

## **EUTANAZJA I POMOC W SAMOBÓJSTWIE: OSTATNIE AKTY OPIEKI MEDYCZNEJ?**

1 kwietnia 2002 roku, po debacie, która trwała ponad 30 lat, Holandia zalegalizowała – pod pewnymi restrykcyjnymi warunkami – eutanazję i pomoc w samobójstwie. Następnie to samo zrobiła Belgia. Ale ustawodawstwo belgijskie jest pod tym względem bardziej liberalne niż w Holandii, albowiem dopuszcza eutanazję i pomoc w samobójstwie także w przypadku chorób niesomatycznych. Tak czy inaczej, została przełamana pewna bariera: pod określonymi warunkami chory może poprosić lekarza, by położył kres jego życiu, albo mu w tym pomógł.

W przypadku eutanazji, to lekarz aplikuje śmiertelną dawkę; kiedy pacjent sam przyjmuje śmiertelną dawkę, którą lekarz celowo pozostawił mu do dyspozycji, mówimy o pomocy w samobójstwie. Jednak niektóre kraje stosują określenie eutanazja w odniesieniu do aktu położenia kresu życiu zarówno na prośbę chorego, jak i bez prośby z jego strony. W Holandii eutanazja jest od lat 80. określana bez dodatkowych uściśleń jako akt położenia kresu życiu na prośbę pacjenta. Ta interpretacja rozpowszechnia się w innych krajach<sup>1</sup> W tym artykule posługuję się tą jej definicją.

Fundamentalną kwestią, jeśli chodzi o eutanazję i pomoc w samobójstwie, jest stwierdzenie, czy człowiek ma prawo do dysponowania swoim własnym życiem i swoją własną śmiercią, a więc czy może upoważnić lekarza do położenia kresu jego życiu. Zdarza się, że trudniej jest zaakceptować eutanazję niż pomoc w samobójstwie. W drugim przypadku, osobisty wybór pacjenta wydaje się mocniej wyrażony, zważywszy na fakt, że to on sam aplikuje sobie śmiertelną

---

<sup>1</sup> E. J. Emmanuel, *Euthanasia. Historical, ethical and empiric perspectives*, w: *Archives of Internal Medicine* 154 (1994), 1891. Tak więc nie chodzi już o stare rozróżnienie pomiędzy eutanazją chcianą (to znaczy na prośbę chorego), niechcianą (wbrew jego woli) i mimowolną (chęć pacjenta jest nieznaną, jak w przypadku chorych pogrążonych w śpiączce czy cierpiących na ciężką chorobę psychiczną, a także noworodków).

dawkę. Z tego powodu Szwajcaria i Oregon nie karzą za pomoc w samobójstwie, natomiast robią to w przypadku eutanazji<sup>2</sup>. Moim zdaniem, nie ma pomiędzy nimi żadnej istotnej różnicy. Zarówno w przypadku eutanazji, jak i w przypadku pomocy w samobójstwie, zakłada się, że to chory podejmuje inicjatywę zakończenia swego życia. W pierwszym przypadku, aktu eutanazji dokonuje lekarz, w drugim – lekarz formalnie współpracuje przy tym akcie, celowo dając choremu do dyspozycji śmiertelną dawkę. Współpraca ma charakter formalny, kiedy współpracujący akceptuje zamiar głównego zainteresowanego. Jeśli chodzi o odpowiedzialność lekarza, to nie ma dużej różnicy pomiędzy formalną współpracą przy położeniu kresu życiu jego pacjenta, a dokonaniem tego samego. Z tego powodu zarówno w przypadku eutanazji, jak i w przypadku pomocy przy samobójstwie, podstawową kwestią jest stwierdzenie, czy człowiek ma prawo do dysponowania swoim własnym życiem i swoją własną śmiercią. Odpowiedź na to pytanie jest decydująca dla etycznej oceny zaangażowania lekarza w akt przerywania życia.

W dyskusjach nad dopuszczalnością eutanazji i pomocy w samobójstwie, które toczyły się w latach 70. w Holandii, przyjmowano jako punkt wyjścia przede wszystkim osobistą odpowiedzialność pacjenta. Początkowo odpowiedzialność ta była eksponowana jako przeciwstawienie władzy lekarza: pacjent ma także coś do powiedzenia na temat leczenia swej choroby. W latach 70. doszła do tego możliwość podjęcia uzasadnionej decyzji o położeniu kresu swojemu własnemu życiu. Określenie „uzasadniona” oznaczało wzięcie pod uwagę wszystkich czynników: odpowiedzialności chorego wobec współmałżonka, dzieci i innych krewnych, jego zobowiązań społecznych i innych interesów, ale także powagi i śmiertelnego charakteru jego choroby. Wszystko to powinno być wzięte pod uwagę w rozmowie z lekarzem. Natomiast począwszy od lat 80. zauważalna jest bardzo wyraźna zmiana w argumentacji, która odzwierciedla skrajną indywidualizację i dezintegrację społeczeństwa: teraz będzie się kładło nacisk na samostanowienie osoby, jeśli chodzi o życie i o śmierć<sup>3</sup>. Holenderski teolog Kuitert był jednym z głównych rzeczników owego samostanowienia,

<sup>2</sup> M. A. Lee, H. D. Nelson, V. P. Tilden, L. Ganzini, T. A. Schmidt, S. W. Tolle, *Legalizing assisted suicide – Views of physicians in Oregon*, w: *The New England Journal of Medicine* 334 (1996) nr 5, s. 310-315.

