji z prawem do samobójstwa w rozumieniu (a) łączy się prawo do samobójstwa w rozumieniu (b). Jak natomiast będzie w przypadku B? 15-letni chłopak skaczący z mostu do rzeki być może także zamierza zrobić coś, co „wolno mu” zrobić. Lecz nawet jeśli tak, to stąd nie wynika, że przypadkowy przechodzień, który ma taką możliwość, nie powinien przeszkadzać mu w przeprowadzeniu tego jawnie irracjonalnego, czy też po prostu głupiego zamiaru. Czy jednak to obala tezę, że z prawem do czegoś w rozumieniu (a), tzn. w sensie wolności jakiegoś działania, naturalnie idzie w parze prawo do czegoś w rozumieniu (b), tzn. w sensie prawa do niedoznawania przeszkód w tym działaniu? Oczywiście nie obala; bo przecież 15-letni chłopak z naszego przykładu nie tylko nie ma *moralnego* prawa do niedoznawania przeszkód w usiłowanym głupim samobójstwie; nie ma on również moralnego prawa do popełnienia tego głupstwa. Nawet jeżeli przepisy prawa państwowego nie zabraniają mu tego uczynić, to przecież skacząc z mostu do rzeki – z powodu, który podaje – zachowuje się nie tylko niemądrze; postępuje również w sposób moralnie naganny i niedopuszczalny.

(2) Czy należy pomóc w samobójstwie komuś, kto chce je popełnić i ma słuszne powody, aby je popełnić, jeżeli nie jest on w stanie zrobić tego samodzielnie?

Jednoznacznie twierdzącej odpowiedzi na tak postawione pytanie udziela R. Brandt w swym artykule *The morality and rationality of suicide*:

¹⁸ Battin (1994b).

Moralny obowiązek innych osób w stosunku do kogoś, kto rozważa samobójstwo, jest przypadkiem ogólnego obowiązku wyświadczania pomocy osobom znajdującym się w poważnej opresji, przynajmniej gdy można to uczynić, nie ponosząc samemu zbyt wielkiego kosztu. [...] Co mamy wówczas obowiązek zrobić? Zależy to oczywiście od sytuacji i od tego, w jakim stopniu druga osoba uświadamia sobie tę sytuację. Jeżeli dany człowiek postanowił, że zakończy swoje życie, gdy tylko będzie w stanie, i jeżeli jest jasne, że jego decyzja jest słuszna, wówczas, jeśli do wykonania tej decyzji potrzebuje on pomocy, mamy moralny obowiązek udzielić jej. Jeżeli potrzebuje tabletek nasennych, powinny mu być dostarczone. W tych sprawach szczególnie obowiązek ciąży na lekarzu pacjenta¹⁹.

Uzasadniana tu przez Brandta mocna teza o *obowiązku* pomocy w samobójstwie dotyczy dość szczególnych sytuacji, w których podjęta przez kogoś decyzja o samobójstwie jest oceniana jako *słuszna* (co zdaje się implikować, że gdyby ów ktoś podjął odmienną decyzję, postąpiłby w sposób *nieluszy*). Można by się wprawdzie zastanawiać, czy nawet w tego typu sytuacjach, być może niekiedy zdarzających się, pomoc w samobójstwie jest obowiązkowa, czy tylko moralnie usprawiedliwiona (co nie wykluczałoby, że moralnie usprawiedliwiona może być wówczas również postawa kogoś, kto tej pomocy odmawia). Tak czy inaczej, ta ostatnia kwalifikacja – „usprawiedliwiona, choć niekoniecznie jedynie słuszna” – wydaje się stosowniejsza, gdy chodzi o interesującą nas obecnie, ogólniejszą kategorię przypadków, w których również sama decyzja o samobójstwie jest tylko moralnie usprawiedliwiona lub też dopuszczalna. I w tym sensie można potwierdzić, że pomoc w samobójstwie, które nie budzi obiekcji moralnych, bywa nieraz moralnie usprawiedliwiona, nawet jeżeli nie uznaje się czegoś takiego, jak pozytywne prawo do pomocy w samobójstwie.

CZY POMOCY W SAMOBÓJSTWIE, W RAZIE GDY JEST ONA MORALNIE USPRAWIEDLIWIONA, POWINNI UDZIELAĆ LEKARZE?

Pod koniec przytoczonej wyżej wypowiedzi Brandta pojawia się zdanie, że w przypadku, gdy pacjent podejmuje usprawiedliwioną, czy też nawet słuszną decyzję o samobójstwie, „szczególny obowiązek ciąży na lekarzu”. Istnieje jednak wielu autorów, w tym również lekarzy, którzy mają w tej sprawie zdanie dokładnie przeciwne: nawet jeżeli ciężko chory człowiek podejmuje usprawiedliwioną decyzję o samobójstwie, którego nie jest zdolny popełnić własnymi siłami, i nawet jeżeli zgodzimy się na to, że w tej sytuacji „ktoś” powinien mu pomóc (lub też przynajmniej ma prawo mu pomóc), to jednak tym „kimś”, kto ma ów obowiązek (czy też owo prawo) w żadnym razie nie może być lekarz.

Najczęściej bodaj wytaczanym argumentem na poparcie tej ostatniej postawy jest ten, zgodnie z którym praktykowana przez lekarzy pomoc w samobójstwie (a cóż dopiero czynna eutanazja) niweczyłaby sam fundament relacji między lekarzem i pacjentami – fundament, jakim jest *zaufanie*, którym ci drudzy darzą pierwszego. Tak więc autorzy często cytowanego artykułu pod znamienym tytułem *Doctors must not kill* (*Lekarzom nie wolno zabijać*) piszą z pewnym zrozumiałym patosem:

¹⁹ Brandt (1992), s. 333.

Sama istota medycyny zostaje wystawiona na próbę. [...] Ten problem dotyka samego rdzenia moralnego medycyny. Jeśli ten rdzeń pęknie, jeśli lekarze staną się zabójcami albo nawet otrzymają zezwolenie na zabijanie, zawód ten, a tym samym każdy lekarz, nigdy już nie będzie godny zaufania i szacunku. Lekarz nie będzie już postrzegany jako ten, kto przywraca zdrowie, pociesza w chorobie i broni życia w całej jego kruchości²⁰.

I chociaż w przytoczonej wypowiedzi mówi się o zabijaniu, a nie tylko pomaganiu w samobójstwie, to jednak wyrażony w niej argument „z niweczonego zaufania” odnosi się naturalnie także do drugiej praktyki, zwłaszcza że jej istotna odmienność od pierwszej bywa dość często kwestionowana, i to zarówno przez ich przeciwników, jak przez ich obrońców.

W szczególnie rozbudowanej postaci argument dowodzący nieuchronnej niespójności pomocy w samobójstwie z etosem lekarza przedstawia Paul J. Weithman w swoim artykule *Of Assisted Suicide and „The Philosophers’ Brief”*²¹. Tekst ten jest polemiką z wystosowanym w 1997 r. do Sądu Najwyższego Stanów Zjednoczonych apelem sześciu wybitnych filozofów amerykańskich, występujących w obronie – gwarantowanego ich zdaniem przez konstytucję – prawa do samobójstwa z pomocą lekarza. Przeciwestawiając się ich wywodom, Weithman stara się uzasadnić niesłuszność moralnej akceptacji (jak również prawnej legalizacji) medycznej pomocy w samobójstwie, przy czym opiera się na pewnej analogii.

Jednym z zakazów pojawiających się w przysiędze Hipokratesa jest zakaz erotyzowania stosunków z pacjentem: lekarz nie powinien patrzeć na swojego pacjenta z pożądaniem zmysłowym. Ten zakaz należy rozumieć jako odnoszący się do sytuacji, w których kontakty seksualne byłyby moralnie dozwolone, gdyby nie to, że jeden z partnerów jest lekarzem, a drugi jego pacjentem. Weithman uważa, że ten zakaz jest słuszny i powinien być bezwzględnie przestrzegany. Jego argumentacja przebiega w dwóch krokach. (1) W większości wypadków kontakty seksualne lekarza z pacjentem nie wychodzą na dobre temu ostatniemu, a to z dwóch powodów. Po pierwsze, silne emocje, jakie wiążą się z życiem płciowym, mogą przyćmić w lekarzu jego zdolność sądu, od której zależy jego sprawność w leczeniu pacjenta. Po drugie, naturalna zależność pacjenta od lekarza grozi tym, że jego zgoda na stosunki seksualne z lekarzem może nie być zgodą całkiem autentyczną. (2) Lekarz jest wszakże – według Weithmana – stale wystawiony na pokusę nawiązywania seksualnych kontaktów z pacjentami, którzy z konieczności odsłaniają się przed nim, czy to fizycznie, czy to emocjonalnie. Aby przetrwać tę pokusę w wypadkach, gdy powinna ona być przetrzymana, lekarz może obrać dwojaką strategię: albo rozsądzać od przypadku do przypadku (*case by case*), czy zbliżając się do danego pacjenta, nie wykorzysta go i nie wyrządzi mu szkody; albo też bezwzględnie przestrzegać zakazu nawiązywania kontaktów seksualnych z pacjentem, nie kalkulując, czy naruszenie tej normy w danej sytuacji nie byłoby ewentualnie usprawiedliwione. Zdaniem Weithmana bardziej efektywna jest druga strategia, a to znowu z dwóch powodów. Po pierwsze, lekarz – jak każdy człowiek – ma naturalną skłonność do racjonalizacji i autoiluzji, np. do wmawiania sobie, że względy, jakie okazuje mu jego pacjentka, wynikają z jego

²⁰ Gaylin (1988). Cytuję za Brock (1997), s. 100; w dalszym ciągu cytowani autorzy przestrzegają również: „Żądamy od kolegów lekarzy, aby oświadczyli, że nie będą rozmyślnie zabijać. Musimy także powiedzieć każdemu z naszych kolegów, że nie będziemy tolerować zabijania pacjentów i że podejmiemy czynności dyscyplinarne przeciwko lekarzom, którzy będą to robić. Musimy też powiedzieć szerszemu społeczeństwu, że jeśli domaga się tolerowania albo zalegalizowania eutanazji czynnej, będzie musiało znaleźć osoby niebędące lekarzami, które podejmą się dokonania zabójstwa” (ibidem).

²¹ Weithman (1999).

osobistych walorów, niemających nic wspólnego z jego zawodową pozycją i pewnego rodzaju władzą, jaką nad nią posiada; ta skłonność sprawia, że na jego ocenie dopuszczalności czy niedopuszczalności stosunków seksualnych w danej sytuacji nie można polegać. Po drugie, zaufanie pacjentów do lekarzy, przed którymi muszą się oni odsłaniać, jest większe, jeżeli pacjenci mają świadomość, że lekarze przynajmniej starają się bezwzględnie przestrzegać zakazu nawiązywania romansu z pacjentem.

Bezwzględne przestrzeganie zakazu nawiązywania romansu z pacjentem jest zatem jednym z obowiązków wynikających ze specyficznej roli lekarza (*role specific duties*). Weithman stara się pokazać, że analogiczny status jak zakaz romansowania z pacjentem ma również zakaz medycznej pomocy w samobójstwie. Z jednej strony skutek zależności pacjenta od lekarza zachodzi duże niebezpieczeństwo, że zgłaszana przez pacjenta wola popełnienia samobójstwa częstokroć nie byłaby autentyczna – pacjent mógłby wyrażać takie życzenie, aby dostosować się do oczekiwań lekarza. Z drugiej strony lekarze są wystawieni na wynikającą z ich zawodowej roli pokusę przyspieszenia śmierci nieuleczalnie i beznadziejnie chorego pacjenta. Odczuwają tę pokusę zarówno ze względów ambicjonalnych – niemożliwość wyleczenia pacjenta jest dla nich porażką – jak i z powodów ekonomicznych – podtrzymywanie życia beznadziejnie chorych obciąża szpital dużymi kosztami. Z obu tych przyczyn sąd lekarza o tym, czy chory naprawdę chce popełnić samobójstwo, w wielu wypadkach może być nieobiektywny. Na koniec zaś, bezwzględne przestrzeganie zakazu pomocy w samobójstwie – podobnie jak zakazu seksualnych kontaktów z chorymi – jest oczywiście także niezbędnym warunkiem zaufania do lekarzy.

Obrońcy moralnej i prawnej dopuszczalności samobójstwa z pomocą lekarza mają jednak naturalnie swoje kontrargumenty. Cytowany już Dan W. Brock odnosi się do argumentu z niweczonego zaufania tak oto:

Pacjenci nie powinni się obawiać, że w konsekwencji zezwolenia na dobrowolną pomoc w samobójstwie lub eutanazję ich lekarze zamienią coś, czego pacjenci sobie życzą i o czym są przekonani, że stanowi część opieki nad nimi – na śmiertelny zastrzyk. Jeśli pomoc w samobójstwie i eutanazja zostaną ograniczone do przypadków, w których są one naprawdę dobrowolne, wówczas żaden pacjent nie powinien obawiać się, że zostanie na nim przeprowadzona którakolwiek z tych praktyk, chyba że sam dobrowolnie o to poprosi. Co więcej, główny przedmiot zainteresowania pacjentów, jakim było sprawowanie kontroli nad zapewnianą im opieką w czasie, gdy umierają, zagadnienie, które sprowokowało dyskusje na temat decyzji dotyczących leczenia podtrzymującego przy życiu, pozostawiania testamentu życia, teraz zaś pomocy w samobójstwie i eutanazji – rzuca kolejną wątpliwość na tę rzekomą erozję zaufania pacjentów do lekarzy. Obawa przed utratą kontroli powinna się zmniejszyć, a nie zwiększyć, jeśli pomoc w samobójstwie i eutanazja będą dozwolone. Uczynienie tego pozwoliłoby umierającym pacjentom na większą kontrolę nad własnym umiarem w sytuacjach, gdy nie są poddani leczeniu podtrzymującemu przy życiu, którego miano by zaniechać lub zaprzestać, albo gdy oczekiwanie na śmierć spowodowaną zaniechaniem leczenia przyczyni się do tego, że śmierć pacjenta będzie istotnie gorsza²².

Nie ograniczając się do tych argumentów, Dan W. Brock podaje także racje za tym, aby udzielanie pomocy w samobójstwie pozostawić *wyłącznie* lekarzom:

²² Brock (1997), s. 100-101.

istnieją przynajmniej trzy racje przemawiające za ograniczeniem wykonawstwa aktów udzielania pomocy w samobójstwie lub eutanazji jedynie do lekarzy. Po pierwsze lekarze byłiby w sposób nieunikniony zaangażowani w działania mające zagwarantować, że podjęto pewne ważne prawne środki ostrożności, niezbędne w dającej się uzasadnić praktyce pomocy w samobójstwie lub eutanazji, takie jak zapewnienie, że pacjent został dobrze poinformowany o swoim stanie zdrowia, rokowaniach, a także możliwych sposobach leczenia, oraz zapewnienie, że zostały użyte wszelkie zasadne środki, aby polepszyć jakość życia pacjenta. Po drugie lekarze mieliby dostęp do niezbędnych środków i metod skutecznego wykonywania aktów pomocy w samobójstwie lub eutanazji oraz wiedzę o nich (lub mogliby uzyskać tę wiedzę dzięki szkoleniu), a zatem mogliby w pełni przyczynić się do uniknięcia przeprowadzania przez pacjentów nieudanych prób odebrania sobie życia, które tylko pogarszają stan pacjenta. Po trzecie jednym z koniecznych zabezpieczeń przed nadużyciami wiążącymi się z legalizacją pomocy w samobójstwie lub eutanazji jest ograniczenie upoważnienia do wykonywania tych praktyk w taki sposób, aby osoby je wykonujące mogły ponosić odpowiedzialność za ich wykonywanie²³.

Przytoczone racje Brocka sprowadzają się do tego, że lekarze są ze względu na ich kwalifikacje *szczególnie kompetentni*, aby udzielać pomocy w samobójstwie pacjentom, którzy tej pomocy potrzebują. Jednakże można również utrzymywać, że są oni do tego także *szczególnie zobligowani*. Na takim stanowisku stoi np. Howard Brody, kiedy zauważa:

Historyczną normę zakazującą przepisywania śmiertelnych leków powinniśmy złagodzić, biorąc pod uwagę istotnie odmienne okoliczności śmierci wielu współczesnych pacjentów. Medyczna technologia zazwyczaj utrzymuje pacjentów przy życiu we wczesnych stadiach poważnej choroby, właśnie wtedy zatem, kiedy wielu pacjentów we wcześniejszych czasach stosunkowo szybko umierało. W ten sposób medycyna pozwala dzisiejszym pacjentom dożyć chronicznych i terminalnych faz ich chorób, w których cierpienie i pozbawienie pożytecznych funkcji mogą być w dużej mierze przedłużane, zanim nastąpi śmierć. Medycyna jest zatem pośrednio odpowiedzialna za wiele cierpień, doznawanych przez chronicznie lub śmiertelnie chorych pacjentów; nie może odwrócić się od nich plecami, gdy domagają się ulgi w ich cierpieniu, nawet kosztem skrócenia życia²⁴.

CZY (MEDYCZNIE WSPOMAGANA) POMOC W SAMOBÓJSTWIE POWINNA ZOSTAĆ PRAWNIE DOZWOLONA?

Argumenty w sporze o to, czy (medycznie wspomagana) pomoc w samobójstwie powinna zostać prawnie dozwolona, w przeważającej części pokrywają się z tymi, które wytacza się za i przeciwko zalegalizowaniu eutanazji. Najwygodniej więc będzie omówić je łącznie, obie

²³ Tamże, s. 102.

²⁴ Brody (1997): The historical injunction against prescribing deadly drugs must be tempered by an appreciation of the vastly different circumstances of death in many modern patients. Medical technology usually keeps patients alive through the early stages of serious disease, precisely when many patients in earlier times died relatively quickly. Medicine thus allows patients today to enter the chronic and terminal phases of illnesses, during which suffering and loss of useful function may be extensively protracted well before death occurs. Medicine is thus indirectly responsible for the predicament of many suffering, terminally or chronically ill patients; it cannot turn its back upon them when they request relief of their suffering even at the price of shortening life (s. 138; tłum. moje, W.G.).

kontrowersyjne praktyki obejmując pewnym wspólnym mianem, a mianowicie określając je jako formy „pomocy w śmierci”.

Pytanie, czy pomoc w śmierci bywa w niektórych sytuacjach moralna, i pytanie, czy powinna ona być o określonych okolicznościach legalna, choć naturalnie ze sobą związane, są jednak od siebie względnie niezależne. Tak więc oprócz (1) poglądu tych, którzy uważają, że pomoc w śmierci nie jest w żadnym wypadku moralnie dopuszczalna i nie powinna być również prawnie dozwolona oraz (2) skrajnie odmiennego poglądu ich przeciwników, którzy uznają pomoc w śmierci za praktykę zasługującą w określonych warunkach zarówno na aprobatę moralną, jak na akceptację prawną, możliwe są jeszcze dwa stanowiska poniekąd pośrednie: (3) pogląd, zgodnie z którym pomoc w śmierci jest wprawdzie zawsze niemoralna, lecz mimo to powinna być legalna²⁵, oraz (4) znacznie bardziej rozpowszechniony pogląd odwrotny, zgodnie z którym pomoc w śmierci bywa wprawdzie w sporadycznych wypadkach moralnie godziwa, ale nie powinna być dopuszczana przez prawo [11].

