

DIETER BIRNBACHER

Etyczne aspekty zapobiegania i udzielania pomocy w samobójstwie

W dotychczasowej refleksji filozoficznej dotyczącej samobójstw problem zapobiegania samobójstwom nie odgrywał prawie żadnej roli. Na pierwszy plan wysuwała się zawsze kwestia prawa jednostki do pozbawienia się życia, czyli zagadnienie moralnej dopuszczalności samego samobójstwa. Prawie nigdy natomiast nie pojawiał się problem prawa czy też obowiązku przeszkodzenia każdemu, kto chce się zabić, w realizacji jego zamiaru. Jednego z powodów tego zaniedbania doszukiwano się, według obiegowych, ale — jak zobaczymy — dyskusyjnych opinii, w tym, że odpowiedź na pytanie o moralne prawo do samobójstwa zawiera zarazem odpowiedź na pytanie o moralne prawo do przeszkodzenia w samobójstwie, i to w taki sposób, że jeśli zabijanie siebie samego jest moralnie nieuprawnione, to musi być tym samym moralnie nieuprawnione zaniechanie interwencji w przypadku samobójstwa, któremu można zapobiec, bądź współdziałanie w jego realizacji. Gdyby jednak zabicie siebie samego było moralnie dozwolone, to winno być moralnie dozwolone zarówno nieingerowanie, jak i udzielanie pomocy w samobójstwie.

Tradycyjne eksponowanie problemu moralnej oceny samobójstwa i usuwanie na plan dalszy moralnej oceny przeciwdziałania samobójstwu jest odwrotnie proporcjonalne do praktycznej i naglącej potrzeby rozważenia kwestii interwencji w przypadku usiłowań samobójczych. Z praktycznego punktu widzenia rzeczą nieporównanie ważniejszą niż sam problem samobójstwa jest posiadanie norm, które można by praktycznie stosować przeciwdziałając zamachom samobójczym. Po pierwsze, jest znacznie bardziej prawdopodobne, że każdy może znaleźć się w sytuacji, w której będzie miał do czynienia z czyimiś skłonnościami lub zachowaniem samobójczym (i będzie musiał się tak czy inaczej zachować w formie

bezpośredniej interwencji bądź niereagowania) niż to, że sam znajdzie się w sytuacji, w której mogłoby się pojawić niebezpieczeństwo popełnienia samobójstwa przez niego samego. Po drugie, istnieją znacznie większe szanse na to, że na faktyczne postępowanie osoby przeciwdziałającej w konkretnej sytuacji samobójstwu wywrą pewien wpływ względy moralne. Problemy moralne jawią się jej bowiem wówczas jako o wiele bardziej doniosłe i będzie się ona starała kierować w swym postępowaniu zasadami moralności i względami moralnymi. U samego samobójcy natomiast krytyczna sytuacja psychiczna, w jakiej się on wówczas z reguły znajduje, znacznie osłabia gotowość do refleksji moralnej. W centrum przeżyć samobójcy nie znajduje się zwykle konflikt sumienia, czyli konflikt między normami, lecz konflikt między pragnieniem dalszego życia a pragnieniem przerwania stanu doznawanego jako nie do zniesienia albo też kwestia zemsty czy też ukarania przez samobójstwo bądź usiłowanie popełnienia go, siebie lub kogoś innego. I chociaż do powstania myśli i planów samobójczych przyczynić się mogą niejednokrotnie również mniej lub bardziej moralnie zabarwione uczucia wstydu i winy, to jednak rzadko wydają się one odnosić jedynie do samego aktu samobójczego. Moralna ocena samobójstwa zależy zwykle od siły pożądania samobójstwa (*Erwünschtheit der Suizids*), siły przeświadczenia, iż samobójstwo jest jedynym nieodwołalnym możliwym wyjściem oraz od skłonności do oceniania czynu samobójczego jako moralnie niewątpliwego¹. Poza tym jest rzeczą wątpliwą, czy na silnie emocjonalnie zabarwione oceny człowieka zamierzającego popełnić samobójstwo może w ogóle wpłynąć w jakimś znaczniejszym stopniu świadomość moralna, tzn. argumenty czysto dyskursywne (a nie środki terapeutyczne) i czy oceny te można w ogóle przypisywać samej osobie samobójcy, czy też winny być one traktowane po prostu jako symptomy leżącej u podstaw całego problemu konkretnej choroby bądź zaburzeń psychicznych.