<sup>3</sup> J. Kennedy, *Een weloverwogen dood. Euthanasie in Nederland*, Amsterdam 2002, s. 137-166.

które – jego zdaniem – czyni uprawnionymi i eutanazję, i pomoc w samobójstwie<sup>4</sup>.

## Czy człowiek jest panem swego własnego życia i swej własnej śmierci?

### *Wewnętrzna wartość ciała*

W Kościele katolickim stara tradycja nakazuje uważać akt położenia kresu własnemu życiu za sprzeczny z miłością Boga, bliźniego, społeczeństwa, czyli ludzkości, i miłością siebie samego. Tę triadę odnajdujemy w traktacie św. Tomasza z Akwinu o samobójstwie<sup>5</sup>, w *Deklaracji o eutanazji* Kongregacji Nauki Wiary i w *Katechizmie Kościoła Katolickiego* (nr 2280-2282).

Bóg jest suwerennym Panem życia, człowiek jest jedynie jego zarządcą. W *Księdze Rodzaju* (1, 26-31) Bóg daje człowiekowi prawo do dysponowania całą ziemią, w ramach jego funkcji zarządcy. Roślinność będzie mu służyła jako pokarm. Podobnie zwierzęta (Rdz 9, 3): „Wszystko, co się porusza i żyje, jest przeznaczone dla was na pokarm, tak jak rośliny zielone, daję wam wszystko.” Człowiek może wykorzystywać rośliny i zabijać zwierzęta, aby móc się odżywiać i ubierać, a także, by zapewnić sobie lekarstwa. Ale to nie oznacza, że może nimi dysponować tak, jak zechce. Musi brać pod uwagę dobro obecnych i przyszłych pokoleń, a także respektować integralność stworzenia.

Natomiast człowiek nie ma prawa do dysponowania swym własnym życiem ani swoją własną śmiercią, a także ani życiem, ani śmiercią swego bliźniego: „Upomnę się o waszą krew przez wzgląd na wasze życie – upomnę się o nią u każdego zwierzęcia. Upomnę się też u człowieka o życie człowieka i u każdego – o życie brata. [Jeśli] kto przeleje krew ludzką, przez ludzi ma być przelana krew jego, bo człowiek został stworzony na obraz Boga” (Rdz 9, 5-6).

Można znaleźć istotne argumenty na poparcie tych słów. Współczesna świecka bioetyka przyjmuje jako punkt wyjścia swej koncepcji człowieka tzw. *identity theory*, najczęściej stosowaną w świecie medycyny: człowiek jako taki jest utożsamiany z tym, co jest dla niego najbardziej specyficzne jako człowieka, to znaczy ze świadomością. Ta

<sup>4</sup> H. M. Kuitert, *Een gewenste dood. Eutanasië en zelfbeschikking als moreel en godsdienstig probleem*, Ten Have, Baarn, 1981.

<sup>5</sup> Tomasz z Akwinu, *Suma teologiczna* II-II, 64, 5.

zaś jest w swej istocie procesem skomplikowanego wyładowania elektrycznego w tylnych ośrodkach mózgu i w korze mózgowej. Ciało ludzkie, praktycznie identyczne jak ciało ssaków, niespecyficzne dla człowieka, jest traktowane jako akcesoryjne. W tej koncepcji człowieka – chodzi tu faktycznie o nowoczesną wersję koncepcji Kartezjusza – osoba ludzka, czyli świadomość, jest jak podmiot wobec ciała jako przedmiotu. Ciało nie stanowi integralnej części człowieka i nie ma samo w sobie wartości przypisywanej człowiekowi. W efekcie, ciało posiada jedynie wartość zewnętrzną, którą daje mu świadomość. Zgodnie z tą koncepcją człowieka, ma on prawo do dysponowania swoim życiem cielesnym: jeśli ocenia, że to życie straciło na wartości i że trudno mu je znosić, może z niego zrezygnować.

Problem polega na ustaleniu, czy ciało rzeczywiście nie ma samo w sobie wartości. Doświadczenie uczy nas, że tworzymy jedność, że świadomość ludzka jest nie do pomyślenia bez ciała. Na zawartość naszej świadomości składa się zmysłowe doświadczanie tego, co nas otacza, i nasze własne ciało.

Biblia nie zna dualizmu ciała i umysłu. Tymczasem występująca głównie u teologów scholastycznych tendencja do traktowania jako istoty stworzonej na obraz i podobieństwo Boga wyłącznie ludzkiego umysłu mogłaby mimowolnie sugerować pewien dualizm. Jednak według *Księgi Rodzaju* (1, 26-27) na obraz i podobieństwo Boga został stworzony człowiek jako całość. Tajemnica Wcielenia uwidacznia zaś, że „ciało nie jest czymś innym dla umysłu, (...) ale jest tym, co wraz z umysłem składa się na tożsamość osoby”<sup>6</sup> Zarówno w swym wymiarze cielesnym, jak w swym wymiarze duchowym, człowiek jest odbiciem obrazu swego Stwórcy. Dlatego ciało ma udział w wartości człowieka jako całości i stanowi dobro samo w sobie. To, co sam Bóg stworzył na swój obraz i swoje podobieństwo, nie jest przedmiotem mającym wyłącznie wartość instrumentalną: „Bóg ogłasza, że jest absolutnym Panem życia człowieka, ukształtowanego na Jego obraz i podobieństwo (por. Rdz 1, 26-28). Życie ludzkie ma zatem charakter święty i nienaruszalny, w którym odzwierciedla się nienaruszalność samego Stwórcy”<sup>7</sup>

W efekcie człowiek nie ma prawa do dysponowania swoim własnym życiem i swoją własną śmiercią. Co najwyżej może dysponować, i to

<sup>6</sup> L. Lavaud, *Annoncer l'Incarnation*, *Communio* 28 (2003) nr 1, s. 9.