Za legalizacją pomocy w śmierci

Za legalizacją medycznie wspomaganego samobójstwa (MWS) oraz eutanazji wysuwane są trzy główne argumenty: argument z prawa do decydowania o sobie (samostanowienia, autonomii czy autodeterminacji), argument z litości oraz (nie zawsze wprawdzie odróżniany, niemniej różny od tego drugiego) argument z szacunku dla ludzkiej godności.

Argument z prawa do decydowania o sobie

W 1997 r. sześciu wybitnych filozofów amerykańskich wystosowało apel do Sądu Najwyższego USA, aby podtrzymał decyzje sądów niższych instancji, przyznające pacjentom konstytucyjnie zagwarantowane – w ich wspólnym przekonaniu – prawo do pomocy w samobójstwie. *Ten Apel filozofów (The Philosophers' Brief)* jest w znacznej części rozwiniętą wersją argumentu na rzecz legalizacji pomocy w śmierci, wychodzącego od przysługującego każdemu obywatelowi prawa do decydowania o sobie.

Argumentacja sygnatariuszy *Apelu* w największym skrócie przebiega następująco: Konstytucja USA nie pozwala na to, aby narzucać obywatelom jakiegokolwiek przekonania religijne lub światopoglądowe; nie zezwala więc ona na żadne zakazy, które można usprawiedliwić wyłącznie na gruncie określonych przekonań religijnych lub światopoglądowych; tymczasem zakaz MWS daje się usprawiedliwić wyłącznie na gruncie określonego poglądu na wartość i sens życia; a zatem zakaz ten jest niezgodny z konstytucją.

Jak jednak uzasadnić podkreśloną kluczową przesłankę w tym rozumieniu, zgodnie z którą odmowę prawa do samobójstwa z pomocą lekarza daje się usprawiedliwić wyłącznie na gruncie określonego zapatrywania na wartość i sens życia? Jak zauważają autorzy *Apelu*, przeciwko prawu do MWS wysuwa się dwa sprzeczne argumenty. Jedni twierdzą, że obywatele nie mają prawa popełniać samobójstwa ani domagać się pomocy w jego popełnieniu. Jednakże to prawo wynika z gwarantowanej przez konstytucję swobody, z jaką każdy może podejmować najbardziej osobiste decyzje o własnym życiu i śmierci. Inni nie odmawiają wprawdzie obywatelowi tego prawa, ale twierdzą, że państwo nie jest w stanie sformułować

²⁵ Ten pogląd można wyznawać na gruncie liberalnej teorii, zgodnie z którą prawo nie powinno zabraniać zachowań uważanych za niemoralne, ale praktykowanych przez ludzi dorosłych i nieszkodzących nikomu innemu.

żadnej regulacji prawnej, która umożliwiałaby mu wyegzekwowanie tego uprawnienia, a równocześnie wykluczała niebezpieczeństwo nadużyć.

Prawo do samobójstwa autorzy uzasadniają bezpośrednio i pośrednio. Argumentacja bezpośrednia jest mniej więcej taka. Różne osoby zajmują różne postawy wobec końca życia. Jedni walczą o swoje życie i przedłużają je przy pomocy wszelkich możliwych środków. Inni modlą się o wcześniejszą śmierć, ale nie robią nic, by ją przyspieszyć. Jeszcze inni chcą przyspieszyć swą śmierć, jeżeli dalsze życie wydaje się im nie do zniesienia. Żadna z tych postaw nie może być uznana za bezspornie irracjonalną. Tym samym żadna nie może być zakazywana przez władzę państwową, mimo iż państwo ma z pewnością prawo chronić jednostkę przed podejmowaniem decyzji bezspornie irracjonalnych i szkodliwych dla niej samej [12].

Argumentacja pośrednia wychodzi od innego uprawnienia, gwarantowanego przez konstytucję USA, mianowicie od prawa do nieudzielenia zgody na zabiegi podtrzymujące życie i kwestionuje rzekomą różnicę między odłączeniem od aparatury podtrzymującej życie oraz czynną pomocą w samobójstwie (np. przez dostarczenie trucizny). Zgodnie z wcześniejszymi wyrokami Sądu Najwyższego, obywatel USA ma prawo zażądać, aby odłączono go od aparatury podtrzymującej życie. Czemu więc nie miałyby prawa zażądać, aby udzielono mu czynnej pomocy w zakończeniu życia? Mówi się, że w pierwszym wypadku lekarz jedynie dopuszcza do śmierci, która następuje z powodu choroby, natomiast w drugim wypadku sam powoduje śmierć. Zdaniem autorów to ujęcie jest jednak oparte na nieporozumieniu. Z punktu widzenia pacjenta, pragnącego zakończyć życie, nie ma żadnej różnicy między zachowaniem lekarza, który odłącza go od respiratora, a zachowaniem tego, który dostarcza mu śmiertelny środek²⁶.

Zgodnie ze stanowiskiem Sądu Najwyższego pacjentowi przysługuje wprawdzie prawo do samobójstwa, jednak to prawo znajduje przeciwwagę w niebezpieczeństwach, jakie pociągałoby za sobą zezwolenie lekarzom na czynną pomoc w samobójstwie: państwo nie jest w stanie wprowadzić takich regulacji prawnych, które nie pozwalałyby na to, aby pomocy w samobójstwie udzielano również osobom, których decyzja o samobójstwie jest irracjonalna, nieprzemyślana, nieautonomiczna. Zdaniem autorów taka argumentacja jest niezadowolająca z co najmniej trzech względów. Po pierwsze, te same niebezpieczeństwa, z którymi miałyby się wiązać pomoc w samobójstwie, wiążą się również z rezygnacją ze stosowania środków podtrzymujących życie. Także pacjent, który domaga się odłączenia od respiratora, może dokonywać decyzji irracjonalnej, nieprzemyślanej, podjętej pod wpływem innych. Po drugie, nikt nie pokazał, że przez stosowne zabezpieczenia nie można uchronić się od niebezpieczeństw, które miałyby zagrażać w razie legalizacji pomocy w samobójstwie. Po trzecie wreszcie, nie jest jasne, czy wskazywane niebezpieczeństwa mają ten charakter i kaliber, aby usprawiedliwić zakaz pomocy w samobójstwie. Z jednej strony jest to niebezpieczeństwo medycznego błędu, z drugiej niebezpieczeństwo wpływu innych osób. Jednakże niebezpieczeństwo medycznego błędu zachodzi także w innych wypadkach, nie przekreślając odpowiednich wolności [13]. Natomiast wpływ innych osób nie musi być koniecznie nieuprawniony lub niepożądany: nie jest powiedziane, że podejmując decyzję o końcu swojego, życia człowiek ma uwolnić się od wpływu tych osób, z którymi liczył się przy innych decyzjach życiowych.

Krytycy argumentacji z prawa do decydowania o sobie podważają ją na różne sposoby. Tak np. próbują sprowadzić ten tok rozumowania do niedorzeczności, pokazując, że powoływanie

²⁶ Autorzy przyznają wprawdzie, że te dwie sytuacje pod pewnym względem są jednak odmienne. Pacjent ma prawo żądać od lekarza, aby odłączył go od respiratora, natomiast może tylko prosić o to, aby dopomógł mu w samobójstwie. Podczas gdy pierwsze zachowanie jest obowiązkiem lekarza, to drugie już nie.

się na prawo do samostanowienia musiałyby doprowadzić do niebywałego poszerzenia zakresu uprawnionej pomocy w samobójstwie, tak jak doprowadziło do niebywałego poszerzenia zakresu uprawnionej rezygnacji z podtrzymywania życia. W tym ostatnim wypadku punktem wyjścia było uznanie prawa do rezygnacji ze stosowania nadzwyczajnych środków podtrzymujących życie w stosunku do pacjentów terminalnie chorych, którzy sami tego żądają. W ciągu ostatnich dwóch dekad to samo prawo rozciągnięto jednak również na inne przypadki: na osoby, które nie są terminalnie chore, które aktualnie nie żądają odłączenia od aparatury, ale złożyły taką dyspozycję wcześniej, na stosowanie nie tylko nadzwyczajnych środków leczniczych, lecz także środków zwyczajnych itp. W podobny sposób musiałyby się rozciągnąć zakres uprawnionej pomocy w samobójstwie, gdyby już raz prawnie ją usankcjonować [14].

Inną krytyczną obiekcją wysuwaną przeciw argumentowi z prawa do decydowania o sobie jest ta, że sam szacunek dla autonomii pacjenta w powszechnym odczuciu, znajdującym również wyraz w odpowiednich przepisach i zabezpieczeniach prawnych, nie jest wystarczającym powodem do tego, aby poddać go eutanazji czy też udzielić mu pomocy w samobójstwie [15]. Nic więc dziwnego, że z tym pierwszym argumentem na rzecz legalizacji pomocy w śmierci zazwyczaj łączą się dwa inne.

Argument z litości

Pomoc w śmierci jest zwykle rozumiana jako akt litości – współczucia dla kogoś, komu ta pomoc jest bardzo potrzebna. Ten pierwszy, pod pewnym względem najbardziej naturalny argument pojawia się u wielu autorów. Antony Flew formułuje go następująco:

istnieją i w niedalekiej przyszłości będą istnieć ludzie cierpiący na choroby nieuleczalne i dotkliwe, którzy stanowczo i niezmiennie pragną szybko umrzeć. [...] prawo, które odbiera możliwość szybkiej śmierci osobom cierpiącym i które tym samym zwykle skazuje inne, opiekujące się nimi, osoby na bezradne przyglądanie się bezcelowemu cierpieniu, jest prawem bardzo okrutnym. To z powodu tej bezwzględności prawa zwolennicy eutanazji określają ją niekiedy jako „zabijanie z litości”. W takich przypadkach nieuleczalnie chory może zostać zredukowany do żalosnej parodii ludzkiej istoty, kłębka bólu – bólu łagodzonego jedynie od czasu do czasu otepiającym działaniem narkozy. W obecnej sytuacji jest tak, że stan ten musi trwać, dopóki wszelkie narzędzia sztuki lekarskiej nie okażą się zawodne jako środek przedłużający męczarnie²⁷.

Zdaniem cytowanego autora prawo zabraniające pomocy w śmierci jest jednak nie tylko okrutne; jest ono również prawem degradującym – skazującym wiele osób nie tylko na dotkliwe cierpienie, lecz także na trwanie w kondycji, która uwłacza ludzkiej godności. W wypadku tych osób właściwym motywem do udzielenia im pomocy w śmierci jest nie tyle litość, co rodzaj szacunku – szacunek dla odbieranej im ludzkiej godności. W ten sposób do „argumentu z litości” dołącza się jeszcze drugi, osobny sposób uzasadnienia.

Argument z szacunku dla ludzkiej godności²⁸

Antony Flew rozwija to kolejne uzasadnienie tak oto:

²⁷ Flew (1969), s. 226.

²⁸ Jest pewnym paradoksem, że na godność osoby ludzkiej powołują się także przeciwnicy wszelkiej pomocy w śmierci. Tak np. Katechizm Kościoła Katolickiego głosi: „2277: W ten sposób działanie lub zaniechanie działania, które samo w sobie lub w zamierzeniu zadaje śmierć, by zlikwidować ból, stanowi zabójstwo głęboko sprzeczne z godnością osoby ludzkiej i z poszanowaniem Boga żywego, jej Stwórcy”.

prawo opowiadające się za tym, aby nie było końca temu procesowi – któremu kładzie kres jedynie przychodząca zbyt późno ulga, jaką przynosi „śmierć z przyczyn naturalnych” – jest prawem bardzo degradującym. W obecnym kontekście można zrazu (albo i wcale) nie doceniać w pełni wagi tego drugiego argumentu. Jesteśmy tak przyzwyczajeni do odwoływania się do „absolutnej wartości osoby ludzkiej”, wykorzystywanego przy formułowaniu zarzutu rzekomo wytrącającego argumenty z rąk tych, którzy proponują legalizację dobrowolnej eutanazji, że z łatwością przeczyliśmy, iż jeśli tylko powyższe sformułowanie ma w miarę precyzyjne znaczenie, posługiwanie się nim w celu postawienia zarzutu zwolennikom legalizacji dobrowolnej eutanazji chyba celu, jako że znaczenie tego sformułowania zdaje się wskazywać kierunek postępowania przeciwny do tego, jaki zwykle mylnie sądzi się, że wskazuje. Cierpienia towarzyszące przedłużającej się chorobie nieuleczalnej mogą bowiem być tak ogromne i demoralizujące, że osoba ginie w nie dających się opanować reakcjach układu nerwowego, do których zostaje zredukowana. W takim przypadku zadośćuczynienie pragnieniu śmierci wyrażanemu przez pacjenta jest środkiem okazania ludzkiej osobie tego szacunku, który nie godzi się na jakąkolwiek makabryczną parodię człowieczeństwa. Tak więc nasz kolejny argument pozytywny, wymierzony przeciwko obecnemu stanowi prawnemu jako degradującemu [godność osoby ludzkiej – uzup. tłumaczki] wypływa z szacunku dla pragnień jednostki, z faktu liczenia się z ludzką godnością, z niezgody na to, aby zwierzęcy ból doprowadził do rozpadu osobowości człowieka²⁹.

Zarówno argument z litości, jak i ten z szacunku dla ludzkiej godności może odnosić się do trzech kondycji człowieka, któremu – pod wpływem jednego lub drugiego z tych uczuć – chciałoby się „pomóc umrzeć”. Pierwszą z tych krytycznych kondycji jest fizyczny ból. Drugą, którą wywołuje się często, walcząc z intensywnym bólem, stanowią różne inne cierpienia fizyczne (nudności, zawroty głowy itp.) [16]. Trzecią wreszcie kondycją człowieka, któremu zarówno z litości, jak z szacunku dla jego zagrożonej godności chciałoby się udzielić pomocy w śmierci, jest cierpienie psychiczne. Różni autorzy w różny sposób oceniają względną wagę wymienionych stanów jako czynników, które decydują także o ważności argumentu z litości i argumentu z szacunku. Tak zatem Don Marquis, który odpowiednio do trzech wymienionych kondycji wyróżnia trzy wersje argumentu z litości, stoi na stanowisku, że ponieważ zarówno ból, jak inne cierpienia fizyczne dają się dzisiaj skutecznie uśmierzyć, jedyną nieobalalną wersją argumentu z litości jest ta, która powołuje się na nieusuwalne cierpienia psychiczne [17]. Przeciwnego zdania jest Ezekiel J. Emanuel, który argumentuje, „że jeśli eutanazja lub MWS są w jakimkolwiek przypadku uzasadnione, to właśnie w przypadku nieusuwalnego bólu, natomiast inne uzasadnienia uważa się za kontrowersyjne i problematyczne”, a to ze względu na niejasność pojęcia cierpienia [18].

Przeciwko legalizacji pomocy w śmierci

Przeciwko legalizacji medycznie wspomaganego samobójstwa oraz eutanazji wytacza się argumenty co najmniej czworakiego typu: (1) z rzadkości spełnienia koniecznych warunków jednej lub drugiej procedury, (2) z niebezpieczeństwa błędów medycznych, które byłyby popełniane przy ich stosowaniu, (3) z niebezpieczeństwa nadużyć, do których musiałoby dojść w razie ich zalegalizowania, a wreszcie (4) z niepożądanych następstw ubocznych.

²⁹ Flew (1969), s. 226-7.

Argument z rzadkości spełnienia koniecznych warunków

Zgodnie z tym pierwszym typem argumentacji nieodzowne warunki, od których w powszechnym odczuciu zależy moralna dopuszczalność form pomocy w śmierci – i od których należałoby uzależnić także ich dopuszczalność prawną – mają to do siebie, że chociaż każdy z nich osobno wzięty jest często spełniony, to jednak wszystkie naraz – bardzo rzadko. Tak zatem Yale Kamisar, w swoim klasycznym artykule wyłuszczającym „świeckie” wątpliwości w stosunku do legalizacji eutanazji, pisze: „Jeśli jakaś osoba rzeczywiście (1) jest w obecnej chwili nieuleczalna, (2) nie można jej pomóc jakimkolwiek remedium, które mogłoby się pojawić za jej życia, cierpi z powodu (3) nieznośnego i (4) niedającego się złagodzić bólu, a także przejawia (5) trwałe i (6) racjonalne pragnienie śmierci, to za nic nie chciałbym argumentować, że należy wówczas powstrzymać rękę śmierci”. W dalszym jednak ciągu autor stara się pokazać, że w praktyce ta „ręka śmierci” najczęściej musiałaby zostać wstrzymana, a to dlatego, że spełnienie warunków (3) i (4) tylko rzadko idzie w parze ze spełnieniem warunków (5) oraz (6): pacjent, który rzeczywiście cierpi z powodu nieznośnego i niedającego się złagodzić bólu, jest zwykle tak otepiały, że bardzo trudno jest mu przejawiać jakiegokolwiek pragnienie, które można by uznać za „trwałe i racjonalne” [19].

Krytycy tego argumentu odpierają go dwójako. Z jednej strony utrzymują, że według naszych potocznych obserwacji i intuicyjnych szacunków liczba pacjentów, którzy kwalifikują się do pomocy w śmierci i skorzystaliby z niej, gdyby prawo zapewniało im taką możliwość, nie jest aż tak mała [20]. Z drugiej jednak strony podkreślają również, że sprawa zalegalizowania pomocy w śmierci „miałaby ogromne znaczenie także wtedy, gdyby zaledwie jedna osoba, która wołałaby szybciej umrzeć, była zmuszona przechodzić przedłużającą się agonię” [21].

Ta ostatnia deklaracja brzmi wprawdzie szlachetnie, jest jednak trudna do utrzymania, jeżeli się zważy, że legalizacja pomocy w śmierci pociągnęłaby za sobą także rozmaite ujemne następstwa, które musiałyby znajdować przeciwwagę w jej korzystnych skutkach, a nie znajdowałyby jej zapewne w korzyściach odnoszonych przez ową „jedyną osobę”. W tej konsekwencjalistycznej perspektywie kwestię słuszności czy też niesłuszności prawnego zezwolenia na pomoc w śmierci próbuje ująć Ezekiel J. Emanuel, który stara się również wyjść poza jedynie intuicyjne szacunki i oprzeć się na pewnych danych statystycznych. Jego wyliczenia [22] prowadzą go jednak ostatecznie do konkluzji pod pewnym względem podobnej do tej, którą Yale Kamisar osiągał na drodze dedukcji; każą mu one mianowicie stwierdzić, że

legalizacja eutanazji lub MWS przyniosłaby korzyść – w postaci uśmierzenia nieprzemijającego i dręczącego bólu – najwyżej 25 tysiącom z 2,3 miliona umierających co roku Amerykanów³⁰.