Moralna ocena zapobiegania samobójstwom wydaje mi się doniosła również z trzeciego powodu. Właśnie w przypadku problemu tak emocjonalnie obciążonego, jak kwestia interwencji zapobiegającej samobójstwu, pojawia się pokusa zaoszczędzenia sobie trudu przeprowadzenia szczegółowych rozważań i preferowania uproszczonych, ogólnikowych sądów. Sądy te mogą być niekiedy przydatne jako pewne orientacyjne „wytyczne” określające sposób działania w konkretnej sytuacji, nie wytrzymują jednak próby poważnej ich weryfikacji. Tak więc w prostych i składniach pomocnych popularnych publikacjach zamiast długich wywodów znajdujemy często formułę następującą: „Jako potencjalny sprawca czynu każdy samobójca jest człowiekiem chorym i dlatego nie jest za czyn swój odpo-

¹ A. Reiner, Ch. Kulesa, *Ich sehe keinen Ausweg mehr. Suizid und Suizidverhütung — Konsequenzen für die Seelsorge*, München—Mainz 1981, s. 69.

wiedzialny. Jako ofiara natomiast wymaga on ochrony przed sobą samym”². Choć jest to rozumowanie, które bez trudu każdy uzna, jego przesłanki i wnioski nie są bynajmniej oczywiste. Należy przede wszystkim stwierdzić, iż często dziś formułowana teza, że u podstaw wszystkich samobójstw leży choroba, nie jest wcale mniej dogmatyczna niż głoszone dawniej koncepcje, w myśl których każde samobójstwo jest przestępstwem. Nikt nie przeczy, iż źródłem pewnej liczby samobójstw są choroby psychiczne, depresje endogenne lub inne psychozy; uderza jednak to, że przypisywane uwarunkowaniom chorobowym liczby samobójstw lub usiłowań popełnienia samobójstwa wykazują tak ogromne wahania u różnych autorów. Przytaczane liczby oscylują bowiem między trzydziestoma a stoma procentami. Podobny brak zgodności występuje w kwestii kategorii, za pomocą których klasyfikuje się czynniki uważane za przyczyny samobójstw lub prób ich popełnienia. Niektórzy autorzy interpretują np. — mniej lub bardziej apriorycznie — symptomy depresyjne jako objawy schorzeń depresyjnych, podczas gdy inni jednoznacznie przyznają, iż krótkotrwałe depresyjne stany emocjonalne o charakterze reaktywnym mogą występować także niezależnie od schorzeń depresyjnych. Należałoby więc w ogóle postawić pytanie, czy samo pojęcie choroby psychicznej nie wymaga dokładniejszego sprecyzowania i czy jego interpretacja nie jest zbyt uzależniona od poglądów panujących w różnych szkołach, trendów i mody, by służyć za podstawę szeroko rozumianych norm praktycznych. Poza tym musimy wyrazić wątpliwość w odniesieniu do wnioskowania, iż chorobowe uwarunkowanie samobójstwa wiąże się w sposób konieczny z brakiem wolności woli samobójcy. W przypadku chorób psychicznych o przebiegu cyklicznym np. zdolność rozumienia ograniczona jest tylko w fazach choroby właściwej. A nawet wówczas, gdy prawdą jest, że osoba ciężko chora psychicznie nie jest zwykle w stanie ocenić swojej sytuacji ze zrozumieniem, nie należy wykluczać, iż czasami na samobójstwo oparte na zrozumieniu swojej sytuacji chorobowej decyduje się nie tylko człowiek chory somatycznie, ale i człowiek chory psychicznie. Nie należy więc przede wszystkim skłaniać się do tego, by w związku z samobójstwem formułować daleko idące postulaty dotyczące pojęcia choroby, tak jak ma to miejsce np. w odniesieniu do pojęcia poczytalności w prawie karnym. Formułowanie zbyt rygorystycznych warunków, jakim odpowiadać ma „wolne” działanie, prowadzić może łatwo do takich konsekwencji, w świetle których żadnego czynu karal-

² K. Thomas, *Warum weiter leben? Ein Arzt und Seelsorger über Selbstmord und seine Verhütung*, Freiburg 1977, s. 35.

nego nie będziemy już mogli uważać za czyn wolny⁸. Dlatego też ani przesłanki cytowanej formuły, ani wyprowadzona z niej pierwsza konsekwencja nie mogą być bez zastrzeżeń uważane za powszechnie ważne. Z tych samych powodów nie można również wyprowadzać wniosku, że we wszystkich przypadkach winniśmy uniemożliwiać samobójcy realizację jego zamiaru. Nawet w przypadkach, w których nie ulega wątpliwości, że dobrowolna decyzja popełnienia samobójstwa nie może być uważana za w pełni wolną, nie jest wcale oczywiste, że nie mogą w tym wypadku istnieć także inne przyczyny (np. przedłożenie wcześniejszego oświadczenia woli danej osoby, aby nie ratować jej w przypadku popełnienia przez nią samobójstwa) dopuszczające do popełnienia samobójstwa. W dalszym ciągu artykułu rozważę bardziej szczegółowo te i podobne kwestie.