<sup>7</sup> *Evangelium vitae*, 53; por. tamże 39.

w sposób ograniczony, częściami swojego ciała do celów terapeutycznych: na przykład organy dotknięte nowotworem mogą zostać usunięte w celu ratowania życia chorego.

### *Ciało społeczne*

W epoce naznaczonej radykalnym indywidualizmem trudno jest zrozumieć, dlaczego człowiek miałby brać pod uwagę społeczeństwo, podejmując decyzję o położeniu kresu swojemu życiu. Myśl przewodnią jest następująca: dopóki nie wyrządzam nikomu żadnej wyraźnej krzywdy, mam prawo organizować moje życie, jak mi się podoba. Społeczeństwo jest tu pojmowane jako zwykła wspólnota interesów. W istocie, bez niej jednostka nie będzie w stanie nabyć czy zrealizować pewnych dóbr. Oprócz ochrony tych interesów, państwo ma obowiązek bronić jednostki przed innymi jednostkami. Ustawodawstwo funkcjonuje jak umowa społeczna, która określa, jakie zachowanie jest szkodliwe, a więc sprzeczne z etyką.

Podczas debaty dotyczącej ustawy o eutanazji faktycznie nie zadaje się już pytania, czy człowiek może dysponować swoim własnym życiem i swoją własną śmiercią. To prawo jest po prostu z góry założone. Tak jak niemal wszystkie dyskusje etyczne, dyskusja o eutanazji sprowadza się do procedur, jakie należy stosować: jak postępować, aby uniknąć nadużyć.

Kiedy lekarz dokonuje eutanazji na prośbę pacjenta, albo pomaga mu w popełnieniu samobójstwa, nie wyrządzi to, w niektórych przypadkach, żadnej odczuwalnej krzywdy innym osobom. Ktoś, kto pojmuje społeczeństwo przede wszystkim w sposób funkcjonalny, a więc jako wspólnotę interesów, może być nawet przekonany, że przedłużenie jego życia byłoby szkodliwe dla społeczeństwa z powodu wydatków na leczenie, które by z tego wynikły. I tak J. Hardy głosi obowiązek śmierci, łącznie z obowiązkiem położenia kresu życiu (ewentualnie z pomocą bliźniego), kiedy człowiek uświadomi sobie, że jego przedłużenie kosztowałoby innych zbyt drogo<sup>8</sup>.

Czy człowiek jest przede wszystkim jednostką? Zgodnie z katolicką doktryną społeczną, człowiek jest z natury istotą społeczną. Spełnia się całkowicie, jedynie tworząc z innymi grupę osób. Rzeczywistości

---

<sup>8</sup> J. Hardy, *Is there duty to die?*, w: Hastings Center Report 27 (1997) nr 2, s. 34-42. Hardy dystansuje się od indywidualizmu, który skłania ludzi do nieuwzględniania w sposób wystarczający interesów bliźniego i całego społeczeństwa; ale to społeczeństwo pojmuje typowo, jako wspólnotę interesów.

duchowe, takie jak: wiara, koncepcja życia, kultura, miłość – zostają spełnione jedynie w ramach stosunków międzyludzkich. Te stosunki nie są wyłącznie funkcjonalne, ale mają korzenie w samej naturze człowieka. Chociaż człowiek nie jest własnością społeczeństwa, niemniej stanowi jego integralną część. Bez osobowych więzi z bliźnim, istota ludzka nie osiąga spełnienia. Ludzie zależą więc przede wszystkim jedni od drugich.

Jeśli ktoś kładzie kres własnemu życiu, albo prosi bliźniego, aby pomógł mu to uczynić, opierając się na przeświadczeniu, że ma prawo do dysponowania swoim życiem i swoją śmiercią, to musi uznać, że jego bliźni mają takie samo prawo, jak on. Czynnikiem, który z pewnością trzeba wziąć pod uwagę<sup>9</sup>, jest to, że samobójstwo może służyć za przykład innym. Znane przypadki eutanazji i samobójstwa, eksponowane przez media, zachęciły niewątpliwie do refleksji na temat tej kwestii i skłoniły pewną liczbę nieuleczalnie chorych do uciekania się do tego wyjścia. Wprowadzenie eutanazji i pomocy w samobójstwie mogłoby więc zagrozić poszanowaniu życia ludzkiego. Można się także obawiać, że ucierni na tym zaufanie do medycyny. Z powodu tych czynników eutanazja stanowi zagrożenie dla wspólnego dobra<sup>10</sup>. Położenie kresu swojemu życiu (albo skorzystanie z pomocy w położeniu mu kresu), zakłada ponadto oddalenie się od wspólnoty eklezjalnej. Poprzez namaszczenie chorych Kościół zachęca bowiem chorych do dobrowolnego przyłączenia się do męki i śmierci Chrystusa, aby w ten sposób się przyczynić do dobra Ludu Bożego (por. KK 11).