Argument z niebezpieczeństwa błędów medycznych

Nawet jeżeli przypadki pacjentów, którzy kwalifikują się do pomocy w śmierci, zdarzają się nie tak rzadko, to jednak za każdym razem trzeba by ustalić, że dany pacjent jest takim przypadkiem, a więc że spełnia wszystkie warunki, od których uzależnia się możliwość tej pomocy. Ustaleń tych musiałby dokonywać lekarz, który więc zawsze musiałby sprawdzić, czy pacjent faktycznie cierpi na śmiertelną chorobę, której medycyna nie umie – i w najbliższej przyszłości nie będzie umiała – zaradzić; czy rzeczywiście z pełną świadomością i z nieprzymuszonej woli prosi o pomoc w znalezieniu śmierci, czy też działa i wypowiada się np. pod wpływem depresji itp. Otóż zgodnie z kolejnym argumentem, jaki wysuwa się przeciwko

³⁰ Por. Emanuel (1999), s. 635.

legalizacji pomocy w śmierci, przy każdym z tych nieodzownych orzeczeń medycznych lekarzowi może przytrafić się błąd, który będzie błędem o tyle fatalnym, że nie dającym się już naprawić. Tak zatem błędna może być najpierw postawiona przez lekarza diagnoza, że pacjent cierpi na jakąś śmiertelną chorobę [23]. Mylna może być również prognoza, zgodnie z którą choroba pacjenta w najbliższej przyszłości nie da się uleczyć [24]. Fatalna w skutkach pomyłka może się jednak wkraść także do innych sądów wydawanych przez lekarza, np. do jego oceny psychicznych zdolności pacjenta.

Ten argument z niebezpieczeństwa błędów w ocenach medycznych nie robi jednak większego wrażenia na zwolennikach legalizacji prawa do śmierci. Tak więc Glanville Williams, rozpatrując obiekcje Kamisara, przypisuje minimalne znaczenie zarówno niebezpieczeństwu błędnej diagnozy [25], jak i ryzyku poddania eutanazji osoby, która mogłaby później zostać wyleczona dzięki postępom wiedzy medycznej [26], przynajmniej w związku z kwestiami prawnymi. Antony Flew, biorąc pod uwagę zarzut, zgodnie z którym „nikt nigdy nie może być pewien, iż stan jakiegoś pacjenta jest rzeczywiście beznadziejny”, poświęca mu dość obszerny wywód prowadzący do konkluzji, że gdy „próba zlekceważenia naszej omyłności wskazuje na postawę nierealistyczną”, to „upieranie się przy tym, by pamiętać o niej tylko w kontekście pytania o dobrowolną eutanazję, oznacza postawę arbitralną” [27]. Sygnatariusze Apelu filozofów stwierdzają zaś ogólnie:

To prawda, żadna regulacja prawna, choćby nie wiedzieć jak rygorystyczna, nie może dać pełnej gwarancji, że nie będzie się popełniać błędów medycznych. Jednakże Konstytucja nie pozwala państwu na odmawianie pacjentom całej mnogości ważnych wyborów, w wypadku których wymaga się świadomej zgody, tylko dlatego, że informacje, na których opiera się zgoda, mimo usilnego starania się o uniknięcie błędów, mogą być fałszywe. I znowu, na to samo ryzyko narażone są również decyzje o zaprzestaniu podtrzymywania życia, co jednak nie usprawiedliwia bezwzględnego zakazu egzekwowania tego prawa³¹.

Argument z niebezpieczeństwa nadużyć (argument równi pochyłej)

Innym niebezpieczeństwem, jakie stwarzałyby legalizacja procedury wspomaganego samobójstwa oraz eutanazji, byłoby zdaniem jej przeciwników niebezpieczeństwo nadużyć, do których nieuchronnie dochodziłoby w trakcie stosowania tych praktyk. Te nadużycia polegałyby, ogólnie mówiąc, na oferowaniu lub też udzielaniu pomocy w śmierci także tym osobom, którym ta pomoc nie powinna być oferowana ani udzielana. Wciąganie tych osób do kręgu pacjentów kwalifikujących się do pomocy w śmierci nie wynikałoby tym razem z błędu w ocenie ich stanu, lecz raczej z nieuchronnego ześlizgiwania się – jak po równi pochyłej – od jednych grup osób poddawanych tej procedurze do coraz to innych, mieszczących się jak gdyby w ich sąsiedztwie, tj. znajdujących się w podobnym stanie albo położeniu. Ofiarą tej ekspansywnej, zataczającej coraz szersze kręgi pomocy w śmierci mogłyby zatem paść po pierwsze osoby, które naprawdę wcale nie chcą umrzeć – które swą prośbę o pomoc w śmierci formułują pod przymusem, a w każdym razie niedozwolonym naciskiem ze strony ich opiekunów [28]. Po drugie, nieusprawiedliwiona pomoc w śmierci mogłaby być też udzielana osobom, które naprawdę wcale jej nie potrzebują – które więc proszą o nią nie dla własnego dobra, lecz w domniemanym interesie swoich bliskich [29] [30]. Po trzecie, w wypadku niektórych pacjentów pomoc w śmierci byłaby procedurą stosowaną nie w uzupełnieniu, lecz raczej zamiast (fizjologicznej lub psychologicznej) paliatywnej opieki, która – wdrożona odpowiednio wcześniej

³¹ Dworkin et al. (1996), s. 438.

– byłyby nieraz w stanie usunąć powody, skłaniające pacjenta do wyboru szybszej śmierci [31]. Na koniec, w tryby tej uruchomionej prawnie procedury, formalnie wymagającej decyzji pacjenta, mogłyby się nieraz dostawać osoby faktycznie pozbawione zdolności decyzji [32]. Zasadność tej ostatniej obawy miałyby potwierdzać tzw. Raport Remmelinka, sprawozdanie z wyników badań socjologicznych, przeprowadzonych w Holandii wkrótce po liberalizacji przepisów dotyczących czynnej eutanazji (choć jeszcze przed jej pełną legalizacją). W sprawozdaniu podano, że holenderscy lekarze dokonują też niekiedy – w około 1000 przypadków na rok – eutanazji bez zgody pacjenta, przy czym na ogół chodziło o bliskie już śmierci osoby, niezdolne do wyrażenia swej zgody. Zwolennicy prawnej dopuszczalności pomocy w śmierci zauważają jednak, że „Raport Remmelinka” wcale nie potwierdza, iż między – niepokojącą, jak przyznają – praktyką eutanazji bez zgody pacjenta a legalizacją dobrowolnej eutanazji zachodził w Holandii jakiś związek przyczynowy; wskazują również, że według innych badań niedobrowolna eutanazja jest znacznie częściej praktykowana w tych krajach, w których (jak choćby w Australii) obowiązują o wiele bardziej restrykcyjne przepisy dotyczące eutanazji na prośbę pacjenta [33].

Argument z niepożądanymi następstwami ubocznymi

Wskazane powyżej negatywne konsekwencje, które mogłyby się pojawić – lub też nasilić – w wyniku legalizacji pomocy w śmierci, dotykałyby przede wszystkim osób, wobec których ta procedura byłaby niepotrzebnie i bezprawnie stosowana, czy to wskutek jakiegoś błędu, czy to nadużycia. Oprócz tych głównych szkodliwych skutków legalizacja pomocy w śmierci mogłaby wszakże posiadać także niepożądane następstwa uboczne. Jedną z owych dodatkowych szkód, na które wskazują przeciwnicy tej regulacji, byłoby – czy raczej już jest – obciążenie sumienia lub podkopanie etosu lekarzy: spośród holenderskich lekarzy, którzy dokonali eutanazji lub udzielili pomocy w samobójstwie, spora część przyznała się, że tego żałuje [34]. Inną taką szkodą byłoby zwiększone poczucie zagrożenia wśród osób starszych lub śmiertelnie chorych, a także ich zmniejszone zaufanie do opiekującego się nimi personelu medycznego [35]. Jeszcze innym ujemnym następstwem legalizacji pomocy w śmierci, które co prawda trudno oszacować, lecz które również należałoby jakoś uwzględnić w bilansie jej prawdopodobnych minusów i plusów, byłoby psychologiczne obciążenie rodziny pacjenta³².

³² Por. Emanuel (1999), s. 640.

[1]:

– Więc dlaczegóż to, tak powiadają, nie godzi się odbierać sobie samemu życia, Sokratesie? Bo ja to już, jak właśnie teraz mnie o to pytałeś, i od Filolaosa słyszałem, kiedy u nas mieszkał, i od niejednego innego, że nie należy tego robić. Ale jasnego czegoś o tej sprawie nigdy od nikogo nie słyszałem.

– Nie trzeba tracić otuchy – powiada – może jeszcze usłyszysz. Tobie się to z pewnością dziwne wyda, że to jedno zdanie spośród wszystkich innych jest bezwzględnie prawdziwe, a nie tak jak i w innych sprawach, tylko bywa tak człowiekowi, że nieraz i niejednemu lepiej jest umrzeć niż żyć. A jeśli niejednemu lepiej umrzeć, to pewnie dziwne ci się wydaje, dlaczemu takiemu człowiekowi nie godzi się robić dobrze samemu sobie, tylko mu trzeba czekać na innego dobroczyńcę?

A Kebes uśmiechnął się blade i: „Zeus że to raczy wiedzieć”, powiada w swoim dialekcie.

– Mogłoby się wydawać – mówi Sokrates – że tak to nie ma sensu; a jednak może w tym jest jakiś sens; toż nauka tajemna mówi o tej sprawie, że my, ludzie, jesteśmy niejako w więzieniu i nie wolno z niego siebie samego wyzwalać ani uciekać; ja w tym widzę pewną myśl: wielką i niełatwą do przejrzania na wskroś. No nie, serio, Kebesie, to mi się wydaje dobrą myślą, to, że bogowie nas utrzymują, a my, ludzie, jesteśmy jedną z prywatnych własności bogów. Czy tobie może nie wydaje się tak?

– Mnie tak – powiada Kebes.

– Nieprawdaż – powiada tamten – i ty sam, gdyby któraś z twoich prywatnych własności chciała sobie sama życie odbierać, mimo że ty byś nie dał znaku, że chcesz, aby umarła, gniewałbyś się na nią i gdybyś miał jakąś karę do wymierzenia, wymierzyłbyś ją?

– Tak jest – powiada.

– Więc może tak samo nie jest i to bez sensu, że nie wolno siebie samego zabijać prędzej, zanim bóg nie ześle jakiejś konieczności, jak na przykład ta, którą ja mam teraz.

– A może być – powiada Kebes – to tak wygląda.

(Platon, *Fedon* 62a-c)

[2]:

Gdyby dysponowanie życiem ludzkim stanowiło na tyle zastrzeżoną dziedzinę szczególnych kompetencji Boga, że rozporządzenie się własnym życiem byłoby ze strony człowieka zamachem na boskie uprawnienia, to takim samym przestępstwem byłoby działać na rzecz zachowania życia jak na jego zgubę. Jeżeli odepchnę kamień, który spada mi na głowę, zakłócę tym samym naturalny bieg rzeczy i wedrę się w szczególne kompetencje Boga, przedłużywszy sobie życie poza tę granicę, którą wyznaczył mi za pośrednictwem ogólnych praw materii i ruchu (s. 226-227).

[...]

Ale Opatrzność postawiła cię jak wartownika na określonej placówce, a jeżeli opuszczasz ją bez odwołania, winny jesteś buntu przeciw wszechmogącemu twemu władcy, a tak samo narażasz się na jego gniew. Skądże to, pytam, wnosisz, że na placówce tej postawiła mnie Opatrzność? Co do mnie, znajduję, iż narodziny moje zawdzięczam długiemu łańcuchowi przyczyn, z których wiele zależało od swobodnych uczynków ludzkich. Opatrzność kierowała jednak wszystkimi tymi przyczynami i nic we wszechświecie nie dzieje się bez jej zgody i współdziałania. Jeżeli tak, to i moja śmierć, chociaż dobrowolna, nie zdarzy się bez zgody opatrzności; a kiedy cierpienie albo zgryzota wyczerpią moją cierpliwość na tyle, że poczuję się zmęczony życiem, będę mógł stąd wywnioskować, że odwołano mnie z posterunku w słowach najprzejrzystszych i najbardziej wymownych (s. 229-230).

(Hume 1962)

[3]:

W tej sprawie ograniczę się tutaj do trzech uwag. Po pierwsze, sformułowany tak jak wyżej, nie uzupełniony o jakąś inną zasadę (bądź zasady), argument ten musi się stosować – jeśli w ogóle ma on zastosowanie – w jednakowym stopniu do *każdego* nienaturalnego i zamierzonego skracania *lub* wydłużania każdego ludzkiego życia, własnego *albo* drugiej osoby. Jako taki i bez dodatkowych uzupełnień, skłaniałby on do zupełnego kwietyzmu we wszystkich sprawach życia i śmierci; każda bowiem ingerencja byłaby ingerencją w czyjąś własność. Jeśli się chce uniknąć takich konsekwencji, trzeba odwołać się do dodatkowych konkretnych intuicji etycznych, w oparciu o które można by usprawiedliwić karę śmierci, wojnę, medycynę i wiele innych takich na pierwszy rzut oka bezbożnych praktyk. Po drugie, argument ten zdaje się zakładać, że poprawny model relacji między człowiekiem a Bogiem obrazuje relacja między niewolnikiem a jego panem i że szacunek do Bożej własności powinien stanowić fundamentalną zasadę moralności. Być może jest znamienne, że to właśnie do tego obrazka odwołują się św. Tomasz i pogański filozof Platon, gdy sprzeciwiają się samobójstwu. Ta próba wywiedzenia nie tylko religijnych, ale wszelkich zobowiązań z rzekomego teologicznego faktu Stworzenia jest komunałem, jakim szermuje co najmniej jedna tradycja teologii moralnej. Zawarte implicite w tym wywodzie założenie etyczne mówi zazwyczaj, że bezwarunkowe posłuszeństwo Stwórcy, często traktowanemu jako właściciel szczególnego rodzaju, jest pierwszym podstawowym zobowiązaniem¹. Skoro tylko to zostanie wyraźnie wypowiedziane, nie wydaje się, aby było w sposób samooczywisty prawdziwe; nie jest też łatwo zrozumieć, jak stworzenie pozostające w absolutnej zależności bytowej mogłoby jednocześnie być rzeczywiście odpowiedzialnym podmiotem zobowiązań wobec nieskończonego Stwórcy². Po trzecie, ten zarzut przywołuje na myśl jedno z bardziej rozsądnych powiedzeń złego Tyberiusza: „Jeśli bogowie się obrazili, niech się sami tym zajmą”. Uwaga ta oczywiście dotyczy jedynie kwestii legalizacji, a nie tego, czy samo działanie jest zgodne z moralnością albo rozsądne.

(Flew 1969, s. 236)

¹ Por. dla ułatwienia MacGillivray, loc. cit.; jako protestancki analogon por. wypowiedź biskupa Exeter cytowaną przez P. Nowell-Smitha w *Ethics*, Penguin 1954, ss. 37-8.

² Rozwinąłem tę myśl w pracy *God and Philosophy*, Hutchinson 1966, §§ 2.34 i następne.

[4]:

Bezbożna to rzecz, mówi stary zabobon *rzymski*, odmieniać bieg rzeki lub wdzierać się w uprawnienia przyrody. Bezbożna to rzecz, mówi zabobon *francuski*, stosować szczepienia przeciw ospie albo też bezprawnie przejmować zadania opatrzości, wywołując wedle woli niedomagania i choroby. Bezbożna to rzecz, mówi współczesny *europański* zabobon, kłaść kres własnemu swemu życiu, i w ten sposób buntować się przeciw naszemu Stwórcy. A dlaczego to, pytam, nie jest bezbożnością budowanie domów, uprawa roli czy żegluga po oceanie? We wszystkich tych wypadkach używamy władz umysłu i ciała po to, by wywołać pewną odmianę w naturalnym biegu rzeczy, i w żadnym z nich nie czynimy nic ponadto. Wszystkie przeto te czyny są albo jednakowo niewinne, albo jednakowo występne.

(Hume 1962, s. 229)

[5]:

Wszystkie argumenty tego rodzaju, w których próbuje się bezpośrednio wydedukować wniosek dotyczące tego, co być *powinno* z przesłanek stwierdzających, prawdziwie lub fałszywie, tylko to, co *jest*, są z pewnością błędne: zawierają to, co filozofowie słusznie nazywają mianem „błędu naturalistycznego”. Pojawia się też swego rodzaju kłistość w rozumowaniu, gdy odwołujemy się do tego, co stanowi podobno opis prawa natury, po to, by uzasadnić nakaz przestrzegania owego rzekomego prawa. Gdyby bowiem prawo naprawdę obowiązywało, opisując to, co dzieje się zawsze i w sposób nieunikniony, wówczas nie miałyby sensu nakazywanie powinności jego obowiązywania; ale gdy norma deskryptywna w rzeczywistości nie obowiązuje, wówczas nie istnieje podstawa dla tego rzekomego uzasadnienia¹. Co więcej, nawet jeśli argument tego pierwszego rodzaju mógłby uzasadnić przekonanie, że samobójstwo jest zawsze niemoralne, nie mógłby on raczej dostarczyć racji do opowiedzenia się za tym, że powinno ono być także uznane za niezgodne z prawem.

(Flew 1969, s. 234)

¹ Pełną argumentację za tego rodzaju tezą przedstawiłem w: *Evolutionary Ethics*, Macmillan, London 1967. Zob. rozdz. IV, “From *Is* to *Ought*”.

[6]:

Sądzę, że nikt nigdy nie wyrzekł się życia, kiedy warto było jeszcze go się trzymać. Taki bowiem jest nasz naturalny strach przed śmiercią, że mało ważne powody nie zdołają nigdy nas z nią pogodzić; a chociaż może się zdawać, że czyjś stan zdrowia lub sytuacja majątkowa nie wymagają zastosowania tego środka, możemy w każdym razie być pewni, że kto bez widocznego powodu do niego się uciekł, ten musiał być człowiekiem tak nieuleczalnie zepsutym lub ponurym, że to musiało zatruwać mu wszelką radość i unieszczęśliwiać go tak samo, jak gdyby upadał pod ciężarem najsroźszych niepowodzeń.

(Hume 1962)

[7]:

Z tego, co się wyżej powiedziało, okazuje się, czy można skrzywdzić siebie samego, czy też nie. [a] W jednym bowiem znaczeniu należą do sprawiedliwych te czyny, które są zgodne z wszelkimi cnotami nakazanymi przez prawo; tak np. nie ma w ustawie wyraźnego zezwolenia na popełnianie samobójstwa, a na co nie ma w ustawie wyraźnego zezwolenia – tego ustawa zabrania. A dalej: jeśli ktoś wbrew ustawie wyrządza komuś szkodę, która nie jest odwetem, i czyni to zgodnie ze swą wolą, to postępuje niesprawiedliwie; zgodnie zaś ze swą wolą postępuje ktoś, kto zdaje sobie sprawę zarówno z tego, kogo jego czyn się tyczy, jak z tego, jakim posługuje się narzędziem; kto zaś w przystępie gniewu popełnia samobójstwo zgodnie ze swą wolą, ten czyni wbrew słusznej ocenie coś, czego ustawa zabrania, a więc postępuje niesprawiedliwie. Kogo jednak tym krzywdzi? Czyżby państwo? Bo siebie samego nie. Wszak dobrowolnie doznaje swego losu, a nikt nie doznaje krzywdy dobrowolnie. Dlatego też państwo karze [samobójstwo] i jakaś niesława spada na samobójcę, ponieważ skrzywdził państwo.