Najpierw zajmę się krótko zagadnieniem, które w dotychczasowych rozważaniach wysuwało się na plan pierwszy, mianowicie problem, czy człowiek ma moralne prawo pozbawienia się życia, albo czy ma obowiązek zachowania swego życia nawet wtedy, gdy pragnie je zakończyć? W dotychczasowej etyce obowiązek zachowania własnego życia formułowany jest dwojako: raz jako obowiązek, jaki spoczywa na człowieku niezależnie od tego, w jakiej mierze zamierzone przezeń samobójstwo dotyczy innych, a więc jako obowiązek „wobec siebie”; innym razem natomiast jako obowiązek, który uwzględnia faktyczne czy też możliwe następstwa samobójstwa dla innych ludzi. Wyprzedzając dalsze rozważania można zauważyć, że ów ewentualny obowiązek zachowania własnego życia jako „obowiązek wobec siebie” nie da się — jak sądzę — w żaden sposób uzasadnić. Wśród argumentów, które mają świadczyć na rzecz istnienia takich obowiązków, nawet te trzy, które na pierwszy rzut oka wydają się najbardziej wiarygodne i które niżej rozważę, okazują się ostatecznie nie do przyjęcia, po części wskutek wewnętrznych sprzeczności, po części zaś z powodu niemożności pogodzenia ich z rozumianym w sensie najszerszym „humanistycznym” wizerunkiem człowieka, który dominował i nadal dominuje w kulturze zachodniej.

Pierwszym, i nadal najbardziej rozpowszechnionym argumentem, jest argument teologiczny. Wychodząc z założenia, że życia naszego nie zawdzięczamy ani sobie samym, ani też naszym rodzicom, lecz w ostatecznej instancji dobrej woli Boga-Stwórcy argument ten głosi, iż właśnie dlatego tylko Bogu przysługuje wyłączne prawo decydowania o tym życiu. W pierwszej wersji, w jakiej argument ten jest przedstawiony, mówi się o naszym życiu jako o „darze Bożym”, który otrzymaliśmy od Boga

⁸ W związku z tym por. A. Eser, *Neues Recht des Sterbens? Einige grundsätzliche Betrachtungen*, w: A. Eser (ed.), *Suizid und Euthanasie als human- und socialwissenschaftliches Problem*, Stuttgart 1976, s. 398.

bez jakiegokolwiek z naszej strony udziału i którego nie powinniśmy przeto unieścić. Główna trudność związana z tą wersją polega przede wszystkim na tym, że jako „dar” określamy zwykle rzecz, która przez akt darowania przechodzi na naszą własność i daje nam prawo decydowania o niej, podobnie jak w przypadku innych dóbr. Ponadto wyobrażenie daru, którego przyjęcia nie można odmówić, stoi w pewnej sprzeczności z dobrą wolą darczyńcy, na której argument ten się opiera. Słusznie i krótko skomentował to jeden z autorów teologicznych: „Do przyjęcia daru zmusza tylko ten, kto w zasadzie niczego podarować nie chce”⁴.

Druga wersja argumentu teologicznego rezygnuje z traktowania życia jako daru; nie rezygnuje jednak z dobrej woli Boga. W ujęciu Immanuela Kanta w jego *Vorlesungen über Moralphilosophie* (które nie odzwierciedla własnego stanowiska Kanta, lecz panujące w jego czasach poglądy) głosi ona: człowiek, który „znajduje się pod opieką łaskawego Pana, postępuje występnie, kiedy przeciwstawia się jego zamiarom”⁵. Przeciw temu argumentowi zarzut wysunął już David Hume (a więc już przed Kantem!) stwierdzając, że oprócz skracania życia za pomocą medycznych i innych sztucznych środków można za ich pomocą również je przedłużać, gdyż służą one właśnie do korygowania opieki „dobrotliwego Pana” ku większemu pożytkowi człowieka. Poza tym argument ten jest dyskusyjny także i dlatego, że jeśli jakiś człowiek wątpi w sens swego dalszego życia, to wątpliwe jest również i to, czy opieka, jaką nad życiem i śmiercią roztoczył Pan, winna być nadal uważana za obowiązującą (*gültig*).