Samobójstwo jest wreszcie sprzeczne z umiłowaniem siebie samego. Jak już podkreśliliśmy, założenie, że można dysponować swoim własnym życiem i swoją własną śmiercią, opiera się na ogół na pojmowaniu ciała jako dobra zewnętrznego, a więc na ignorowaniu wartości swojego własnego ciała jako dobra samego w sobie. Optując za samobójstwem, pozbawiamy się w dodatku podstawowego dobra, to znaczy życia, które jest podstawą wszystkich innych wartości. Wolność jest słusznie uważana za najwyższą wartość człowieka, ale bez życia nie może się ona zrealizować. Wybór śmierci jest przedstawiany jako ostateczna forma samostanowienia, ale czy tak naprawdę nie niszczy ona samostanowienia?

<sup>9</sup> Zob. *Katechizm Kościoła Katolickiego*, 2282

<sup>10</sup> Zob. R. M. Gula, *Euthanasia. Moral and pastoral perspectives*, New York – Mahwah 1995, s. 14-20; M. Manning, *Euthanasia and physician-assisted suicide. Killing or caring?*, New York – Mahwah 1998, s. 56-59.

Ze wskazanych wyżej powodów eutanazja i samobójstwo podlegają piątemu przykazaniu: „Nie będziesz zabijał” (Wj 20, 13; Pwt 5, 17).

To, co powiedzieliśmy na temat eutanazji i samobójstwa, dotyczy oczywiście jedynie przypadków, gdy chory, w pełni świadomy sensu dobrowolnie wybranej śmierci, decyduje z własnej woli o położeniu kresu swojemu życiu. Jest rzeczą oczywistą, że strach przed cierpieniem, cielesna degradacja czy inne komplikacje, a także zaburzenia psychiczne mogą osłabić pełnię świadomości i wolności osoby. W praktyce, te właśnie czynniki zmniejszają na ogół winę<sup>11</sup>.

Można się ponadto zastanawiać, czy – w większości przypadków – mamy rzeczywiście do czynienia ze samostanowieniem. Chory jest częścią kontekstu społeczno-kulturowego, który – w chwili obecnej – akceptuje w coraz większym stopniu eutanazję i samobójstwo. Otoczenie wywiera na niego bezpośredni wpływ. Patrzenie, jak ktoś cierpi, jest czasami bardziej wyczerpujące niż nasze własne cierpienie. Czasami bliscy, niezdolni do znoszenia choroby drogiej istoty, okazują swe zagubienie, chociażby nieświadomie, poprzez swe zachowanie. Prośba o położenie kresu życiu pochodzi więc często w pierwszym rzędzie od bliskich chorego, a nie od samego pacjenta. Zdarza się też, że z inicjatywą występuje lekarz i to on proponuje eutanazję.

### *Ciało a cel medycyny*

Dotychczas mówiliśmy o eutanazji i o samobójstwie z punktu widzenia chorego. Ale jest także punkt widzenia lekarza. Dla wielu lekarzy w Holandii i w Belgii eutanazja i pomoc w samobójstwie stanowią ostatni akt opieki medycznej. Kiedy możliwości leczenia zostaną wyczerpane, albo kiedy nie ma już możliwości ulżenia cierpieniu, jedynym rozpatrywanym wyjściem jest położenie kresu życiu pacjenta. Często pacjenci i ich bliscy zmuszają lekarza do przeprowadzenia eutanazji lub do udzielenia choremu pomocy w popełnieniu samobójstwa. Z tego powodu niektórzy lekarze nie popierają nowego holenderskiego ustawodawstwa dotyczącego eutanazji, nawet jeśli – z zasady – nie wykluczają eutanazji i pomocy w samobójstwie. Zdarza się bowiem, że pacjenci – powołując się na to ustawodawstwo – domagają się eutanazji jako należnego im prawa. Lekarz, który odmawia przeprowadzenia eutanazji, ryzykuje tym samym popadnięciem w konflikt ze swymi kolegami, którzy są innego zdania: „Jeśli

<sup>11</sup> Por. *Evangelium vitae*, 66.

lekarz internista nie jest w zgodzie z trendem, który każe kłaść kres życiu, istnieje poważne ryzyko, że zostanie wzięty w swoim środowisku zawodowym za uprzykrzonego *outsidera*”<sup>12</sup>

Przeciwnicy eutanazji argumentują, że akt położenia kresu życiu jest sprzeczny z istotą i z zadaniem medycyny, które polega na uzdrawianiu, albo – jeśli choroba jest nieuleczalna – na złagodzeniu w miarę możliwości jej objawów. Od czasu Odrodzenia odwoływano się często do tradycji hipokratesowej, która wyklucza eutanazję. Poprzez grę słów na temat uwagi zawartej w pierwszej księdze *Corpus Hippocraticum – Empidemon*, Baptista Codronchi, włoski lekarz (Imola, 1547-1628), formułuje następujące przysłowie: *Scientia enim sanandi, non interimendi est medicina* (medycyna jest nauką, której celem jest leczenie, a nie zabijanie)<sup>13</sup> Przypomina się także lekarzom przysięgę Hipokratesa, która zawiera następujący ustęp: „Nawet jeśli się mnie o to prosi, nie podam nikomu śmiertelnego lekarstwa i nie pouczę nikogo w tej materii”<sup>14</sup> Ta jednak przysięga, której pochodzenie jest prawdopodobnie pitagorejskie<sup>15</sup>, była praktycznie nieznaną lekarzom Starożytności. Powyższa klauzula nie figuruje także w obecnych wersjach przysięgi.