(Arystoteles, EN 1138a5-14)

[8]:

Człowiek, który usuwa się z życia, nie czyni społeczeństwu nic złego; przestaje mu jedynie czynić dobro, co jeżeli w ogóle stanowi jakąś szkodę to jest to szkoda najniższego rzędu. Wszelkie nasze zobowiązania, by działać dla dobra społeczeństwa, zdają się zawierać w sobie pewną obustronność. Korzystam z dobrodziejstw społeczeństwa i powinienem przeto działać w jego interesie; skoro jednak całkowicie ze społeczeństwa się usuwam, to czy może mnie jeszcze coś wiązać?

Ale przyjąwszy nawet, że nasze zobowiązanie do czynienia dobra nie ustaje nigdy, to przecież ma ono z pewnością jakieś granice. Nie jestem zobowiązany wyświadczać społeczeństwu nieznacznego jakiegoś dobra kosztem wielkiej szkody, którą wyrządziłbym samemu sobie; dlaczego zatem miałbym ciągnąć pożałowania godny żywot z powodu błahej jakiejś korzyści, którą społeczność mogłaby ewentualnie ode mnie uzyskać? Jeżeli z racji podeszłego wieku i niedomagań mam pełne prawo złożyć wszelki urząd i obrócić mój czas wyłącznie na to, aby bronić się przed tymi nieszczęściami i złagodzić jak tylko się da niedole mojego przyszłego żywota, to dlaczego nie mogę przerwać tych niedoli jednym cięciem dokonując czynu, który interesom społecznym nie przynosi już więcej żadnego uszczerbku?

(Hume 1962, s. 231)

[9]:

Przypuśćmy, że nie jest już w mojej mocy działać w interesie społeczeństwa; przypuśćmy, że jestem społeczeństwu ciężarem; przypuśćmy, że moje życie przeszkadza komuś w przyniesieniu społeczeństwu znacznie większego pożytku. W takich wypadkach wyrzeczenie się życia będzie z mojej strony czymś nie tylko niewinnym, ale zgoła chwalebnym. Ale w tego rodzaju sytuacji znajduje się większość ludzi, którzy doznają pokusy, aby rozstać się z życiem. Ci, co cieszą się zdrowiem, siłą lub władzą zazwyczaj więcej mają powodów do tego, by żyć w zgodzie ze światem.

(Hume 1962, s. 231)

[10]:

To może być mocny argument, zwłaszcza w przypadku, gdy zobowiązania rodzinne lub społeczne samobójcy są jasno określone. Jest to także argument, który nawet z liberalnego punktu widzenia może dostarczyć podstaw prawnych. Jest on jednak nieistotny w okolicznościach, o których mówią rzecznicy legalizacji dobrowolnej eutanazji. W takim przypadku nie ma już szans, aby osoba mogła stanowić pożytek dla kogokolwiek, a jeśli istnieją jakiegokolwiek rodzinne lub społeczne zobowiązania, to muszą one przybierać kierunek przeciwny do zobowiązań wyżej wspomnianych, sprowadzając się do tego, aby zakończyć życie wtedy, kiedy staliśmy się beznadziejnym ciężarem zarówno dla samych siebie, jak i dla innych ludzi.

(Flew 1969, s. 234)

[11]:

Trzeba tutaj rozróżnić dwie sprawy. Czym innym bowiem jest powiedzieć, że pewne akty eutanazji, rozpatrywane same w sobie i w swoich następstwach, są moralnie bez zarzutu, czym innym zaś powiedzieć, że byłoby słusznie zalegalizować je. Być może praktyka eutanazja umożliwiałyby zbyt wiele nadużyć, a może popełniano by zbyt wiele błędów. Ponadto, praktyka ta mogłaby pociągnąć za sobą nader ważne i wysoce niepożądane skutki uboczne, jest bowiem mało prawdopodobne, byśmy mogli zmienić nasze zasady dotyczące traktowania ludzi starych i chorych, bez zmieniania fundamentalnych postaw emocjonalnych i więzi społecznych.

(Foot 1977, s. 44; tłum. moje, W.G.)

[12]:

Różni ludzie, o różnych przekonaniach religijnych i etycznych, mają bardzo różne poglądy, gdy chodzi o to, jaki sposób umierania potwierdza, a jaki zaprzecza wartości ich życia. Niektórzy walczą ze śmiercią przy użyciu wszelkiej broni, jaką mogą im podsunąć lekarze. Inni nie uczynią niczego, aby przyspieszyć śmierć, nawet jeżeli modlą się, by przyszła wkrótce. Jeszcze inni [...] pragną zakończyć swoje życie, gdy uważają, że jego przedłużanie raczej zniekształci niż wzbogaci życie, które stworzyli. Niektórzy z tych, którzy dokonują tego ostatniego wyboru, czynią to nie tylko w celu uniknięcia bólu. Nawet gdyby było rzeczą możliwą wyeliminować wszelki ból człowieka umierającego – a często nie jest to możliwe – nie usunęłoby to ani nawet nie bardzo zmniejszyło duchowych cierpień, jakich doświadczają na myśl o tym, że pozostaną żywi, ale podłączeni do maszyn, bezradni, a często otępieni do granicy przytomności.

Żadna z tych radykalnie odmiennych postaw wobec znaczenia śmierci nie może być dezawuowana jako irracjonalna. Żadnej też nie powinna być narzucana – czy to przez nacisk lekarzy, czy krewnych, czy to przez *fiat* władzy – osobom, które ją odrzucają. Byłoby to tak samo niedopuszczalne, jak gdyby władza zadekretowała, że lekarzom nigdy nie wolno utrzymywać kogoś przy życiu tak długo, jak tylko możliwe. Jeżeli pacjent sobie tego życzy, tak samo niedopuszczalne jest, gdy władza dekretuje, że lekarzom nigdy, w żadnych okolicznościach, nie wolno pomóc umrzeć komuś, kto uważa, że jego dalsze życie oznacza tylko degradację.

(Dworkin et al. 1996, s. 433)

[13]:

To prawda, żadna regulacja prawna, choćby nie wiedzieć jak rygorystyczna, nie może dać pełnej gwarancji, że nie będzie się popełniać błędów medycznych. Jednakże Konstytucja nie pozwala państwu na odmawianie pacjentom całej mnogości ważnych wyborów, w wypadku których wymaga się świadomej zgody, tylko dlatego, że informacje, na których opiera się zgoda, mimo usilnego starania się o uniknięcie błędów, mogą być fałszywe. I znowu, na to samo ryzyko narażone są również decyzje o zaprzestaniu podtrzymywania życia, co jednak nie usprawiedliwia bezwzględnego zakazu egzekwowania tego prawa.

(Dworkin et al. 1996, s. 438)

[14]:

Dyskusje nad SPL i nowe teorie na jego temat sprawiają wrażenie, jakoby prawo do SPL miało przysługiwać osobie umierającej. Jednakże istnieją powody, by sądzić, że jeśli SPL zostałyby zalegalizowane na podstawie prawa do samostanowienia, zakres jego zastosowania byłby bardzo szeroki. Można to zrozumieć, gdy się weźmie pod uwagę, jak bardzo zakres prawa do odmowy opieki medycznej ratującej życie został rozszerzony w literaturze dotyczącej etyki lekarskiej w ciągu ostatnich dwudziestu pięciu lat.

Niektórzy początkowo myśleli, że to prawo przysługuje zdolnemu do podejmowania racjonalnych decyzji umierającemu pacjentowi, jako prawo do odmowy nadzwyczajnej opieki medycznej, która mogłaby minimalnie przedłużyć jego życie. Jednakże, ponieważ podstawą tego prawa jest prawo do odrzucenia dowolnej ingerencji w ciało [pacjenta], nie może się ono ograniczać do umierających pacjentów ani do opieki jedynie minimalnie przedłużającej życie lub nadzwyczajnej. Co więcej, zakres tego prawa został prawidłowo rozszerzony, tak by objąć prawo do odmowy opieki medycznej zawczasu, tj. zanim nastąpi sytuacja, w której pacjent mógłby już nie być zdolny do odrzucenia opieki. Tak więc wydawanie [przez pacjentów] wcześniejszych rozporządzeń [dotyczących postępowania z nimi na wypadek choroby] jest uzasadnione. Zakres tego prawa został rozszerzony, tak by objąć prawo pacjenta do wyznaczenia kogoś innego, kto w jego imieniu wyraziłby życzenie odmowy leczenia wtedy, gdy pacjent nie byłby już w stanie tego uczynić. A zatem stałe pełnomocnictwo w zakresie opieki medycznej jest uzasadnione. Zakres tego prawa został rozszerzony, tak by objąć prawo rodziny do podjęcia decyzji o odmowie opieki medycznej w imieniu pacjenta na podstawie tego, że rodzina najlepiej zna podstawowe wartości pacjenta. Zastępstwo w podejmowaniu decyzji zostało więc uzasadnione. Obecnie istnieje obszerna literatura na temat prawa do odmowy opieki medycznej, a argumenty za wszystkimi przypadkami rozszerzenia [zakresu tego prawa] są powszechnie akceptowane¹.

Jeśli zakres prawa do odmowy nadzwyczajnej opieki medycznej, przysługującego umierającym pacjentom, może zostać rozszerzony w ten sposób, to, stosując argument równoległy, można by uzasadnić rozszerzenie w ten sam sposób prawnie usankcjonowanego uprawnienia do samobójstwa z pomocą lekarza. Prawo do samostanowienia uzasadnia prawo do samobójstwa z pomocą lekarza, jednak nie uzasadnia przysługiwania tego prawa jedynie umierającym pacjentom i nie uzasadnia przysługiwania tego prawa jedynie pacjentom, którym pozostało bardzo mało czasu do życia. Uzasadnia przysługiwanie SPL każdemu pacjentowi. Przypuśćmy, że osoba w pełni zdolna do podejmowania racjonalnych decyzji oświadcza, że nie chce żyć, gdy tylko tę zdolność utraci. Jeśli prawo do samostanowienia uzasadnia prawo do odmowy leczenia wyrażonej we wcześniejszym rozporządzeniu, to z pewnością uzasadnia ono także prawo do samobójstwa z pomocą lekarza na mocy sformułowanego wcześniej rozporządzenia. (Ktoś mógłby sobie wyobrazić, jak lekarstwo wywołujące śmierć, przepisane przez prywatnego lekarza, zostaje dodane do soku jabłkowego podawanego w domu spokojnej starości). Ponieważ prawo do samostanowienia uzasadnia powierzenie komuś stałego pełnomocnictwa do odmowy opieki medycznej, mogłoby także uzasadnić powierzenie komuś stałego pełnomocnictwa do podejmowania, w oparciu o podstawowe wartości pacjenta, decyzji o zażyciu lekarstwa powodującego śmierć, gdy pacjent sam utraci zdolność do podejmowania decyzji.

¹ W celu zapoznania się ze standardowym omówieniem zob. Allen Buchanan, Dan W. Brock, *Deciding for Others: The Ethics of Surrogate Decision Making*, Cambridge University Press, Cambridge 1989.

W istocie być może rodziny, najlepiej znając system podstawowych wartości pacjenta, mogłyby decydować, kiedy samobójstwo (obecnie niezdolnej do podejmowania decyzji) ukochanej osoby miałyby nastąpić.

Możemy popatrzeć na tę sprawę nieco inaczej – nie przez pryzmat sposobów, na które prawo do samostanowienia zostałyby naturalnie rozszerzone w odniesieniu do samobójstwa z pomocą lekarza, ale przez pryzmat niektórych przypadków, które to rozszerzenie by objęło. Prawo do samostanowienia zawiera w sobie prawo, przysługujące w pełni zdolnej do podejmowania racjonalnych decyzji osobie dorosłej, do tego, by zawczasu zapewnić sobie SPL, jeśli żywi ona przekonanie, że przeżycie ostatnich lat w stanie zniedołężnienia albo uzależnienia [od opieki drugiego człowieka], w domu spokojnej starości, wypaczyłoby, by tak rzec, ramy jej życia. Prawo do samostanowienia obejmuje prawo pacjenta dowiadującego się, że ma początki choroby Alzheimera, do zapewnienia sobie samobójstwa z pomocą lekarza, gdy tylko demencja, na którą cierpi, osiągnie taki stopień, w którym, jak postanawia obecnie, nie będzie chciał on żyć. Obejmuje ono prawo rodzin do zapewnienia samobójstwa z pomocą lekarza ukochanym osobom, którym obecnie brak zdolności do podejmowania racjonalnych decyzji i które – o czym są przekonani członkowie ich rodzin – nie chciałyby żyć w stanie, w którym teraz się znajdują. Zalegalizowanie samobójstwa z pomocą lekarza jedynie na podstawie prawa do samostanowienia może okazać się równoznaczne z zalegalizowaniem innego sposobu zakończenia życia przez ogromną liczbę ludzi.

Rozważmy niektóre zarzuty pod adresem argumentu mówiącego, że zakres zastosowania samobójstwa z pomocą lekarza byłby o wiele większy, niż zwykle się przewiduje, jeśli zostałoby ono zalegalizowane w oparciu o swoje zasady. Ktoś mógłby argumentować, że tak jak rozszerzenie zakresu obowiązywania prawa do odmowy opieki medycznej nie doprowadziło do zachowań, które w znaczący sposób zmieniłyby ramy naszego życia, tak też prawo do samobójstwa z pomocą lekarza również w sposób znaczący nie zmieniłoby tych ram. Ten argument jest błędny. Prawo do odmowy opieki medycznej to prawo do odrzucenia leczenia. Odmowa nie może nastąpić, jeżeli wcześniej nie zaproponowano leczenia. Akt samobójstwa z pomocą lekarza oparty na prawie do samostanowienia miałby następować, ilekroć zdolna do podejmowania racjonalnych decyzji osoba dorosła zdecydowałaby, że nie chce dla siebie takiej przyszłości, jaka się zbliża. Tak więc legalizacja samobójstwa z pomocą lekarza jedynie na podstawie prawa do samostanowienia niesie za sobą o wiele większe zmiany w zachowaniu mającym na celu zakończenie życia, niż to czyni prawo do odmowy opieki medycznej.

Zwolennicy samobójstwa z pomocą lekarza mogliby także argumentować, że owego rzekomo zbyt dużego rozszerzenia zakresu prawa do samostanowienia można by uniknąć za pomocą środków natury prawnej, a mianowicie ograniczając warunki, w których samobójstwo z pomocą lekarza byłoby legalne. Ale co może uzasadnić takie ograniczenie? Zwolennicy prawa do samostanowienia – przypomnijmy – zużyli prawie dwie dekady na argumentowanie, że ograniczanie prawa do odmowy do opieki medycznej, której odmowy nie formułuje się z wyprzedzeniem, albo jedynie do nadzwyczajnej opieki medycznej, albo jedynie do opieki medycznej, która jeszcze nie jest zapewniana, albo jedynie do opieki medycznej, która nie polegałaby także na dostarczaniu pożywienia i wody, oznacza ograniczenie prawa danej osoby do samostanowienia. Argumenty te są (a) trafne i (b) powszechnie akceptowane. Stosują się z łatwością zarówno do prawa wyboru SPL, jak i do prawa do odmowy niepożądanego opieki medycznej.

W końcu zwolennicy samobójstwa z pomocą lekarza mogliby również argumentować, że o żadnym sformułowanym wcześniej rozporządzeniu, w którym pacjent życzy sobie samobójstwa z pomocą lekarza, nie można by sądzić, iż pozostaje w mocy, jeśli – gdyby nadszedł

czas, w którym lekarz musiałby zaproponować swojemu pacjentowi śmiertelną dawkę lekarstwa – pacjent oświadczyłby, że woli żyć w dalszym ciągu. Myślę, że – *ceteris paribus* – jest to poprawne, gdyż podejmowane na bieżąco decyzje dotyczące warunków życia danej osoby słusznie unieważniają decyzje podjęte w przeszłości. Jednakowoż warunek *ceteris paribus* częstokroć nie będzie miał zastosowania. Będzie tak na przykład wtedy, gdy moje późniejsze ja zostanie dotknięte chorobą psychiczną. Z pewnością decyzje podjęte przez zdolną do racjonalnych decyzji osobę dorosłą biorą górę nad decyzjami podejmowanymi przez osobę do nich niezdolną.

Zatem legalizacja samobójstwa z pomocą lekarza na podstawie prawa do samostanowienia stosuje się do dużo szerszej klasy decyzji o zakończeniu życia, niż to przedstawiają scenariusze najczęściej omawiane w debacie publicznej. Argument ten nie wymaga założenia, że powinno się szanować decyzje osób, które znajdują się w stanie depresji klinicznej albo które zostały wprowadzone w błąd [w sprawie swojego stanu zdrowia]. Decyzje, do których respektowania zobowiązuje się zwolennik SPL, są racjonalnymi decyzjami podejmowanymi w zgodzie z podstawowymi wartościami jednostki. To, czy chcemy dopuścić takie radykalne zmiany w ciągu naszego życia, jest kwestią, która powinna zostać poruszona w szerokiej debacie publicznej.

(Marquis 1998)

[15]:

jak wskazują badania, większość ludzi nie traktuje ochrony indywidualnej autonomii jako wystarczającego uzasadnienia legalizacji eutanazji lub MWS¹. Celowe zakończenie czyjegoś życia to działanie, w którym muszą współuczestniczyć osoby trzecie i muszą one mieć po temu dobry powód. Nikt by się tego nie dopuścił, nie mając jakiegoś dobrego powodu, powodu, który jest czymś więcej niż osobiste preferencje i plan życiowy. Przekonanie, że indywidualna autonomia nie stanowi wystarczającego uzasadnienia, faktycznie znajduje swój wyraz w zabezpieczeniach obecnych w większości propozycji legalizacji. Kluczowe zabezpieczenia wymagają (1) aby sam pacjent dobrowolnie i wielokrotnie domagał się eutanazji lub MWS; (2) aby doświadczał on nieustępnego bólu albo niekontrolowanego cierpienia niedającego się uśmierzyć inaczej, jak tylko przez eutanazję lub MWS; oraz (3) aby w celu upewnienia się co do rokowań pacjenta zasięgnięto porady drugiego lekarza, a także by pacjent działał dobrowolnie i rozumiał swoją decyzję². Zarówno drugie, jak i trzecie zabezpieczenie uświadamiają, że autonomia stanowi niewystarczające uzasadnienie dla przeprowadzenia eutanazji lub MWS, że takie interwencje muszą również urzeczywistniać jakieś inne dobro, takie jak uśmierzenie nieustępnego i przenikliwego bólu.

(Emanuel 1999, s. 630-31)

¹ Z badań wynika, że około jedna trzecia Amerykanów sprzeciwia się przeprowadzaniu eutanazji lub MWS niezależnie od okoliczności (także na pacjentach z nieustępnym bólem); również jedna trzecia opowiada się za eutanazją i MWS na żądanie, niezależnie od okoliczności. Poglądy pozostałej, kluczowej, jednej trzeciej są bardziej zniuansowane. Ludzie ci są przekonani, że ocena moralna konkretnego aktu eutanazji lub MWS zależy od okoliczności; czyli w pewnych okolicznościach jest to właściwe, a w innych nie. Co ciekawe, jedyną okolicznością, która skłania większość do uznania interwencji za dopuszczalną, jest nieustępnący ból pacjenta. Por. Ezekiel J. Emanuel, Diane Fairclough, Elizabeth Daniels, and Brian Clarridge, „Euthanasia and Physician-Assisted Suicide: Attitudes and Experiences of Oncology Patients, Oncologists, and the Public”, *The Lancet* 347 (1996): 1805-11; and Daniel Callahan, “When Self-Determination Runs Amok”, *Hastings Center Report* 22 (1992): 52-55.