Wreszcie trzecia wersja argumentu teologicznego wychodzi z założenia, iż nie powinniśmy podnosić ręki na siebie dlatego, że — znów słowami Kanta — „Bóg [...] jest Panem naszej własności, a my [...] Jego własnością”⁶. Ta wersja nie daje się oczywiście podważyć tak łatwo przez argumentację Hume’a, jak wersja druga, bowiem „poddany” (Kant) ma pełne prawo, o ile nie wręcz obowiązek, podtrzymywać swoją zdolność do pracy (*Arbeitskraft*) za pomocą „sztucznych” środków, choć z drugiej strony nie ma on jednak żadnego prawa do zmniejszenia swej użyteczności dla Pana przez okaleczenie się lub samobójstwo. Wersji tej można też zarzucić, iż feudalno-absolutystyczny punkt widzenia, na którym się ona opiera (i który zakładany jest zapewne milcząco w dwu pierwszych wersjach), jest wręcz diametralnie przeciwstawny dominującym w naszej kulturze ideom autonomii człowieka. Nie należy jednak przez to rozu-

⁴ F. Hammer, *Selbsttötung philosophisch gesehen*, Düsseldorf 1975, s. 79.

⁵ I. Kant, *Vorlesungen*, wyd. przez Deutsche Akademie der Wissenschaften zu Berlin, Bd. 4,2. Halbband, 2. Teil, Berlin 1979, s. 193.

⁶ Ibid.

mieć, że wierzący chrześcijanin nie może traktować stosunku do Boga jako takiego właśnie stosunku własności, w którym oddaje w Jego ręce decyzję o czasie swej śmierci. Twierdzimy tylko, że ten sposób widzenia nie może być wiążący dla całego społeczeństwa, a więc dla innowierców i niewierzących. Będąc zasadą swoiście religijną, nie może ona претендовать do takiej ogólności i ważności, jaka przysługuje właściwym zasadom moralnym.

Drugi argument o moralnej niedopuszczalności samobójstwa stanowi poniekąd zlaicyzowaną wersję pierwszego, teologicznego argumentu. Przesuwa on instancję obligującą z Boga na samego człowieka. Według filozofii moralnej Kanta, która służyć może za prototyp tego sposobu ujmowania tej kwestii, rdzeń osobowości każdego człowieka jest sam przez się czymś boskim i nie podlega kontroli jednostki. Kto podnosi rękę na siebie, ten wykracza przeciw tej metafizycznej świętości tkwiącej w nim samym. Siła tego argumentu jest jednak osłabiona zasadniczo przez to, że etycy metafizyczni, tacy jak Kant, nigdy nie wyjaśniają przekonująco, dlaczego istnienie owego postulowanego przez nich istotnego rdzenia każdego człowieka ma tak nieporównywalnie wysoką wartość, iż jej zachowanie zasadniczo równoważy wszystkie cierpienia, jakie samobójca musiałby w danym przypadku wziąć na siebie. Zwłaszcza Kant nie potrafi w najmniejszym stopniu uprawomocnić postulowanej przez siebie jaźni „właściwej” (*das eigentliche Selbst*) będącej zwykłym konstruktem, nie posiadającym żadnych punktów oparcia w rzeczywistości doświadczalnej. Ma ona wprawdzie być dla człowieka źródłem zdolności czynienia tego, co moralnie słuszne, ale wnioskowanie redukcyjne wychodzące od empirycznego charakteru danego indywiduum i prowadzące do istnienia owej „wyższej” jaźni, jest jednak zasadniczo niemożliwe⁷. Ale dopóki istnienie tej metafizycznej zdolności do posiadania owej „wyższej” jaźni nie zostanie powiązane z jakimikolwiek intersubiektywnie sprawdzalnymi kryteriami, to postulaty takie mogą być traktowane jedynie jako wyraz wiary i respektowanie ich musi być pozostawione subiektywnemu uznaniu każdej jednostki.