Ponieważ chory nie ma prawa do dysponowania swoim własnym życiem i swoją własną śmiercią, nie może upoważnić lekarza do położenia kresu jego życiu; lekarz ze swej strony nie ma prawa spełnić tego rodzaju prośby. Dlatego interwencja, której celem jest położenie kresu życiu, nie może być zakończeniem opieki medycznej: „«Uśmiercenie» nigdy nie może zostać uznane za działanie lecznicze, nawet wówczas, gdy jedyną intencją jest spełnienie żądania pacjenta: jest to raczej sprzeniewierzenie się zawodowi lekarskiemu, który można określić jako żarliwe i stanowcze «tak» wobec życia”<sup>16</sup>.

Eutanazja bywa niekiedy przedstawiana jako akt miłosierdzia; stąd angielskie określenie *mercy killing*. Ale prawdziwe miłosierdzie nie prowadzi do eutanazji: „Prawdziwe «współczucie» skłania bowiem do

<sup>12</sup> I. Schretlen, *Euthanasie kan voor mij geen optie zijn*, w: NRC Handelsblad 15-11-2001, s. 6.

<sup>13</sup> B. Codroncus, *De christiana ac tuta medendi ratione*, Bononiae 1629, liber I, cap. XXIII, s. 76; por. W. J. Eijk, *De zelfgekozen dood naar aanleiding van een dodelijke en ongeneeslijke ziekte*, Brugge 1987, s. 141.

<sup>14</sup> W. H. S. Jones, *The doctor's oath. An essay in the history of medicine*, Cambridge 1924, s. 7-10.

<sup>15</sup> L. Edelstein, *Der hippokratische Eid*, Zürich – Stuttgart 1969.

<sup>16</sup> *Evangelium vitae* 89.

solidarności z cudzym bólem, a nie do zabicia osoby, której cierpienia nie potrafi się znieść. Czyn eutanazji zatem wydaje się tym większym wynaturzeniem, gdy zostaje dokonany przez tych, którzy (...) jak lekarze – ze względu na naturę swojego zawodu powinni leczyć chorego nawet w końcowych i najcięższych stadiach choroby”<sup>17</sup>

### Granice eutanazji

Są interwencje, które przyspieszają moment zgonu, ale są jednak ogólnie przyjęte. W takim razie dlaczego – zastanawiają się niektórzy – eutanazja i pomoc w samobójstwie napotykają tyle obiekcji etycznych?

#### *Eutanazja a działanie z podwójnym skutkiem*

Jest rzeczą znaną, że zwalczanie objawów w fazie końcowej może przyspieszyć zgon. Silne środki przeciwbólowe, jak na przykład morfina i jej pochodne, mogą uniemożliwić oddychanie. Podanie środków uspokajających pacjentowi, któremu grozi uduszenie, może spowodować podobną reakcję. W tym wypadku decydująca dla osądu moralnego będzie intencja. Intencją przepisania środków przeciwbólowych i uspokajających, jeśli dawka jest adekwatna do tego celu, jest walka z objawami. Ewentualne przyspieszenie śmierci nie jest w tym przypadku zamierzone ani jako cel, ani jako środek likwidacji cierpienia, ale wyłącznie dopuszczane jako efekt uboczny (jako efekt pośredni w języku teologii moralności), konsekwencja możliwa do obrony opartej na zasadzie działania o podwójnym skutku<sup>18</sup>

Działanie o podwójnym skutku ma skutek zamierzony – w naszym przypadku jest to walka z objawami – i skutek niezamierzony: przyspieszenie śmierci. Aplikowanie środków przeciwbólowych jest jako takie legalne. Ponadto, przyspieszenie zgonu nie jest sposobem na złagodzenie cierpień, skoro dawka jest odpowiednia dla zwalczania objawów. W tym przypadku, przyspieszenie zgonu może być legalne pod warunkiem, że działanie jest proporcjonalne do zamierzonego efektu, czyli zwalczania objawów; warunek ten zostaje spełniony, kiedy

<sup>17</sup> *Evangelium vitae*, 66.

<sup>18</sup> Pius XII na międzynarodowym spotkaniu lekarzy i chirurgów (24 lutego 1957), w: AAS 49 (1957), s. 146. Ten sam papież do uczestników kongresu neuropsychofarmakologii (9 września 1958), w: AAS 50 (1958), s. 694; Kongregacja Nauki Wiary, *Deklaracja o eutanazji*; *Evangelium vitae* 65.

nie ma innych sposobów zwalczania w sposób adekwatny symptomów i kiedy cierpienie czy inne nieprzyjemne objawy grożą doprowadzeniem chorego do zniechęcenia i całkowitej utraty nadziei.