² Nawet dla sędziów Sądu Najwyższego było rzeczą oczywistą, że jedyną okolicznością uzasadniającą przeprowadzenie eutanazji lub MWS występowała wtedy, gdy doświadczający niekontrolowanego bólu pacjent chciał poddać się któremuś z tych zabiegów. Samo „chcenie” nie zostało uznane za dostateczny powód legalizacji eutanazji lub MWS.

[16]:

Artykuł sugeruje następnie, że eutanazja nie jest szczególnie potrzebna dzięki postępom w dziedzinie środków przeciwbólowych. [...] W mojej książce – przyznając, że naukowa medycyna radzi sobie z ocaleniem wielu umierających pacjentów przed ekstremalnym bólem fizycznym – wskazuję, że często nie udaje się jej ocalić ich przed sztuczną, pomroczną egzystencją, z nudnościami, zawrotami głowy i ekstremalnym niepokojem, jak również przed długimi godzinami świadomości swego beznadziejnego stanu. Mój drogi przyjaciel, który zmarł na raka jelita, spędził swoje ostatnie miesiące w takim właśnie stanie – pod wpływem morfiny, która zagłuszała ból, ale nieprzerwanie wymiotując każdego dnia. Pytanie, z którym musimy się zmierzyć, brzmi, czy warto narzucać bezmyślną brutalność takiej egzystencji komuś, kto pragnie położyć jej kres.

(Williams 1958, s. 469)

[17]:

Przypuszczalnie obrońca samobójstwa z pomocą lekarza (SPL) w tym miejscu analizy broniłby swojego poglądu w sposób podobny do następującego. Mówiąc wprost, możemy stwierdzić, że istnieją rodzaje cierpienia psychicznego, w których można przynieść ulgę, nie uciekając się do SPL. Przypuśćmy, że pacjent cierpi na objawy depresji klinicznej, które można złagodzić za pomocą leków albo psychoterapii. Przypuśćmy, że pacjent cierpi na depresję na skutek błędnego sądu o faktach. Załóżmy na przykład, że jest bardziej pesymistycznie nastawiony do konsekwencji leczenia albo do tego, co się będzie wiązać z umieraniem, niż powinien – z któregośkolwiek z wielu powodów. Tego rodzaju cierpienie psychiczne daje się leczyć. Dostępne są inne możliwości, z punktu widzenia pacjenta lepsze niż śmierć. Dlatego też SPL nie jest najbardziej litościwą metodą postępowania z uwagi na tego pacjenta. Stąd, w takich przypadkach, argument z litości upada.

Jednakże nie każde cierpienie psychiczne jest tego rodzaju. Przypuśćmy, że życie, którego pacjent powinien się spodziewać, jest ciężarem, gdy spojrzeć nań z perspektywy podstawowych dla pacjenta wartości. Przypuśćmy, że pacjent ten nie cierpi na depresję, którą można wyleczyć za pomocą środków farmakologicznych lub psychoterapii, i nie popełnił on błędu polegającego na złym osądzie faktów. Nazwijmy ten rodzaj cierpienia podstawową formą cierpienia psychicznego. Zwolennik legalizacji SPL mógłby zapytać: dlaczego nasze problemy z legalizacją SPL miałyby skazywać takiego pacjenta na cierpienie?

Przeciwnik legalizacji SPL mógłby odpowiedzieć, że nasze problemy z zalegalizowaniem SPL niekoniecznie musiałyby skazywać pacjentów, zmagających się z podstawową formą cierpienia psychicznego, na nieszczęśliwe życie. Po pierwsze wielu takich pacjentów mogłoby popełnić samobójstwo bez niczyjej pomocy. Po drugie tacy pacjenci nie są skazani na cierpienie. Mogą zmienić swój system podstawowych wartości.

Zwolennicy legalizacji mają podstawę do sprzeciwienia się tej bezkompromisowej argumentacji. Istotą wolnego społeczeństwa jest szacunek dla podstawowych wartości tworzących je jednostek. Dlatego też, kiedy cierpienie psychiczne pacjenta przybiera podstawowy charakter, zarówno względy litości, jak i szacunku przemawiają za legalizacją SPL. Wydaje się, że jest to jedyna wersja argumentu z litości, która nie została jak dotąd narażona na poważny zarzut.

(Marquis 1998, s. 270-271)

[18]:

Cierpienie – podobnie jak psychiczna udęka – jest pojęciem niejasnym i kontrowersyjnym; nie ma rozpowszechnionego poglądu na to, co stanowi cierpienie. Co za tym idzie, brak porozumienia oraz potwierdzonych standardów, czy też wymiernych narzędzi, którymi mogliby posłużyć się przedstawiciele służby zdrowia przy szacowaniu cierpienia i określaniu jego wielkości. Brak również określonych procedur, które powinno się wdrażać, brak wyraźnego porozumienia co do tego, kiedy odpowiednie środki uśmierzające cierpienie się sprawdzają, a kiedy zawodzą. I wreszcie, potraktowanie cierpienie jako uzasadnienia, właściwie sprowadza się do polegania wyłącznie na tym, czego pacjent chce i czego sobie życzy; uzasadnienie sprowadza się zatem do uzasadnienia opartego na autonomii. Krótka rzecz ujmując, ponieważ istnieje powszechna zgoda na to, że jeśli eutanazja lub MWS są w jakimkolwiek przypadku uzasadnione, to właśnie w przypadku nieusuwalnego bólu, natomiast inne uzasadnienia uważa się za kontrowersyjne i problematyczne.

(Emanuel 1999, s. 631-2)

[19]:

W myśl obecnych projektów ustanowienia mniej lub bardziej sformalizowanej maszyny prawnej w celu udzielania szybkiej i łatwej śmierci, nie wystarczy, aby ci, którzy będą do tego uprawnieni, zdecydowali, że pacjent powinien dla własnego dobra umrzeć. Pacjent musi tę opinię podzielać. Atrakcyjność obecnych projektów w dużej mierze wynika z tej tak zwanej „dobrowolności”.

Ale czy dorosły pacjent rzeczywiście jest w stanie umożliwiającym wyrażenie zgody? Czy naprawdę jest zdolny sprawić, aby eutanazja była aktem „dobrowolnym”?

[...]

Przypuśćmy, że nie będziemy się uciekać do dobrowolnej eutanazji dopóty, dopóki pacjent w efekcie długotrwałego podawania narkotyków nie uodporni się na ich działanie. Kiedy zatem pacjent dokonuje wyboru? W stanie ciężkiego odurzenia? A może na czas podejmowania decyzji należy zaprzestać podawania narkotyków? Lecz skoro silne dawki już nie zagłuszają bólu, w rzeczy samej nie czynią go już znośnym, to jak przemożny będzie on wówczas, gdy zostanie również odjęta nawet ta ulga zapewniana przez narkotyki?

„Kiedy mija znieczulenie, niemal zawsze odnotowuje się nadwrażliwość na ból”¹. Co więcej, „umysłowe skutki uboczne narkotyków, na nieszczęście dla tych, którzy pragną chwilowo je odstawić bez przesadnego dręczenia pacjenta, najwyraźniej utrzymują się dłużej niż sam efekt znieczulający”, i to „przez wiele godzin”². Sytuację dodatkowo komplikuje fakt, że „pacjent w terminalnych stadiach raka, któremu przez tygodnie stale podawano morfinę, będzie z pewnością zależny od niej fizycznie i przypuszczalnie uzależni się od niej, reagując jak nałogowiec”³.

Odsuwając na bok kwestię narkotyków, doktor Benjamin Miller, który zapewne miał osobiście do czynienia z większą ilością bólu niż jakikolwiek inny komentator problemu eutanazji, zauważa:

Każdy, kto był poważnie chory, wie, jak zaburzony stał się jego osąd podczas najgorszych momentów choroby. Ból i toksyczny efekt schorzenia, bądź gwałtowna reakcja na określone zabiegi chirurgiczne, mogą zmienić naszą zdolność do racjonalnego i odważnego myślenia⁴.

Część kandydatów do eutanazji niewątpliwie będzie miała chwile przytomności. Niełatwą kwestią pozostaje wszak to, jak odróżnić ich od tych chorych, którzy nie będą mieć takowych, albo jak odróżnić te przypadki od innych, kiedy to pacjent dokonuje osądu irracjonalnego.

¹ Goodman i Gilman, *The Pharmacological Basis of Therapeutics*, (2. wyd., 1955), s. 235. Identycznie: Seevers i Pfeiffer, *A Study of the Analgesia, Subjective Depression and Euphoria Produced by Morphine, Heroin, Dilaudid and Codeine in the Normal Human Subject*, „Journal of Pharmacological and Experimental Therapy”, 56 (1936), s. 166, 182, 187

² Sharpe, *Medication as a threat to Testamentary Capacity*, „N. Carolina Law Review”, 35 (1957), s. 380, 392, a także cytowane tam autorytety medyczne. W wypadku ACTH lub terapii kortyzonowej sytuację komplikuje fakt, że „częsty wzorzec wyzdrowienia” z psychoz wywoływanych przez taką terapię polega „na pojawianiu się przeblysków świadomości o rosnącej częstotliwości i czasie trwania, przerywanych nawrotami psychotycznego zachowania” (Clark et al., *Further Observations on Mental Disturbances Associated with Cortisone and ACTH Therapy*, „New England Journal of Medicine”, 249 (1953), s. 178, 183).

³ Sharpe, op. cit. Goodman i Gilman zauważają, że podczas gdy „różne jednostki wymagają różnych okresów czasu zanim powtarzające się podawanie morfiny wywołuje tolerancję [...] z reguły [...] po około dwóch lub trzech tygodniach ciągłego podawania tej samej dawki alkaloidu standardowe objawy depresyjne już więcej się nie pojawiają”, skutkiem czego „można zażywać niezwykle wysokie dawki” (Op. cit., s. 234). „Naturę uzależnienia” omawiają Maurer i Vogel, *Narcotics and Narcotic Addiction* (1954), s. 20-31.

⁴ *Why I Oppose Mercy-Killing*, „Woman’s Home Companion” (czerwiec 1950), s. 38, 103.

[...]

Założenie, dla potrzeb argumentu, że można z całą pewnością stwierdzić, iż kandydat do eutanazji ma wystarczająco jasny umysł, i że właśnie wtedy pojawia się żądanie eutanazji, nie uwalnia nas wszak od innych problemów. Umysł torturowanego bólem pacjenta może być od czasu do czasu jasny, ale czy nie jest prawdopodobne, że będzie również niepewny i zmienny?

[...]

Pojęcie „dobrowolności” w wypadku dobrowolnej eutanazji miałoby znacznie więcej treści, jeśli, jak ma to miejsce w wypadku przepisów o dobrowolnym zgłaszaniu się na leczenie osób umysłowo chorych, pacjent zachowałby prawo do zmiany decyzji w przeciągu określonej liczby dni po sporządzeniu pisemnego wyrazu swej woli – lecz jest to, niestety, niemożliwe. W wypadku eutanazji decyzja jest, rzecz jasna, nieodwołalna.

[...]

Jeśli zgoda zostaje wyrażona wtedy, gdy stan pacjenta tak bardzo się pogorszył, że stał się on odpowiednim kandydatem do eutanazji, to kiedy, jeśli w ogóle, ma być ona „jasna i niedwuznaczna”? Czy sugerowana alternatywa w postaci uprzedniej zgody to zadowalające rozwiązanie? Czy zgodę taką można uznać za w pełni świadomą? Czy taka sytuacja bardzo różni się od przymuszenia kogoś do realizacji niegdyś wyrażonego zamiaru, że jeśli pojawia się taka to a taka oferta pracy, to ją zaakceptuje, albo że jeśli zjawi się taka to a taka młoda kobieta, wówczas pojmie ją za żonę? Czy wymaga szczególnego uzasadnienia teza, że w obliczu konkretnych faktów ignoruje się wiele niezdecydowanych, chwiejnych zamierzeń?

Profesor Williams twierdzi, że gdy życzenie „ostatecznej eutanazji”, wypowiedziane przez chorego, zanim zacznie go nękać ból, zostanie „potwierdzone pod działaniem bólu”, „będzie to najlepszym dowodem zupełnej zgody”. Być może. Ale co, jeśli będzie ono pod wpływem bólu na przemian odwoływane i potwierdzane? Co, jeśli nie zostanie ani odwołane, ani potwierdzone? A co, jeśli tylko odwołane? Czy lekarz będzie miał swobodę dalszego działania na tej podstawie, że uprzednie życzenie było „racjonalne”, zaś obecne jest „irracjonalne”? Czy w myśl projektu Williamsa lekarz nie będzie często „stąpał po krawędzi prawa” – dokładnie tak, jak czyni to obecnie? Czy dzięki temu projektowi naprawdę osiągniemy coś więcej niż przelanie zasad eutanazji na papier?

(Kamisar 1970, s. 459-460)

[20]:

Pierwszy zarzut Kamisara, przedstawiony pod szyldem „wyboru”, głosi, że w bolesnych i zabójczych chorobach nie może być mowy o prawdziwie dobrowolnej eutanazji. Usiłuje on nadzieć zwolenników eutanazji na stary dylemat. Albo ofiara jeszcze nie cierpi, w którym to wypadku jej zgoda jest po prostu nieświadoma i przedterminowa – a nie można się zobowiązać umownie do bycia zabitym w przyszłości – albo też jest oszalała z bólu i oszołomiona narkotykami, w którym to wypadku nie ma trzeźwego umysłu. [...] O ile rozumiem stanowisko Kamisara, w rzeczywistości nie upiera się on przy tym zarzucie. Lakonicznym „być może” wydaje się zgadzać się ze mną, choć niechętnie, że są takie wypadki, w których można się upewnić co do zgody pacjenta. Ale porzuciwszy w ten sposób swoje własne stanowisko, przechodzi z kolei do innego horrendum – że pacjent może wyrazić zgodę jedynie po to, aby uwolnić swoich krewnych od kłopotów związanych z opieką nad nim.

W tej nowej kwestii odwzajemnię Kamisarowi komplement, mówiąc: „być może”. Z pewnością znajdujemy się na takim terenie, gdzie żadne rozwiązanie nie uczyni spraw łatwymi i przyjemnymi dla każdego, i gdzie można spodziewać się wszelkich kłopotów. Nie da się jednak uniknąć tych kłopotów przez kurczowe trzymanie się obecnego prawa, wszak już cierpimy z ich powodu. Jeśli pacjent, odczuwający ból w terminalnej chorobie, pragnie eutanazji częściowo z powodu bólu, a częściowo, ponieważ widzi, jak jego najbliżsi załamują się pod ciężarem opieki nad nim, to nie rozumiem, jak ta jego decyzja, choć bardzo bolesna, miałaby koniecznie dyskredytować albo samego pacjenta, albo jego krewnych. Faktem jest – czy chodzi o pacjenta, czy o jego krewnych – że istnieją granice ludzkiej wytrzymałości.

(Williams 1958)

[21]:

Pełnej odpowiedzi na pierwszy zarzut musiałyby prawdopodobnie udzielić lekarz, ponieważ laikowi w kwestiach medycznych trudno byłoby oszacować liczbę pacjentów, którzy wyraziliby prośbę o poddanie się eutanazji i kwalifikowaliby się do przeprowadzenia na nich tego zabiegu. Wystarczy jednak dla naszych doraźnych celów, jeśli weźmiemy pod uwagę dwie kwestie. Po pierwsze, spośród osób, które osiągnęły wiek średni i postanowiły nie przykrywać własnej wrażliwości jakimś nieprzenikalnym pancierzem dogmatu, niewiele jest takich, które nie pamiętałyby z własnego doświadczenia przynajmniej jednego przypadku kogoś, kto pragnął poddać się eutanazji – nawet jeśli ich doświadczenie sięga jedynie czasów pokoju¹. Jeśli to stwierdzenie jest poprawne, a do uznania je za takie skłaniają mnie moje badania, to całkowita liczba osób wyrażających chęć uzyskania wcześniejszej śmierci musi być znaczna. Po drugie, choć potrzeba umożliwienia legalizacji staje się tym pilniejsza, im większa staje się liczba ludzi, których poruszany tu problem osobiście dotyczy, chciałbym ze swej strony podkreślić, że w dalszym ciągu sprawa miałaby ogromne znaczenie także wtedy, gdyby zaledwie jedna osoba, która wołałaby szybciej umrzeć, była zmuszona przechodzić przedłużającą się agonię.

(Flew 1969, s. 228)

¹ Niniejszy tekst pochodzi z lat 60. minionego stulecia, opublikowany został w: A. B. Downing (red.), *Euthanasia and the Right to Death*, Nash Publishing, Los Angeles 1969 (przyp. A.T.).

[22]:

Szacuję, że każdego roku w przybliżeniu od 5 do 25 tysięcy pacjentów – spośród 2,3 miliona umierających Amerykanów – może doświadczać wyraźnego procesu umierania, odczuwać przy tym znaczny i nieprzemijający ból, życzyć sobie eutanazji lub MWS i odznaczać się takim poziomem zdolności decyzyjnych, który pozwala wielokrotnie domagać się i wyrazić zgodę na eutanazję lub MWS. (To pomiędzy 0,5 a 2,5 procenta z miliona osób, które doświadczą procesu umierania i są na tyle kompetentne, aby domagać się eutanazji lub MWS. Szacunek ten opiera się na połączeniu informacji o 5 procentach pacjentów, którzy odczuwają nieustępujący ból pomimo optymalnej opieki paliatywnej z informacją, że spośród pacjentów odczuwających ból, eutanazji lub MWS chce tylko 10 do 50 procent).

Odsetek umierających pacjentów, którzy mogliby skorzystać na legalizacji eutanazji lub MWS można też obliczyć na podstawie danych pochodzących z Holandii. Metoda ta uwzględnia dwa parametry: (1) odsetek wszystkich zmarłych, którzy skorzystaliby z eutanazji lub MWS oraz (2) odsetek tych, którzy by to zrobili ze względu na nieustępujący ból. Punkt 1: Zgodnie z najświeższymi danymi około 2,4 procenta zmarłych Holendrów doświadczyło wyraźnego procesu umierania, było na tyle kompetentnych, aby domagać się eutanazji lub MWS oraz zmarło w wyniku eutanazji lub MWS¹. Punkt 2: Zgodnie z tymi samymi danymi jedynie w jednej trzeciej przypadków odczuwanie bólu w jakikolwiek sposób wpłynęło na decyzję pacjenta o poddaniu się eutanazji lub MWS. Holenderskie dane, między innymi te właśnie przytoczone, wskazują, że najwyżej w 11 procentach przypadków ból był jedynym bądź dominującym powodem poddania się eutanazji lub MWS². Ostatnie badania przeprowadzone w Stanach Zjednoczonych także wskazują, że ból odgrywa stosunkowo niewielką rolę przy podejmowaniu decyzji o poddaniu się eutanazji lub MWS³. Na podstawie wywiadów przeprowadzonych z lekarzami można stwierdzić, że ból stanowi czynnik motywujący dla pacjentów domagających się eutanazji lub MWS jedynie w około jednej trzeciej przypadków. Ostatnie obserwacje lekarzy wskazują, że bólu doświadcza 24 procent pacjentów poddających się eutanazji i 54 procent pacjentów decydujących się na MWS. Z powyższych danych wynika, że jeśli eutanazja lub MWS zostałyby zalegalizowane, to mniej niż 20 tysięcy Amerykanów mogłoby się im poddać ze względu na nieustępujący ból. (Wyliczenie opiera się na tym, że

¹ Por. Gerrit van der Wal and Paul J. van der Maas, *Euthanasie en Andere Medische Beslissingen Rond Het Levensende – De Praktijk en de Meldingsprocedure* (The Hague: Staatsuitge-Ver., 1996); and van der Maas, van der Wal, Haverkate, et al., “Euthanasia, Physician-Assisted Suicide, and Other Practices Involving the End of Life”. W Holandii w 1995 roku 3,4 procent pacjentów zmarło w wyniku eutanazji lub MWS. Jednak 0,7 procenta pacjentów nie wyraziło na to zgody, ponieważ nie byli zdolni do podjęcia decyzji, w 0,3 procenta chodziło o ludzi, którzy nie byli terminalnie chorzy (czyli nie chodziło o pacjentów, którzy by mieli przed sobą najwyżej sześć miesięcy życia). A zatem 2,4 procent ludzi, którzy zmarli w Holandii i znajdowali się w stanie terminalnym, zgodziło się na eutanazję lub MWS.

² Por. Paul J. van der Maas, Johannes J. M. van Delden, Loes Pijnenborg, Casper W. N. Looman, *Euthanasia and Other Medical Decisions Concerning the End of Life*, “The Lancet” 338 (1991): 669-74; M. T. Muller, G. van der Wal, J. Th. M. van Eijk, M. W. Ribbe, *Voluntary Active Euthanasia and Physician-Assisted Suicide in Dutch Nursing Homes: Are the Requirements for Prudent Practice Properly Met?*, “Journal of the American Geriatric Society” 42 (1994): 624-29.

³ Por. Anthony L. Back, Jeffrey I. Wallace, Helene E. Starks, Robert A. Perlman, *Physician-Assisted Suicide and Euthanasia in Washington State: Patient Requests and Physicians Responses*, “Journal of American Medical Association” 275 (1996): 919-25; Diane E. Meier, Carol-Ann Emmons, Sylvan Wallenstein, Timothy Quill, R. Sean Morrison, Christiane K. Cassel, *A National Survey of Physician-Assisted Suicide and Euthanasia in the United States*, “New England Journal of Medicine” 338 (1998): 1193-1201.

2,4 procenta wszystkich umierających w Stanach Zjednoczonych to 55 tysięcy osób, a jedna trzecia z tej liczby to mniej niż 20 tysięcy).

Wyniki uzyskane dzięki tym dwóm różnym, choć uproszczonym, sposobom wyliczeń, przekonują mnie, że legalizacja eutanazji lub MWS przyniosłaby korzyść – w postaci uśmierzania nieprzemijającego i dręczącego bólu – najwyżej 25 tysiącom z 2,3 miliona umierających co roku Amerykanów⁴.

(Emanuel 1999, s. 633-5)

⁴ Rzeczywiste korzyści z legalizacji eutanazji byłyby nawet mniejsze, ponieważ wiadomo, że niektórzy poddają się eutanazji lub MWS, mimo iż są one nielegalne. Nie wiadomo, ile zgonów nastąpiło w wyniku eutanazji lub MWS.

[23]:

Nie sposób nie brać pod uwagę tego, jak omylny musi być *przeciętny* lekarz rodzinny, jak omylny musi być *młody lekarz, który dopiero co rozpoczyna praktykę* – a, rzecz jasna, jest to wszystko, czym dysponują niektóre małe społeczności w zakresie opieki medycznej – jak omylny musi być *najgorszy*, stary czy młody lekarz rodzinny. Jeśli skala umiejętności i rozsądku wśród licencjonowanych lekarzy zbliża się do szerokiej przepaści między najlepszymi i najgorszymi członkami tej profesji – a nie mam powodu sądzić, że tak nie jest – wówczas lekarz o nikłych kompetencjach nie jest kimś, komu należałoby powierzać odpowiedzialność za zakończenie życia drugiego człowieka¹. Mimo to, przynajmniej zgodnie z projektem Williamsa, marny lekarz, tak samo, jak jego bardziej wybitni koledzy, byłby z mocy prawa upoważniony do podejmowania takich właśnie decyzji. Zgodnie z projektem Williamsa, poddawanie pacjentów eutanazji byłoby częścią rutynowego dnia pracy.

Nie będzie chyba od rzeczy dodać, tytułem uwagi końcowej, że nawet tak wielki zwolennik eutanazji, jak doktor C. Killick Millard, pokładał tak niewielką wiarę w przeciętnego lekarza rodzinnego, że co się tyczy *samego wymierzenia coup de grâce*, zauważył:

Aby zapobiec jakiegokolwiek możliwości fuszerstwa, byłoby niezbędne, aby do wykonywania eutanazji zostali dopuszczeni jedynie ci lekarze, którzy uzyskają (po zdobyciu specjalistycznej wiedzy i umiejętności) specjalną licencję na eutanazję. Jest całkiem możliwe, że zadanie to zostałyby w większości oddane w ręce oficjalnych eutanastów, których należałoby mianować odrębnie dla każdej dziedziny².

To prawda, że w chorobach nowotworowych odsetek prawidłowych diagnoz jest szczególnie wysoki. Krótka odpowiedź brzmi wszelako tak, że zwolennicy eutanazji najwyraźniej nie proponują, aby ograniczyć zabijanie z litości do przypadków raka. Doktor Millard utrzymywał, że „prócz raka jest bardzo wiele chorób, które zabijają «po trochu», i w których śmierć, gdy wreszcie przychodzi na ratunek, jest spowodowana bólem i wyczerpaniem”³. Co więcej, jeśliby nawet ograniczyć zabójstwo z litości do nowotworów, jakkolwiek relatywnie trafna byłaby w tych przypadkach diagnoza, to tutaj również „nieuleczalność choroby jest ledwie co tylko szacunkiem opartym na doświadczeniu, a z tego, jak zwodnicze bywa doświadczenie w medycynie, w pełni zdają sobie sprawę tylko ci, którzy mają olbrzymie doświadczenie [...]”⁴.

(Kamisar 1970, s. 460)

¹ W kwestii tego, jak kiepscy mogą być lekarze, zob. Belli, *Modern Trials*, tom 3 (1954) §§ 327-53. Zob. także Regan, *Doctor and Patient and the Law* (3. wyd., 1956), s. 17-40.

² *The Case for Euthanasia*, „Fortnightly Review”, 136 (1931), s. 701-717. Zgodnie z proponowanymi przez siebie zabezpieczeniami (dwaj niezależni lekarze, a po nich „sędzia medyczny”) doktor Millard postrzegał błąd w diagnozie jako „odległą możliwość”, która nie powinna nas powstrzymywać (Ibid.).

³ Op. cit., s. 702.

⁴ Frohman, *Vexing Problems in Forensic Medicine: A Physician's View*, „N.Y.U. Law Review” 31 (1956), s. 1215, 1216. Doktor Frohman dodał: „Wykonujemy nasz zawód za pomocą narzędzi i informacji uzyskanych przez naukowców i w laboratoriach, ale chory pacjent nie poddaje się kontroli doświadczalnej, nie można też zawsze przewidzieć jego reakcji. Dobry lekarz posługuje się narzędziami naukowymi zawsze, gdy są one użyteczne, ale w bardzo wielu wypadkach najlepsze rezultaty dają intuicja, odmiana i wiara”.

[24]:

Fałszywa diagnoza jest tylko jednym z powodów błędu. Nawet jeśli diagnoza okaże się prawdziwa, drugi powód błędu wynika z możliwości pojawienia się jeszcze za życia pacjenta jakiegoś leku zapewniającego ulgę, jeśli nie całkowite wyleczenie. Jako że Glanville Williams raczy łaskawie uznać, że ten zarzut przeciwko eutanazji zasługuje jedynie na marginalną wzmiankę, gdzie indziej należy sprawdzić, jak można go odeprzeć. Jedną z odpowiedzi brzmi tak: „Dla człowieka powoli umierającego na stwardnienie rozsiane, niewielkim pocieszeniem musi być myśl, że za piętnaście lat śmierć może nie być jego jedyną nadzieją”¹.

Przedstawienie problemu w taki sposób to, rzecz jasna, całkowity unik. Skąd możemy wiedzieć, że za piętnaście dni lub piętnaście minut „śmierć może nie być jedyną nadzieją” nieuleczalnie chorego?

Druga odpowiedź brzmi tak: „Żaden lek na raka, jaki można by odkryć «jutro», nie miałby żadnej wartości dla mężczyzny czy kobiety «tak dalece zaawansowanych w zatruciu nowotworowym, aby stać się kandydatami do eutanazji»”².

Jak postaram się wykazać, pogląd ów jest znacznie łatwiej sformułować niż zastosować w praktyce. Po pierwsze, zakłada on, że wiemy dzisiaj, jakie leki zostaną odkryte jutro. Po drugie, ignoruje fakt, że jeśli istnieją takie przypadki, to pacjent jest prawdopodobnie tak dalece zaawansowany w zatruciu nowotworowym, że nie jest już w stanie zrozumieć swoich czynów, a więc znajduje się już poza stadium, w którym można zastosować eutanazję.

Trzydzieści sześć lat temu, ówczesny przewodniczący Amerykańskiego Towarzystwa Zdrowia Publicznego, doktor Haven Emerson, zauważył, że „nikt nie potrafi powiedzieć dziś, co będzie nieuleczalne jutro. Zanim medycyna stanie się zastygła i bezpłodna, nikt nie może przewidzieć, która choroba okaże się śmiertelna lub trwale nieuleczalna”. Doktor Emerson posunął się nawet do tak dalece idącego stwierdzenia, że „aby w ogóle zachować ścisłość, powinniśmy całkowicie porzucić termin «nieuleczalność» i zastąpić go terminem w rodzaju «choroba przewlekła»”³.

Aby uzasadnić swoje twierdzenie, doktor Emerson nie musiał się w tym czasie cofać dalej niż o dekadę. Zanim Banting i Best odkryli insulinę, wielu cukrzyków było z góry straconych. Zanim Whipple’a, Minota i Murphy’ego metoda leczenia niedokrwistości złośliwej za pomocą wyciągu z wątroby, uczyniła z niej stosunkowo niegroźną dolegliwość, wielu chorych na nią uznawano za przypadki „beznadziejne”. Zanim ujawniono zastosowania para-aminobenzeno-sulfonamidu, pacjent z rozległym paciorkowcowym zakażeniem krwi był skazany na śmierć.

Dzisiaj możemy uzasadnić identyczne twierdzenie nawet w odniesieniu do najbardziej bezwzględnej spośród chorób, raka, i nie musimy w tym celu oglądać się wstecz dalej niż o dwie dekady badań w tej dziedzinie. To prawda, że wiele odmian raka, mimo naszych mozolnych wysiłków, aby je powstrzymać, wciąż rozwija się praktycznie bez przeszkód. Nieustannie rośnie jednak liczba nowotworów dających się w pewnym stopniu kontrolować. Skoro medycyna naciera na tak wielu frontach, atakując tak wieloma broniami, któż postawiłby życie człowieka przeciw temu, kiedy i w jaki sposób ustąpi, choćby tylko trochę, kolejna odmiana raka? Rzecz jasna, przedmiotem zakładu nie byłaby tu większa ilość życia, jako że nawet w tych obszarach, gdzie odnotowano zyski, nie „ratuje” się życia, lecz tylko opóźnia zgon.

¹ *Pro & Con: Shall We Legalize „Mercy-Killing?”*, “Reader’s Digest” (listopad 1938), s. 94, 96.

² James, *Euthanasia – Right or Wrong?*, “Survey Graphic” (maj 1948), s. 241, 243; Woolbarst, *The Doctor Looks at Euthanasia*, “Medical Record”, 149 (1939), s. 354, 355.

³ Emerson, *Who Is Incurable? A Query and Reply*, “New York Times” (22 października 1933), § 8, s. 5, kol. I.

W pewnym sensie jest tak w wypadku każdego „leku” na dowolną przypadłość. Można jednak przekonywać, że mimo wszystko zachodzi ogromna różnica między typowym „lekiem”, który zapewnia mniej lub bardziej bezterminowe odroczenie, a lekarstwem na raka, które skutkuje tylko krótką, by tak rzec, intermisją – rzadko kiedy trwającą dłużej niż sześć miesięcy lub rok. Czy to naprawdę wystarczająco długo, aby usprawiedliwiać całą fatygę?

No cóż, a ile to jest wystarczająco długo? W wielu niedawnych wypadkach leczenia raka, pacjent, mimo że doświadczywszy jedynie przejściowej ulgi, zaznał wystarczającej poprawy, aby odzyskać swoje miejsce w społeczeństwie. Sześć, dwanaście lub osiemnaście miesięcy to wystarczająco długo, aby zrobić większość spośród rzeczy, które uzasadniają społecznie naszą egzystencję, czyż nie? To wystarczająco długo dla pielęgniarki, aby mogła zaopiekować się kolejnymi pacjentami, dla nauczycielki, aby mogła przekazać wiedzę kolejnym uczniom, dla sędziego, aby mógł wydać znakomite orzeczenie, dla powieściopisarza, aby mógł napisać inspirującą książkę, dla naukowca, aby mógł dokonać ważnego odkrycia i, mimo wszystko, dla robotnika fabrycznego, aby mógł zamocować koła na nowym modelu Cadillaca. [...]

(Kamisar 1970, s. 461-2)

[25]:

Kolejny zarzut autora opiera się na możliwości błędnej diagnozy. Istnieje wiele powodów, dla których nie da się dokładnie zmierzyć tego ryzyka – jeden spośród nich taki, że nie ma pewności, jak wiele użytku faktycznie zrobiono by z proponowanej ustawy o eutanazji. W pewnym miejscu swojego artykułu autor zdaje się wątpić, czy ustawa w ogóle uczyniłaby wiele dobrego, ponieważ nie wiadomo, czy będzie się z niej korzystać. („To, czy lekarz rodzinny zaakceptuje odpowiedzialność, jaką chce mu powierzyć Williams, jest samo w sobie problemem o znacznych rozmiarach”)¹. Później jednak artykuł próbuje wycisnąć maksymalną ilość niepokoju z całej tej sytuacji, zakładając, że z ustawy korzystać będą wszyscy bez wyjątku – młodzi lekarze, którzy dopiero zaczynają praktykę, a także długoletni lekarze, którzy posiadają nikłe kompetencje. W związku z tym autor dość szczegółowo omawia przykłady błędnej diagnozy w raku i innych chorobach. Zgadzam się z nim, że w każdym konkretnym wypadku przed podjęciem decyzji o eutanazji należy rozważyć ryzyko błędnej diagnozy². Wszystko, co zostało powiedziane w artykule, byłoby przeto jak najbardziej relewantne, kiedy dwaj lekarze, o których piszę w moim projekcie, dokonywaliby konsultacji w kwestii eutanazji; możliwość błędu można by wówczas z pełną stanowczością przedstawić samemu pacjentowi. Ale czy te medyczne kwestie mają jakikolwiek istotny związek z dyskusją prawną?

(Williams 1958, s. 467)

¹ Ibid., s. 984.

² Ibid., s. 996.

[26]:

Rzecz jasna, jakieś nowe odkrycie w medycynie, dające możliwość remisji lub wyleczenia, prawie natychmiastowo położy kres zabójstwom z litości w konkretnej grupie wypadków, których będzie dotyczyło odkrycie. Z drugiej strony, odkrycie to nie może wpłynąć na pacjentów, którzy już zmarli z powodu choroby. Argument oparty na błędnej diagnozie dotyczy zatem tylko tych pacjentów, którzy zostali litościwie uśmierceni na krótko przed tym, gdy udostępniono odkrycie do stosowania. Argument głosi, że takie osoby zostały „zabite z litości” niepotrzebnie, ponieważ jeśli lekarz zaczekałby odrobinę dłużej, zostałyby wyleczone. Z powodu tego ryzyka dla tego śladowego ułamka całkowitej liczby pacjentów, mamy, rok po roku, zostawiać umierających w bólu pacjentów samym sobie, wbrew ich błaganiom, aby położyć temu kres.

Właściwie, jak realne jest to ryzyko? Kiedy ogłasza się jakieś nowe odkrycie w medycynie, upływa zwykle pewien czas, zanim zostaje ono przetestowane wystarczająco, aby uzasadnić produkcję leku na wielką skalę lub szkolenie w nowych technikach. Jest to okres ostrzegawczy, kiedy eutanazja w określonej klasie wypadków najprawdopodobniej i tak zostałaby wstrzymana. Jest zatem całkiem prawdopodobne, że kiedy nowe odkrycie stanie się dostępne, praktykowanie eutanazji w rzeczywistości nie wykaże w tym względzie żadnych błędów.

(Williams 1958)

[27]:

Zarzut ten jest trudniejszy do odparcia. Tej formie zarzutu bowiem można przyporządkować dwa radykalnie odmienne rodzaje interpretacji. Łatwo jednak i dość powszechnie przechodzi się od jednej interpretacji do drugiej i z powrotem, zupełnie niechcący.

Mówiąc wprost: taki zarzut mógłby zostać sformułowany przez kogoś, czyja uwaga sprowadzała się do tego, że stwierdzenia dotyczące nieuleczalności – a to już jest kwestia czysto przygodnego faktu – są tak niepewne, że nikt nie powinien być pewien lub też utrzymywać, iż o kimkolwiek wie, że ta osoba cierpi na nieuleczalne schorzenie. To stwierdzenie mogłoby zostać odpowiednio poparte przez wskazanie na rzekomy fakt, iż sądy typu: „ten przypadek jest beznadziejny, i tyle” o wiele częściej okazywały się błędne niż sądy typu, przykładowo: „ten pacjent w pełni wyzdrowieje, pod warunkiem, że przejdzie stosowną operację”. Sensowność tej uwagi naiwnego przeciwnika mogłaby zostać potwierdzona albo zdecydowanie zanegowana, tylko przez odwołanie się do badań statystycznych mówiących o rzeczywistym względnym stopniu wiarygodności i braku wiarygodności różnego rodzaju orzeczeń lekarskich. Tak więc dopóki faktycznie nie przeprowadzi się takich badań statystycznych oraz dopóki nie pokaże się, że ich rezultaty wiążą się z problemem eutanazji w sposób, jaki się sugeruje, nie ma tutaj żadnego dobrze uzasadnionego i kategorycznego zarzutu, z którym musielibyśmy się zmierzyć.