Również decyzja o przerwaniu leczenia przedłużającego życie ma wpływ na długość tego życia. Kiedy, w przypadku złośliwego guza, rezygnujemy z interwencji chirurgicznej, z chemioterapii lub naświetlań, pacjent niewątpliwie umrze szybciej. Drastycznym przykładem jest też odłączenie sztucznego oddychania. Odłączenie respiratora może spowodować nagłą śmierć pacjenta. Jeśli chodzi o odczucia, nie ma wielkiej różnicy pomiędzy takim gestem a wstrzyknięciem zbyt dużej dawki insuliny czy morfiny w celu położenia kresu życiu. Jednak, w niektórych sytuacjach, decyzja o przerwaniu leczenia przedłużającego życie jest ogólnie akceptowana, nawet jeśli powoduje śmierć chorego. Czyż nie trzeba się zgodzić, że działając w ten sposób stajemy się panami życia i śmierci? Niektórzy autorzy wnioskujeją z tego, że równie dopuszczalne jest przerwanie życia poprzez podanie śmiertelnych specyfików<sup>19</sup>

W tym kontekście należy sobie uświadomić, że dysponowanie życiem i śmiercią nie oznacza dysponowania momentem śmierci. Ten element jest ważny dla osądu etycznego. Dysponowanie życiem oznacza bowiem taksowanie wartości życia cielesnego, jak gdyby nie było ono dobrem samym w sobie, i wyciągnięcie w razie potrzeby wniosku, że lepiej je poświęcić, aby oszczędzić cierpienia uznanego za niemożliwe do zniesienia. Tego rodzaju racje nie muszą być jednak koniecznie rozważane, kiedy rezygnujemy z leczenia przedłużającego życie, nawet jeśli można się spodziewać, że pociągnie to za sobą śmierć chorego.

### *Adekwatność terapii*

J. van den Berg opisuje przypadek pacjenta, któremu amputowano obydwie nogi i miednicę, a więc prawie połowę ciała, aby radykalnie wyeliminować złośliwy guz i towarzyszące mu przerzuty<sup>20</sup>. Czy gdyby zrezygnowano z tej operacji, oznaczałoby to zamiar położenia kresu jego życiu? Oczywiście, że nie. Nie ma bowiem znaku równości pomiędzy minusami i plusami takiej operacji; interwencji nie można więc określić jako adekwatnej. Zupełnie inny byłby przypadek czło-

<sup>19</sup> J. Rachels, *Active and Passive Euthanasia*, w: *The New England Journal of Medicine* 292 (1975), 78-80; D. W. Brock, *Voluntary Active Euthanasia*, w: *Hastings Center Report* 22 (1992) nr 2, s. 10-22.

<sup>20</sup> J. H. van den Berg, *Medische macht en medische ethiek*, Nijkerk 1969, s. 31-34.

wieka w podeszłym wieku, chorego na zapalenie płuc, ale nie mającego innych problemów ze zdrowiem, który odmówiłby leczenia antybiotykami i z tego powodu by umarł. Jeśli ten człowiek byłby w pełni władz umysłowych, należałoby wyciągnąć z tego wnioski, że chciał śmierci. Ryzyko i uboczne skutki leczenia antybiotykami nie mają większego znaczenia; w tym przypadku korzyści są więc znacznie większe od stron ujemnych. Leczenie jest środkiem całkowicie proporcjonalnym.

„Właściwa ocena środków może być dokonana wtedy, gdy rodzaj zastosowanej terapii, stopień jej trudności i związanych z nią niebezpieczeństw, konieczne dawki oraz możliwość zastosowania, zestawimy ze spodziewanymi rezultatami, uwzględniając w sposób właściwy stan chorego, jak również jego siły psychofizyczne. (...) Podobnie wolno przerwać użycie takich środków, ilekroć nie osiąga się spodziewanych skutków. W podejmowaniu jednak takiej decyzji, należy wziąć pod uwagę słuszne pragnienie chorego i jego domowników oraz opinie prawdziwie biegłych lekarzy. Ci ostatni rzeczywiście będą mogli przede wszystkim dokonać słusznej oceny, kiedy koszt środków i zatrudnionych do tego ludzi nie jest proporcjonalny do przewidywanych skutków oraz gdy stosowane środki lecznicze zadają choremu ból lub powodują uciążliwości większe od przewidywanych korzyści”<sup>21</sup>.

Kiedy korzyści i uciążliwości są jednakowe, leczenie jest obligatoryjne; odmowa oznacza dobrowolny wybór śmierci. Jeśli natomiast istnieje dysproporcja pomiędzy korzyściami i uciążliwościami, nie jesteśmy zobligowani do znoszenia terapii. Zdarza się, że istnieje ewidentna dysproporcja pomiędzy korzyściami i uciążliwościami, jak na przykład w przypadku generałów Franco czy Tity, których życie było przedłużane z przyczyn politycznych, bez żadnej szansy na wyzdrowienie. Jeśli leczenie okazuje się nieproporcjonalne, nie musi być stosowane. Korzyścią może być zachowanie życia, ale także poprawa stanu chorego<sup>22</sup>. Jeśli chodzi o uciążliwości, myślimy automatycznie o skutkach ubocznych, o komplikacjach i o ewentualnym kalectwie spowodowanym przez leczenie: moralisci traktowali zawsze amputację nogi jako interwencję wyjątkową, a więc nieobligatoryjną.

<sup>21</sup> *Deklaracja o eutanazji; Veritatis splendor* 65; Papieska Rada ds. Duszpasterstwa Służby Zdrowia, *Karta pracowników służby zdrowia*.

<sup>22</sup> Na temat różnych korzyści i uciążliwości, zob. Kongregacja Nauki Wiary, *Deklaracja o eutanazji*; K. W. Wildes, *Ordinary and extraordinary means and the quality of life*, w: *Theological Studies* 57 (1996), 500-512.