Ale oprócz tej pierwszej, w prosty sposób odnoszącej się do empirii, interpretacji [stwierdzenia, że nikt nigdy nie może być pewien, że stan jakiegokolwiek pacjenta jest rzeczywiście beznadziejny – uzup. AT] jest jeszcze druga interpretacja całkiem innego rodzaju. Załóżmy, że ktoś wskazuje na przypadek – z całą pewnością mógłby to przecież uczynić – pewnego pacjenta, o którego stanie wszyscy lekarze orzekli, iż jest beznadziejny, pacjent jednak odzyskuje zdrowie, czy to w rezultacie zastosowania nowego lekarstwa otrzymanego dzięki szybkiemu i nieprzewidzianemu postępowi wiedzy medycznej, czy też dzięki temu, że natura w sposób niespodziewany zmieniła swój bieg. Ten szczęśliwy, ale dający do myślenia rezultat z pewnością pokazałby, że lekarze, których to dotyczy, w tym przypadku się mylili; a w związku z tym, że chociaż otwarcie stwierdzili, iż wiedzą, że stan pacjenta jest nieuleczalny, tak naprawdę tego nie wiedzieli. Istnieje pokusa, aby mylnie uważać, iż takie błędy świadczą o tym, że nikt nigdy [niczego – uzup. A.T.] nie wie naprawdę.

[...]

Po pierwsze, o ile zarzut jest wyłącznie natury metafizycznej i dotyczy problemu możliwości prawdziwej wiedzy, ma on zastosowanie absolutnie ogólne – albo zgoła żadne. Jest czymś arbitralnym i sprzecznym ze zdrowym rozsądkiem ograniczanie jego zasięgu do zasady dobrowolnej eutanazji. Jeżeli lekarze nigdy niczego nie wiedzą naprawdę, przypuszczalnie nie mamy żadnego interesu w tym, by zbyt polegać na jakichkolwiek wydawanych przez nich orzeczeniach. I jeśli, z tych samych powodów natury metafizycznej, nie istnieje żadna wiedza, którą można by w ogóle kiedykolwiek mieć, wówczas wszyscy jesteśmy w jednakowym położeniu, co się tyczy wszystkiego. Jakkolwiek by się ta kwestia nie przedstawiała, nie ma ona w sposób szczególny nic wspólnego ze sprawami praktycznymi, którymi obecnie się zajmujemy.

Po drugie, kiedy zarzut przybiera formę udawanej odmowy podjęcia jakiegokolwiek decyzji w sprawach życia i śmierci na podstawie sądu, który teoretycznie mógłby się okazać chy-

biony, jest on równie nierealistyczny i arbitralny [jak wówczas, gdy ogranicza się jego zasięg do zasady dobrowolnej eutanazji – uzup. AT]. Czymś innym jest twierdzenie, że orzeczenia lekarskie stwierdzające nieuleczalność danej choroby są szczególnie zawodne (załóżmy, że mielibyśmy wykazać słuszność tej sugestii), a czymś zupełnie innym – twierdzenie, że jest rzeczą niewłaściwą podejmować ważne decyzje na podstawie pewnego rodzaju orzeczeń, które albo z zasady są zawodne, albo też niekiedy okazują się w rzeczywistości błędne. Jest nieodłącznym aspektem ludzkiej kondycji, że nikt nie jest w żadnej sprawie nieomylny; nie ma takiej sfery życia, w której nie roiłoby się od błędów. Mimo to jako podmioty działania nie możemy uniknąć, nawet w sprawach życia i śmierci, nieraz zaś więcej niż życia i śmierci, podejmowania decyzji o działaniu lub powstrzymaniu się od działania. Jest jedynie konieczne i jedynie możliwe żądać zwyczajnie ścisłych standardów uzasadnionej stwierdzalności i zwyczajnie, a nie przesadnie rygorystycznych kryteriów tego, co nie podlega uzasadnionemu wątpieniu.

To oczywiście oznacza, że błędy niekiedy będą popełniane. Jest to praktyczne następstwo niekwestionowanego faktu, że nieomylność, dla nas ludzi, nie wchodzi w grę. Próba zlekceważenia naszej omylności wskazuje na postawę nierealistyczną, podczas gdy upieranie się przy tym, by pamiętać o niej tylko w kontekście pytania o dobrowolną eutanazję, oznacza postawę arbitralną. Nie świadczy o poczuciu rzeczywistości, ani nie przynosi zaszczytu, próba pozbycia się niedającego się uniknąć bagażu praktycznej odpowiedzialności, próba polegająca na tym, iż najpierw stwierdza się, że nigdy tak naprawdę *nie wiemy*, a potem się udaje, że decyzja o zaniechaniu działania jest w jakimś sensie decyzją, która nas zwalnia z całej właściwej odpowiedzialności za skutki.

(Flew 1969, s. 230-232)

[28]:

Nacisk na pacjenta wywiera najczęściej jego rodzina, kierując się albo względami finansowymi, albo ciężarem związanym z koniecznością zapewniania mu opieki. Niestety tak naprawdę brak wiarygodnych danych, które pozwoliłyby ustalić, ilu spośród umierających pacjentów może być przymuszanych do poddania się eutanazji lub MWS. Istnieją opisy przypadków, w których pojawia się nadmierny nacisk, takich jak przypadek DeLury z Nowego Jorku, gdzie mąż został skazany za zmuszanie do zakończenia życia żony cierpiącej na zaawansowane stwardnienie rozsiane. Na podstawie jego własnych pamiętników ustalono, że jego motywem było pragnienie uwolnienia się od ciężaru, jaki stanowiła dla niego opieka nad żoną. Istnieją również dane, które wskazują, że przymus może też wynikać ze względów finansowych. Badania SUPPORT wykazały, że w 24 procentach przypadków rodziny terminalnie chorych pacjentów poświęciły większość lub wszystkie swoje oszczędności na opłacenie kosztów opieki medycznej¹. Co więcej, wraz ze swoimi współpracownikami, w niepublikowanych jeszcze badaniach, ustaliłem, iż 8,6 procenta opiekunów właśnie zmarłych pacjentów stwierdzało, że opieka medyczna stanowiła dla rodziny „ogromne ekonomiczne obciążenie”². Co prawda brak danych dowodzących, że presja ekonomiczna związana z chorobą implikuje przymuszanie pacjentów do poddania się eutanazji lub MWS, niemniej istnieją dane, które wskazują, że sama ta presja – niezależnie od czynników zdrowotnych, takich jak stopień zaawansowania choroby czy niepełnosprawność fizyczna – wpływa na członków rodziny, którzy w takich okolicznościach nie zabiegają o poddanie swoich umierających krewnych procedurom podtrzymującym życie³. I chociaż nie ma danych, które by mówiły, jak wiele żądań eutanazji i MWS pojawia się pod naciskiem rodziny w związku z obciążeniami finansowymi, to stwierdziłmy, że owe obciążenia stanowiły kluczowy motyw w 7,9 procenta rzeczywistych przypadków eutanazji i MWS w Stanach Zjednoczonych⁴. Aby zrozumieć wpływ presji finansowej na chęć poddania się eutanazji lub MWS, aby się dowiedzieć, czy prowadzi ona do wymuszania przez rodzinę na pacjencie decyzji o poddaniu się eutanazji lub MWS, trzeba przeprowadzić więcej badań. Istniejące dane wskazują, iż taka presja może się pojawić i wpływać na decyzje dotyczące zakończenia życia.

Wymuszanie decyzji o poddaniu się eutanazji lub MWS, niezależnie od obciążeń finansowych, może się wiązać ze znaczną odpowiedzialnością, jaką nakłada na rodzinę opieka nad terminalnie chorym pacjentem. Badania SUPPORT wykazały na przykład, że w 34 procentach rodzin umierający pacjent potrzebuje znacznej pomocy ze strony opiekuna⁵. Ustaliliśmy, że ponad jedna trzecia terminalnie chorych pacjentów zgłaszała, że potrzebuje w znacznym lub umiarkowanym stopniu opieki pielęgniarskiej, osobistej, pomocy w transporcie i prowadzeniu domu, z czego 16,3 procenta pacjentów potrzebowało opieki w stopniu znacznym.

¹ Kenneth E. Covinsky, Lee Goldman, E. Francis Cook, et al., *The Impact of Serious Illness on Patients' Families*, "Journal of American Medical Association" 272 (1994): 1839-44.

² E. J. Emanuel, D. Fairclough, J. Slutsman, E. Omandsun, L. L. Emanuel, *Commonwealth-Cummings Project on Quality of Life and the End of Life* (unpublished manuscript).

³ Kenneth E. Covinsky, C. Seth Landefeld, Joan Teno, et al., *Is Economic Hardship on the Families of the Seriously Ill Associated with Patient and Surrogate Care Preferences?*, "Archives of Internal Medicine" 156 (1996): 1737-41.

⁴ Emanuel, Fairclough, Daniels, Clarridge, *The Practice of Euthanasia and Physician-Assisted Suicide in the United States*, s. 510.

⁵ E. J. Emanuel, D. Fairclough, J. Slutsman, E. Omandsun, L. L. Emanuel, *Predictors and Outcomes of Significant Caregiving Needs and Economic Burdens Among Terminally Ill Oncology Patients: Results of the Commonwealth-Cummings Project*, "Journal of Clinical Oncology" 17 (1998): 422a.

Takie zapotrzebowanie na opiekę niekorzystnie wpływa na rodziny pacjentów – członkowie rodzin pacjentów potrzebujących opieki w stopniu znacznym są bardziej podatni na depresję i częściej deklarują, że pacjent przeszkadza im w życiu. Co ważniejsze, ustaliliśmy, że potrzeba rozbudowanej opieki była – zaraz po depresji – najpoważniejszą zapowiedzią tego, że u terminalnie chorego pacjenta pojawią się poważne rozmyślenia na temat eutanazji lub MWS⁶. Na podstawie dostępnych danych nie można określić, czy owo zainteresowanie było, jak w przypadku DeLury, efektem nacisku bądź przymusu ze strony rodziny.

Nie możemy dokładnie określić liczby umierających pacjentów, na których, ze względu na obciążenia finansowe bądź też ciężar opieki, wymusza się zgłoszenie życzenia poddania się eutanazji lub MWS. Niemniej powyższe dane wskazują, że takie zjawisko prawdopodobnie rzeczywiście istnieje i dotyka znacznego odsetka z 2,3 miliona umierających Amerykanów, większego niż te 2–3 procent umierających pacjentów, którzy mogą życzyć sobie eutanazji lub MWS. Powyższe dane sugerują, że spośród 1 miliona kompetentnych pacjentów, którzy doświadczają procesu umierania i mogą zażyczyć sobie eutanazji lub MWS, od 86 do 240 tysięcy (od 8,6 do 24 procent z miliona umierających pacjentów) nakłada na swoje rodziny znaczne obciążenia finansowe, a 160 do 340 tysięcy (16 do 34 procent z miliona umierających pacjentów) nakłada znaczne obciążenia związane z opieką. Jeśli tylko kilka procent spośród tych pacjentów zmusza się do zażądania eutanazji lub MWS, to liczba pacjentów, którzy mogą ucierpieć na legalizacji tych procedur, zaczyna się zrównywać i przekraczać liczbę umierających pacjentów, którzy na legalizacji mogą skorzystać. Pacjenci ci zostaną skrzywdzeni, nawet jeśli dadzą odpór przymusowi, choćby dlatego, że zostali poddani presji w czasie, kiedy byli właściwie bezbronni, a także dlatego, że owa presja najprawdopodobniej przekreśli i tak trudne rozmowy na temat dobrej śmierci.

(Emanuel 1999, s. 637-639)

⁶ W tym miejscu warto zwrócić uwagę, że zarówno w tej, jak i w dwóch innych grupach ankietowanych pacjentów, ból nie był wskazywany jako niezależny motyw zainteresowania eutanazją i MWS. Zapowiedzią zainteresowania eutanazją i MWS była depresja oraz potrzeba opieki, ale nie ból.

[29]:

Nawet jeśli dokonywany przez pacjenta wybór dałoby się określić jako „jasny i niedwuznaczny”, to czy nie pozostaną inne trudności? Czy jest to tego rodzaju wybór, nawet zakładając, że można go dokonać w niezmienny i racjonalny sposób, który chcielibyśmy zaproponować śmiertelnie chorej osobie? Czy nie zamieciemy przy okazji tych, którzy są nie naprawdę zmęczeni życiem, lecz sądzą, że inni są zmęczeni nimi; tych, którzy w rzeczywistości nie chcą umrzeć, lecz czują, że nie powinni dalej żyć, ponieważ w obliczu alternatywy legalnej eutanazji byłoby to samolubne lub tchórzliwe? Czy niektórzy nie poczują się zobligowani do „eliminacji” samych siebie po to, aby środki przeznaczone na terminalną opiekę nad nimi mogły zostać lepiej wykorzystane przez ich rodziny, bądź też, odsuwając na bok zmartwienia finansowe, aby ulżyć rodzinom w emocjonalnym stresie?

Nie byłoby niczym dziwnym, gdyby śmiertelnie chora osoba zasięgnęła rady swoich bliskich, czy powinna skorzystać z możliwości legalnej eutanazji. Z pewnością brałaby ona pod uwagę ich stanowisko w tej kwestii. Jest wszelako całkiem możliwe, że nie byłaby do końca zadowolona z jakiegokolwiek sugestii – jakkolwiek szlachetne motywy mogłyby za taką stać – aby uciekła się do tej nowej procedury. Relacja między pacjentem a rodziną mogłaby się w tym momencie równie dobrze okazać słabsza, niż być powinna.

(Kamisar 1970, s. 460)

[30]:

Istnieje argument za poglądem, że legalizacja samobójstwa z pomocą lekarza byłaby szkodliwa¹. Jeśli samobójstwo z pomocą lekarza zostałoby zalegalizowane, wówczas ludzie niepełnosprawni, starsi i cierpiący na choroby, które zazwyczaj kończą się śmiercią, mieliby prawnie zagwarantowaną możliwość wyboru życia lub śmierci. Wielu ludzi należących do rozważanych przeze mnie grup to ludzie, którzy potrzebują jakiegoś rodzaju opieki. Czy legalizacja byłaby czymś dobrym dla ludzi potrzebujących opieki?

Aby odpowiedzieć na to pytanie, musimy rozważyć, jaka przyszłość czeka osoby, które potrzebują opieki. Z jednej strony takie osoby są często głównymi odbiorcami świadczeń społecznych. Często wymagają wielkiego nakładu opieki medycznej, za którą nie płacą. Często wymagają opieki z nadzorem. W ciągu ostatnich sześciu miesięcy swojego życia nierzadko będą potrzebowali bardzo drogiej opieki medycznej. Często wymagają oni więcej troski ze strony swoich bliskich niż normalne zdrowe jednostki, a także większych nakładów finansowych. Z drugiej strony często takie osoby są zbyt chore lub zbyt upośledzone, by zajmować jakieś stanowisko w pracy. Nie mogą w tak dużym stopniu uczestniczyć w życiu swoich społeczności, jak mogłyby, gdyby były młodsze, zdrowsze lub sprawniejsze. Często wcale nie wnoszą, w sensie ekonomicznym, żadnego dostrzegalnego wkładu w funkcjonowanie społeczności, w której żyją. Co więcej, jeśli są stare lub cierpią na nieuleczalne choroby, ich wkład już nie wzrośnie. Jeśli są niepełnosprawne, często również ich wkład już się nie zwiększy.

W końcu zaś tacy ludzie zwykle mają ograniczone perspektywy życiowe – w porównaniu z osobami pełnosprawnymi lub w porównaniu z perspektywami, jakie kiedyś były ich udziałem. Często nie mogą od życia otrzymać zbyt wiele. Czy byłoby czymś dobrym dla ludzi należących do tej grupy, tj. dla osób, które potrzebują opieki, aby otrzymały prawne usankcjonowanie możliwości decydowania o tym, czy mają żyć, czy umrzeć?

Gdy rozpatrujemy przypadek osób, które nie potrzebują opieki i które nie są dziećmi, wiele przemawia za projektem klasycznego liberalizmu, tzn. za społeczeństwem zapewniającym swoim członkom tak szeroki wachlarz swobód, jak to tylko jest możliwe. Nie wynika z tego, że tak wiele wolności jest czymś dobrym, gdy rozpatrujemy przypadek osób, które potrzebują opieki. Jeśli konsekwencje z posiadania możliwości wyboru SPL są gorsze niż konsekwencje z nieposiadania możliwości tego wyboru – z punktu widzenia jednostek, które potrzebują opieki – wówczas posiadanie możliwości wyboru SPL nie jest dla nich czymś dobrym. Jeśli tak, to mamy dobry argument za tym, aby nie legalizować SPL.

Wydaje się, iż istnieje pewien oczywisty argument przemawiający za tym, że możliwość wyboru SPL byłaby dobra dla ludzi mających tę możliwość. Prawdopodobnie dana osoba mogłaby wybrać SPL właśnie wtedy, gdy ciężary trwającego nadal życia miałyby przewagę nad korzyściami płynącymi z faktu, że życie nadal trwa. Osoba ta nie wybrałaby SPL, gdyby korzyści, jakie czerpie z życia, przeważały towarzyszące mu uciążliwości. Wynika z tego, jak się zdaje, że posiadanie możliwości wyboru SPL nie mogłoby się przyczynić do pogorszenia czyjejs sytuacji.

Otóż nie wynika. Albo też wynika jedynie przy założeniu, że ciężary i korzyści, które bierze się pod uwagę, są ciężarami i korzyściami dla osoby, która dokonuje wyboru. To znaczy, sformułowany wyżej wniosek wynikałby tylko wtedy, gdyby wybór, którego dokonywałaby

¹ Swoje omówienie tej trudności zawdzięczam świetnemu artykułowi J. Davida Vellemana, *Against the Right to Die*, "The Journal of Medicine and Philosophy" 17(6), grudzień 1992, ss. 664-81.

osoba rozważająca możliwość SPL, dotyczył wyłącznie tej osoby. Dlaczego ludzie, którzy potrzebują opieki, mieliby dokonywać wyboru, mając wzgląd jedynie na samych siebie? Moralność wymaga, aby brać pod uwagę interesy innych osób. Dlatego też nie możemy po prostu sformułować wniosku, że osoby potrzebujące opieki powinny zdecydować, że ich życie ma nadal trwać, jeśli korzyści czerpane przez nie z życia uzyskają przewagę nad ciężarami, jakie ponoszą.

Rozważmy następujący argument. Osoby potrzebujące opieki często stanowią istny „kanał odpływowy”, którym uchodzą środki należące do rodzin tych osób i społeczności, w jakich one żyją. Dlatego też, jeśli przeprowadzą bilans obciążeń i korzyści, mający znaczenie dla wszystkich, których dotyka decyzja o dokonaniu SPL, włącznie z nimi samymi, wówczas wiele z nich powinno zakończyć życie albo teraz, albo w niedalekiej przyszłości². Zgodnie jednak z tą linią rozumowania sytuacja wielu jednostek potrzebujących opieki pogorszy się, jeśli będą miały możliwość wyboru SPL, inaczej niż w przeciwnym wypadku.

[...]

Zatem osoby potrzebujące opieki powinny liczyć się z tym, że istnieją poważne koszty związane z posiadaniem możliwości wyboru SPL. Istnieją koszty związane z egoistycznym sposobem postępowania i koszty związane ze sposobem postępowania uwzględniającym interesy innych osób. Dlatego też sytuacja osób potrzebujących opieki jest lepsza, jeśli nie mają możliwości wyboru SPL.