Niektórym trudno jest zrozumieć, że trzeba również brać pod uwagę koszty. *Deklaracja o eutanazji* Kongregacji Nauki Wiary wspomina jednakże o tym aspekcie (zob. cytowany wyżej tekst). W Holandii i Belgii, gdzie praktycznie wszyscy mają ubezpieczenia zdrowotne, temat kosztów hospitalizacji nie rodzi tylu problemów, ale na przykład w Stanach Zjednoczonych sytuacja jest całkowicie odmienna. J. Hardy, który – jak widzieliśmy – mówi o obowiązku zakończenia życia w niektórych okolicznościach, opisuje przypadek 87-letniej kobiety, cierpiącej na poważną chorobę serca. Chociaż prawdopodobieństwo, że przeżyje jeszcze sześć miesięcy, było mniejsze niż 50 %, domagała się ona, by ją leczono nie zważając na koszty, dzięki czemu żyła jeszcze dwa lata. Jej 55-letnia córka, jedyna krewna starszej pani, zrezygnowała z pracy i z kariery zawodowej, wydała wszystkie swoje oszczędności i została zmuszona do sprzedaży domu, aby zapłacić za leczenie swojej matki<sup>23</sup>. W tym przypadku jest oczywiste, że leczenie nie było proporcjonalne; wprost przeciwnie, można je określić jako niewspółmierne. Nie będę tu mówił – jak Hardy – o obowiązku rozstania się z życiem, ale co najwyżej o obowiązku zrezygnowania z ratowania za wszelką cenę swojego życia, a w konsekwencji o obowiązku zaakceptowania nieuniknionej śmierci. Te dwa sformułowania dzieli wielka przepaść. Jak widzieliśmy, według Hardy’ego obowiązek śmierci zakłada nie tylko rezygnację z leczenia przedłużającego życie, ale także obowiązek aktywnego położenia kresu życiu.

Nauczycielski Urząd Kościoła może przedstawiać jako ogólną zasadę jedynie różnicę pomiędzy leczeniem proporcjonalnym, nieproporcjonalnym i dysproporcjonalnym. O tym, co w danym przypadku jest proporcjonalne, a co nie, może zdecydować wyłącznie lekarz, opierając się na poważnej ekspertyzie, na własnym doświadczeniu i na zasadzie ostrożności. Chory powinien pozwolić dokładnie się poinformować o korzyściach i uciążliwościach terapii. Jeśli jest w pełni władz umysłowych, to on zdecyduje w ostatecznym rozrachunku, czy terapia, która ma przedłużyć jego życie, zostanie mu zaaplikowana, czy też nie. Jeśli nie może tego zrobić, uczyni to za niego lekarz po skonsultowaniu się z rodziną pacjenta.

W wielu przypadkach różnica pomiędzy terapią medyczną proporcjonalną, nieproporcjonalną i dysproporcjonalną nie jest jednoznaczna. Istnieje zawsze strefa niepewności, gdy trudno jest ustalić tę różnicę

<sup>23</sup> J. Hardy, *Is there duty to die?*, dz. cyt.

i gdy różni lekarze mogą, w dobrej wierze, nie być tego samego zdania. Jak na przykład potraktować przypadek 50-letniej kobiety z guzem mózgu? Jeśli nie zostanie zoperowana, można się spodziewać poważnych powikłań neurologicznych i śmierci chorej wśród cierpień. W przypadku operacji, istnieje prawie stuprocentowe prawdopodobieństwo wyzdrowienia, ale uszkodzony zostanie ośrodek mowy i chora stanie się niema. W podobnych przypadkach wybór jest trudny, zwłaszcza gdy nie bardzo można porozmawiać o nim z chorym.

Podobny problem pojawia się w przypadku pacjentów, którzy znajdują się w stanie utrzymującej się wegetacji. Czy należy ich żywić i nawadniać? Odżywiając ich i nawadniając przy użyciu sondy, udaje się czasem przedłużyć ich życie o dziesiątki lat. Ale szansa na odzyskanie przytomności jest minimalna. Także tu chodzi o oszacowanie wszystkich „za i przeciw”; trudno jest z góry powiedzieć we wszystkich przypadkach, że dana terapia jest proporcjonalna. *Karta pracowników służby zdrowia* Papieskiej Rady ds. Duszpasterstwa Służby Zdrowia stwierdza: „Pokarm i napój, podawane także sztucznie, należą do normalnych zabiegów, zawsze należnych choremu, jeśli nie są ciężarem dla chorego; ich odmówienie może oznaczać prawdziwą i właściwą eutanazję” (nr 120).

### **Pomóc żyć: zabiegi paliatywne**

Nikt nie może żyć negacją. Nie wystarczy powiedzieć, że eutanazja i pomoc w samobójstwie są nieupoważnione. W niektórych przypadkach jest bardzo zrozumiałe, że chory pragnie umrzeć. Nawet jeśli zrezygnuje się z obowiązku utrzymywania go przy życiu przez odpowiednią terapię medyczną, pozostaje jedno zadanie: pomóc mu żyć dalej. Żyje jeszcze, nawet jeśli jego stan jest terminalny. Kiedy utrzymanie życia przestaje być opcją, konieczna jest aktywna pomoc, nie mająca nic wspólnego z bierną rezygnacją.

Ta aktywna pomoc jest zapewniona w postaci zabiegów paliatywnych, które Światowa Organizacja Zdrowia definiuje w sposób następujący: „Opieka paliatywna jest całościową, czynną opieką nad chorymi, których choroba nie poddaje się skutecznemu leczeniu przy czynowemu. Obejmuje ona zwalczanie bólu i innych objawów oraz opanowywanie problemów psychicznych, socjalnych i duchowych chorego”

„Opieka paliatywna ceni życie, uznając umieranie za proces natu-

ralny”<sup>24</sup> Ma pomóc nieuleczalnie choremu żyć nadal, nie przedłużając sztucznie jego życia. „Opieka paliatywna nie przysparza dni życia, ale życia dniom”<sup>25</sup>

Pomoc paliatywna ma nie tylko charakter medyczny i techniczny, ale bierze pod uwagę wszelkie aspekty życia ludzkiego. Cecha typowa dla naszych czasów, przede wszystkim skrajny indywidualizm, o którym tu mówiliśmy, zostaje w tym wypadku przewyciężona. Jest to bardzo ważne. Cierpienie społeczne, samotność osoby chorej, która traci wszelki kontakt z bliźnim, jest częstokroć gorsze od cierpień fizycznych i psychicznych. Chorzy w stanie terminalnym, którzy zostają umieszczeni w ośrodku medycyny paliatywnej, na oddziale czy w hospicjum, odzyskują często ducha, lepiej się ich leczy, nabierają chęci do życia, chociaż wiedzą doskonale, że długo już nie pożyją. Często okazuje się też, że po przyjęciu do danego ośrodka biorą mniej środków przeciwbólowych, albo w ogóle obchodzą się bez nich; pokazuje to, jak bardzo odporność na ból zależy od całego samopoczucia chorego.

Od czasów starożytnych określenie *palliativum* oznaczało w medycynie jakiegokolwiek rozwiązanie zastosowane po to, aby zakryć oznaki, nie mogąc wyleczyć ukrytej choroby (*palliare* = okryć płaszczem; *pallium* = płaszcz). Święty Marcin przeciął swój płaszcz na dwie części, aby przykryć żebraka u bram Amiens. Czyniąc to, nie rozwiązał problemu biedy, ale człowiek, którego miał przed sobą, się ogrzał. Podobnie opieka paliatywna nie służy wyleczeniu nieuleczalnej choroby, ale ulżeniu cierpieniu, niedoli, niepokoju, samotności chorego podczas ostatniego okresu jego życia. Uzdrowienie wewnętrzne, które jest owocem pełnej uczucia troski, może także zwiększyć u chorego zaufanie i nadzieję pokładaną w Bogu.

Z katolickiego punktu widzenia, towarzyszenie duchowe jest integralną częścią opieki paliatywnej. Konferencja Episkopatu Holandii opowiedziała się za włączeniem zabiegów paliatywnych do pomocy niesionej umierającym<sup>26</sup>

<sup>24</sup> Cyt. u: R. Bruntink, *Een goede plek om te sterven. Palliatieve zorg in Nederland. Een wegwijzer*, Zutphen -Apeldoorn 2002, s. 11; Światowa Organizacja Zdrowia, *Leczenie bólu w chorobach nowotworowych i opieka paliatywna*, Sprawozdanie Komisji Ekspertów, Seria Raportów Technicznych 804, Genewa 1990. Tłum. Janina Kujawska Tenner.

<sup>25</sup> R. Bruntink, dz. cyt., s. 12.

<sup>26</sup> „Care during suffering and dying”, w: *Euthanasia and human dignity. A collection of contributions by the Dutch Catholic Bishops' Conference to the legislative procedure 1983-2001*, Peeters, Utrecht-Leuven, 2002, s. 144-152.

W praktyce się okazuje, że zaproponowanie odpowiednich środków paliatywnych może zapobiec uciekaniu się do eutanazji. Pod koniec 2001 roku lekarze z Amsterdamu, zrzeszeni w stowarzyszeniu Pomoc i Konsultacje w sprawach Eutanazji w Holandii, doradzający kolegom, którzy zostali poproszeni o eutanazję, powiedzieli w jednym z wywiadów, że liczba próśb o eutanazję bardzo zmalała po wprowadzeniu zabiegów paliatywnych. Jeden z tych lekarzy, który wcześniej przeprowadzał eutanazję dwa razy w roku, wyznał: „W ciągu trzech ostatnich lat otrzymywałem jeszcze próśby o eutanazję, ale dzięki mojej wiedzy na temat opieki paliatywnej nie musiałem już przeprowadzić ani jednej”<sup>27</sup>

Instytucje i hospicja, które dysponują zabiegami paliatywnymi, nie zawsze wykluczają eutanazję<sup>28</sup>. Ale nie odpowiada to ich zasadniczemu celowi ani definicji, jaką formułuje Światowa Organizacja Zdrowia. Jak widzieliśmy, zabiegi paliatywne zmierzają do okrycia chorego płaszczem pełnej uczucia troski jego otoczenia, aby w ten sposób wesprzeć jego siły witalne. Położenie kresu jego życiu oznaczałoby zamknięcie go żywcem w tym braku więzi z bliźnim. Wesprzeć go, to utrzymać aż do końca człowieczeństwo życia i jego miejsce we wspólnocie.

tłum. Małgorzata Tryc-Ostrowska

<sup>27</sup> M. Oostveen, *Spijt. Voorvechters van de euthanasiepraktijk bezinnen zich*, w: NCR/Handelsblad 10-11-2001, dodatek sobotni, s. 25.

<sup>28</sup> Por. M. J. P. A. Janssens, *Palliative care. Concept and ethics*, Nijmegen University Press, Nijmegen, 2001 (praca doktorska), s. 125-126.