Jeśli sytuacja osób potrzebujących opieki będzie lepsza, jeżeli SPL nie zostanie zalegalizowane, to mamy dobry argument za tym, aby nie legalizować SPL. Zakładam, że odpowiednia etycznie postawa wobec osób, które potrzebują opieki, polega na tym, aby pomagać im żyć w sposób dla nich najlepszy. Jeśli tak, nie wolno nam oceniać ich wartości, dokonując bilansu z jednej strony ich wkładu w życie społeczne i wartości, jaką życie ma dla nich samych, oraz z drugiej strony kosztów związanych z zaspokajaniem ich potrzeb – [taka ocena] nie jest bowiem dla nich czymś najlepszym. Jeśli będą mieć możliwość wyboru SPL, to oni będą oceniać swoją wartość, dokonując bilansu swojego wkładu w życie społeczne i wartości ich życia dla nich samych z kosztami zapewniania im opieki przez nas, nie ma bowiem innego sposobu, na który oni sami mogliby dokonać [tego bilansu]. Dać im możliwość wyboru SPL oznacza – w rezultacie – postawić ich w sytuacji, w której będą samym sobie wyrządzać to, co, jak jesteśmy przekonani, byłoby źle im uczynić.

Legalizacja samobójstwa z pomocą lekarza pogorszy sytuację wielu osób, które potrzebują opieki. Pogorszenie sytuacji osób potrzebujących opieki jest niezgodne z postawą nakazującą opiekować się nimi, okazywać im troskę i wsparcie, a stanowiącą wyraz powszechnego poczucia moralności. Dlatego też istnieje dobry argument za tym, aby nie legalizować samobójstwa z pomocą lekarza.

(Marquis 1998, s. 274-276)

² John Hardwig nie popiera tego wniosku, ale oto dokąd, jak sądzę, prowadzi jego argument. Zob. jego *Is There a Duty to Die?*, „The Hastings Center Report” 27 (2), marzec-kwiecień 1997, ss. 34-42.

[31]:

Właściwie zastosowana eutanazja i MWS to interwencje ostateczne, uzasadnione jedynie po zastosowaniu odpowiedniej opieki paliatywnej. W Holandii, zgodnie z raportami lekarzy, w 9 procentach eutanazji przeprowadzonych w domach opieki, przed zakończeniem życia pacjenta nie zastosowano wszystkich środków opieki paliatywnej¹. Wraz z moimi współpracownikami ustaliłem ostatnio, że wszystkim pacjentom, którzy zostali poddani eutanazji lub MWS, a wcześniej odczuwali ból, podawano opioidy². Jednak nie wszystkich z nich poddano wszelkim formom optymalnej opieki: 60 procent nie zostało poddanych opiece hospicyjnej; na dodatek mniej niż 10 procent poddano psychiatrycznym badaniom pod kątem depresji, a przynajmniej jeden pacjent z depresją, który został poddany eutanazji, odmówił wcześniej skorzystania z opieki psychiatrycznej³. Nie możemy określić w ilu przypadkach albo nie zdiagnozowano depresji, albo pacjentów nie poddano odpowiedniemu leczeniu, natomiast poddano eutanazji lub MWS. Inni badacze stwierdzili, że pacjenci poddawani eutanazji w 39 procent przypadków cierpieli na depresję, natomiast spośród pacjentów poddawanych MWS na depresję cierpiało 19 procent⁴. Przytoczone dane sugerują, że przeprowadzenie eutanazji lub MWS nie jest poprzedzane odpowiednią psychologiczną opieką paliatywną⁵. Ankieta przeprowadzona ostatnio wśród wszystkich amerykańskich onkologów ujawniła zaskakujący fakt: ci onkologowie, którzy zgłaszali, iż bariery administracyjne, finansowe itp. nie pozwalają im zapewnić swoim terminalnie chorym pacjentom takiej opieki, jaką chcieliby im zapewnić, w ostatnim roku (1997–98) byli znacznie bardziej skłonni do przeprowadzania eutanazji lub MWS⁶. Wszystkie te dane wskazują, że zarówno w Holandii, jak i w Stanach Zjednoczonych, wielu pacjentów poddaje się eutanazji lub MWS, zanim zostaną wdrożone wszystkie stosowne środki paliatywne. I znowu, nie można oszacować, ilu umierających pacjentów zakończyłoby swoje życie, aby usunąć ból i cierpienie, zanim wdrożono by stosowne środki paliatywne, jeśli zalegalizowano by eutanazję i MWS. Jednak przytoczone dane wskazują, że takie praktyki, pomimo zabezpieczeń, pojawiają się w Holandii; trudno sobie wyobrazić, że dzięki legalizacji częstotliwość dokonywania eutanazji lub MWS bez uprzedniej odpowiedniej opieki paliatywnej, zmniejszy się w Stanach Zjednoczonych. A ogólna liczba pacjentów wzrośnie, jeśli wzrośnie liczba pacjentów poddawanych eutanazji i MWS.

(Emanuel 1999, s. 639-40)

¹ Muller, van der Wal, van Eijk, Ribbe, s. 625.

² Emanuel, Fairclough, Daniels, Clarridge, „The Practice of Euthanasia and Physician-Assisted Suicide in the United States”, s. 510.

³ Ibid.

⁴ Meier, Emmons, Wallenstein, Quill, Morrison, Cassel.

⁵ Ibid.

⁶ Dane te przedstawiłem 18 maja 1998 r. American Society of Clinical Oncology.

[32]:

Udokumentowano, że w Holandii niewiele ponad 20 procent pacjentów poddanych eutanazji nie posiadało pod koniec życia psychicznych zdolności decyzyjnych, aby zgodzić się na eutanazję. Jedynie w 53 procentach tych przypadków pacjent kiedykolwiek wyraził chęć poddania się eutanazji¹. Dane pochodzące z dwóch badań przeprowadzonych ostatnio w Stanach Zjednoczonych wskazują, że wysoki odsetek eutanazji jest przeprowadzany na pacjentach, którzy nie byli zdolni do podjęcia racjonalnej decyzji. Narodowa ankieta lekarzy ujawniła, że w 5–7 procentach przypadków eutanazji i MWS pacjenci byli zdezorientowani przez ponad połowę czasu trwania zabiegu². W dalszych 5,3 procenta przypadków podczas przeprowadzania eutanazji pacjent był nieprzytomny. Co ważniejsze, wraz ze swoimi współpracownikami ustaliłem, iż w 15 procentach przypadków eutanazji pacjenci nie byli zaangażowani w proces decyzyjny związany z zakończeniem ich życia, niekiedy nawet pomimo tego, że byli do tego zdolni³. A zatem wygląda na to, że w 15–20 procentach przypadków eutanazja zostanie przeprowadzona bez zgody pacjenta. I to w sytuacji, gdy jest to nielegalne, kary są wysokie, a w Holandii istnieją wyraźne, ustalone zabezpieczenia wykluczające takie praktyki.

(Emanuel 1999, s. 640)

¹ Van der Maas, van der Wal, Haverkate, et al., s. 1704.

² Meier, Emmons, Wallenstein, Quill, Morrison, Cassel, s. 1197.

³ Emanuel, Fairclough, Daniels, Clarridge, *The Practice of Euthanasia and Physician-Assisted Suicide in the United States*, s. 510-509.

[33]:

What evidence is there to support or oppose the slippery slope argument when applied to voluntary euthanasia? A decade ago, this argument was largely speculative. Now, however, we can draw on evidence from two jurisdictions where for several years it has been possible for doctors to practice voluntary euthanasia or physician-assisted suicide without fear of prosecution. These jurisdictions are Oregon and the Netherlands. According to Oregon officials, between 1997, when a law permitting physician-assisted suicide took effect, and 2001, 141 lethal prescriptions were issued, according to state records, and 91 patients used their prescriptions to end their lives. There are about 30 000 deaths in Oregon annually.

There have been no reports of the law being used to coerce patients to commit suicide against their will, and from all the evidence that is available, this does not appear to be a situation in which the law is being abused.

Opponents of voluntary euthanasia do contend, on the other hand, that the open practice of voluntary euthanasia in the Netherlands has led to abuse. In the early days of nonprosecution of doctors who carried out voluntary euthanasia, before full legalisation, a government-initiated study known as the Rummelink Report indicated that physicians occasionally – in roughly 1000 cases a year, or about 0.8% of all deaths – terminated the lives of their patients without their consent. This was, almost invariably, when the patients were very close to death and no longer capable of giving consent. Nevertheless, the report gave some grounds for concern. What it did not, and could not, have shown, however, is that the introduction of voluntary euthanasia has led to abuse. To show this one would need either two studies of the Netherlands, made some years apart and showing an increase in unjustified killings, or a comparison between the Netherlands and a similar country in which doctors practising voluntary euthanasia are liable to be prosecuted.

Such studies have become available since the publication of the Rummelink report. First, there was a second Dutch survey, carried out five years after the original one. It did not show any significant increase in the amount of non-voluntary euthanasia happening in the Netherlands, and thus dispelled fears that that country was sliding down a slippery slope.

In addition, studies have been carried out in Australia and in Belgium to discover whether there was more abuse in the Netherlands than in other comparable countries where euthanasia was illegal and could not be practised openly. The Australian study used English translations of the survey questions in the Dutch studies to ask doctors about decisions involving both direct euthanasia and foregoing medical treatment (for example, withholding antibiotics or withdrawing artificial ventilation). Its findings suggest that while the rate of active voluntary euthanasia in Australia is slightly lower than that shown in the most recent Dutch study (1.8% as against 2.3%), the rate of explicit nonvoluntary euthanasia in Australia is, at 3.5%, much higher than the Dutch rate of 0.8%. Rates of other end-of-life decisions, such as withdrawing life-support or giving pain relief that was foreseen to be life shortening, were also higher than in the Netherlands.

The Belgian study, which examined deaths in the country's northern, Flemish-speaking region, came to broadly similar conclusions. The rate of voluntary euthanasia was, at 1.3% of all deaths, again lower than in the Netherlands, but the proportion of patients given a lethal injection without having requested it was, at 3% of all deaths, similar to the Australian rate and like it, much higher than the rate in the Netherlands. The authors of the Belgian study, reflecting on their own findings and those of the Australian and Dutch study, concluded:

Perhaps less attention is given to the requirements of careful end-of-life practice in a society with a restrictive approach than in one with an open approach that tolerates and regulates euthanasia and PAS (Physician Assisted Suicide).

These two studies discredit assertions that the open practice of active voluntary euthanasia in the Netherlands had led to an increase in non-voluntary euthanasia. There is no evidence to support the claim that laws against physician-assisted suicide or voluntary euthanasia prevent harm to vulnerable people. It is equally possible that legalising physician-assisted suicide or voluntary euthanasia will bring the issue out into the open, and thus make it easier to scrutinise what is actually happening, and to prevent harm to the vulnerable. If the burden of proof lies on those who defend a law that restricts individual liberty, then in the case of laws against physician-assisted suicide or voluntary euthanasia, that burden has not been discharged.

(Singer 2003, s. 538-540; w powyższych cytatach pominięto przypisy autora).

[34]:

To, czy eutanazja bądź MWS szkodzą zawodowi lekarza, jest kwestią interpretacji i prawdopodobnie zależy od innych czynników takich jak, zmieniająca się w czasie, społeczna rola tego zawodu. Chociaż dane wskazują, że w większości przypadków lekarze nie żałują przeprowadzonej eutanazji ani MWS i w zbliżonych okolicznościach zrobiliby to ponownie, to znacząca mniejszość odczuwa przynajmniej żal. Prowadząc badania, wraz z moimi współpracownikami ustaliliśmy, że około 25 procent lekarzy żałuje przeprowadzenia eutanazji lub MWS, niekiedy dlatego, że nie przyczyniło się to do dobrej śmierci pacjenta lub miało zły wpływ na rodzinę. (Ów żal nie wiązał się ze strachem przed procesem, co również było przedmiotem badań). Inni lekarze opisywali emocjonalny ciężar, który pojawiał się po przeprowadzeniu eutanazji i MWS, a który prowadził nawet do zmian wzorca postępowania¹. Meier ze współpracownikami ustalił, że 18 procent lekarzy, którzy uczestniczyli w MWS i 12 procent lekarzy, którzy przeprowadzali eutanazję czuło dyskomfort związany ze wspomaganie śmierci pacjentów². Co więcej, przynajmniej 7 procent lekarzy nie powtórzyłoby tego w podobnych okolicznościach. Jeden z czołowych zwolenników eutanazji i MWS w Australii, powiedział, że czuje się jakby „wykonywał egzekucję”³. „Żal” odczuwany przez mniejszość lekarzy przeprowadzających eutanazję lub MWS, nie prowadzi do fundamentalnych zmian w zawodzie. Niemniej te ustalenia sygnalizują problem i niekorzystne następstwa, których nie należy ignorować.

(Emanuel 1999)

¹ Ezekiel J. Emanuel, Diane L. Fairclough, Elizabeth Daniels, Brian R. Clarridge, *The Practice of Euthanasia and Physician-Assisted Suicide in the United States*, “Journal of American Medical Association” 280 (1998): 507-13.

² Meier, Emmons, Wallenstein, Quill, Morrison, Cassel, s. 1197.

³ Seth Mydans, *Legal Euthanasia: Australia Faces a Grim Reality*, “New York Times” (February 2, 1997), s. A3.

[35]:

Istnieją pewne dane dotyczące tego, czy eutanazja lub MWS mogłyby podważyć zaufanie konieczne w relacji lekarz – pacjent i zamiast psychologicznej asekuracji wywołać niepokój. W tym samym badaniu, w którym zarówno pacjenci, jak i ogół badanych, stwierdzili, że rozmowy z lekarzem dotyczące przedśmiertnej opieki medycznej zawierające dyskusję na temat eutanazji lub MWS wzmocniłyby ich zaufanie do lekarza, niemal równy odsetek pacjentów cierpiących na raka stwierdził, że takie rozmowy obniżyłyby ich zaufanie do lekarza¹. Co więcej, wraz ze swoimi współpracownikami ustaliłem, że 19 procent pacjentów cierpiących na raka i 26,5 ogółu badanych zrezygnowałoby z opieki lekarza, który rozmawiałby z nimi na temat eutanazji lub MWS. Co więcej, do zmiany lekarza byli bardziej skłonni pacjenci odczuwający znaczny ból. Przytoczone dane, choć nie są rozstrzygające, to jednak wskazują, że jakkolwiek dużej psychologicznej asekuracji doświadczaliby niektórzy pacjenci w związku z legalizacją eutanazji lub MWS, to ta korzyść prawdopodobnie zostanie zrównoważona przez wzrost lęku i niepewności u innych pacjentów; lęku, który w największym stopniu odczuwają właśnie pacjenci doświadczający znacznego bólu, a zatem najbardziej potrzebujący pomocy.

(Emanuel 1999, s. 636-7)

¹ Emanuel, Fairclough, Daniels, Clarridge, *Euthanasia and Physician-Assisted Suicide: Attitudes and Experiences*.

Bibliografia

- Arystoteles (1996), *Etyka nikomachejska*, tłum. D. Gromska [w:] *Dzieła wszystkie*, t. 5, Warszawa.
- Battin M. P. (1994), *Suicide: A Fundamental Human Right?* [w:] *The Least Worst Death: Essays in Bioethics on the End of Life*, New York/Oxford: Oxford University Press, 277-288.
- Brandt R. (1992), *The morality and rationality of suicide* [w:] *Morality, utilitarianism, and rights*, Cambridge University Press, 315-335.
- Brock D. W. (1997), *Physician-Assisted Suicide Is Sometimes Morally Justified* [w:] *Physician Assisted Suicide*, R. Weir (red.), Bloomington: Indiana University Press, 86-103; tłum. A. Tomaszewska.
- Brody H. (1997), *Assisting in Patient Suicides Is an Acceptable Practice For Physicians* [w:] *Physician Assisted Suicide*, R. Weir (red.), Bloomington: Indiana University Press.
- Dworkin et al. (1996) *Brief of Amicus Curiae Ronald Dworkin, Thomas Nagel, Robert Nozick, John Rawls, Thomas Scanlon, and Judith Jarvis Thomson in Support of Respondents [Washington v. Glucksberg, No. 96-110 and Vacco v. Quill, No. 95-1858]*, [w:] *Filed in United States Supreme Court*, 10 December 1996, tłum. J. Malczewski.
- Emanuel E. J. (1999), *What is the Great Benefit of Legalizing Euthanasia of Physician-Assisted Suicide?*, "Ethics" 109(3), 629-642; tłum. O. Dryla.
- Foot Ph. (1977), *Euthanasia*, "Philosophy and Public Affairs" 6, 85-112.
- Flew A. (1969), *The Principle of Euthanasia* [w:] *Euthanasia and the Right to Death*, A. B. Downing (red.), Los Angeles: Nash Publishing; tłum. A. Tomaszewska.
- Gaylin W. et al. (1988), *Doctors must not kill*, "JAMA" 259, 2139-40.
- Hardwig J. (1997), *Is There a Duty to Die?*, "Hastings Center Report" (27)2; tłum. A. Tomaszewska.
- Hume D. (1962), *O samobójstwie* [w:] *Dialogi o religii naturalnej*, tłum. A. Hochfeldowa, Warszawa, 221-237.
- James D. N. (1999), *Suicide and Stoic Ethics in the Doctrine of Virtue*, "Kant-Studien" 90.
- Kamisar Y. (1970), *Euthanasia legislation: some nonreligious objections* [w:] *Euthanasia and the Right to Die*, New York: Humanities Press; London: Peter Owen Ltd; [przed. w:] S. Gorovitz, R. Macklin, A. L. Jameton, J. M. O'Connor, S. Shervin (1983), *Moral Problems in Medicine*, wyd. 2, Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice-Hall, Inc., 458-465; tłum. J. Malczewski.
- Kant I. (1953), *Uzasadnienie metafizyki moralności*, tłum. M. Wartenberg, Warszawa.
- Kant I. (2005), *Metafizyczne podstawy nauki o cnocie*, tłum. W. Galewicz, Kęty: Wydawnictwo ANTYK.
- Seneka (1998), *Listy moralne do Lucyliusza*, tłum. W. Kornatowski, Warszawa: Wydawnictwo Alfa.
- Singer P. (2003), *Voluntary Euthanasia: A Utilitarian Perspective*, "Bioethics" 17(5/6).
- Marquis D. (1998), *The weakness of the case for legalizing physician-assisted suicide* [w:] *Physician Assisted Suicide: Expanding the Debate*, M. P. Battin, R. Rhodes, A. Silvers (red.), New York: Routledge, 267-278; tłum. A. Tomaszewska.
- Velleman D. J. (1999), *A Right of Self-Termination?*, "Ethics" 109, 606-28; tłum. I. Zwiech.
- Weithman P. J. (1999), *Of Assisted Suicide and "The Philosophers' Brief"*, "Ethics" 109(3), 548-578.
- Williams G. (1958), *Mercy-Killing Legislation – A Rejoinder*, "Minnesota Law Review" 43(1), [przed. w:] S. Gorovitz, R. Macklin, A. L. Jameton, J. M. O'Connor, S. Shervin (1983), *Moral Problems in Medicine*, ed. 2, Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice-Hall, Inc., 465-472; tłum. J. Malczewski.