Także trzeci argument moralnej dopuszczalności samobójstwa prowadzi do Kanta. Głosi on, że nie możemy chcieć niczego, co powodowałoby, iż warunki możliwości tego chcenia zostałyby podważone, czyli — mówiąc słowami Kanta — nie możemy unicestwić naszego życia mocą swojej woli, ponieważ „użycie wolnej woli możliwe jest tylko przez to, że podmiot istnieje”⁸. Nie jest to jednak, oczywiście, odpowiedź na pytanie, w jaki sposób z trywialnego faktu, iż możemy chcieć tylko dopóty, dopóki żyjemy, wynikać ma również, że nie możemy chcieć zakończenia życia (czyli

⁷ Ibid., s. 190.

⁸ Ibid., s. 187.

móc chcieć tego, aby później już niczego nie móc chcieć); a przecież jesteśmy w stanie użyć naszej woli również do tego, aby uczynić coś, co doprowadzi do czasowego bądź trwałego zniesienia (*Aufhebung*) tej wolnej woli, jak np. wówczas, gdy z pełną świadomością następstw upijamy się czy też wówczas, gdy bezgranicznie oddajemy się jakiejś namiętności. Trudno więc uznać, iż trzeci argument dowodzi moralnej niedopuszczalności samobójstwa, gdyż on ją po prostu zakłada. Nie jest on żadnym samoistnym argumentem, zakłada bowiem, iż któryś z podanych wyżej argumentów został już wcześniej zaakceptowany.

Kiedy Kant ze względów moralnych zabraniał samobójstwa, zależało mu na zachowaniu osoby metafizycznej, „tego, co w człowieku wieczne” (Scheler), a nie na zachowaniu konkretnego życia ludzkiego. Gdyby chodziło jedynie o zachowanie życia, nie byłoby żadnej racji dla formułowania zakazu absolutnego, niezależnego od preferencji jakiegokolwiek jednostki: „Samobójstwo nie dlatego jest odrażające i niedozwolone, że życie winniśmy traktować jako tak wysokie dobro [...] gdyż wówczas od każdego zależałoby, czy uważa on je za wysokie dobro”⁹. Postulat zachowania życia ludzkiego może uzasadniać absolutny zakaz samobójstwa tylko wtedy, gdy będzie rozumiany tak, iż życiu ludzkiemu jako takiemu, niezależnie od tego, jak jest ono oceniane przez konkretną jednostkę, przyznana zostanie wartość najwyższa i to najwyższa w takim rozumieniu, iż jej zachowanie uzasadni największe nawet ofiary (niezależnie od tego, jak wątpliwe mogą być następstwa zaniechanego czy też uniemożliwionego samobójstwa w najgorszym nawet przypadku). Zasada taka prowadzi zresztą m. in. do konsekwencji tak absurdalnej, że zobowiązuje nie tylko do nieograniczania przyrostu naturalnego ludności, ale wręcz do forsowania go, bez troszczenia się o to, jaką jakość życia mogłyby mieć dodatkowo urodzone osoby. Wymaga ona, abyśmy zmienili kierunek podejmowanych przez nas obecnie wysiłków: z wysiłków zmierzających do polepszenia w możliwie najwyższym stopniu jakości życia — na wzrost ilości życia, czyli na maksymalizację reprodukcji (biologicznej).

W świetle tych rozważań (kiedy świadomie abstrahowaliśmy od następstw, jakie samobójstwo pociąga dla innych ludzi) decyzja za samobójstwem lub przeciw samobójstwu nie może być traktowana ani jako moralnie nieprawomocna, ani jako moralnie prawomocna, lecz jako moralnie neutralna. Decyzję taką, o ile nie wchodzi w grę żadne ważne następstwa dla innych ludzi, należy oceniać nie jako moralnie naganą czy moralnie wartościową, lecz po prostu jako dobrze lub źle przemyślaną, rozsądną bądź nierozsądną, mądrą albo niemądrą. Ten sposób widzenia, wyłączający samobójstwo z obszaru stosowania ocen moralnych,

⁹ Ibid., s. 190.

odpowiada stanowisku przyjmowanemu przez większość współczesnych etyków świeckich. Wywodzi się ono pierwotnie z osiemnastowiecznej filozofii oświecenia (Montesquieu, Voltaire, Holbach), która w sposób istotny przyczyniła się do poprawy prawnej sytuacji samobójcy lub jego rodziny (rodzinie tej bowiem często „za karę” konfiskowano majątek). Fakt, iż ten oświecony sposób widzenia miał w przeszłości charakter przeważnie defensywny, należy przypisać wpływom panującej wówczas etyki chrześcijańskiej. Ostre potępienie samobójstwa przez etykę teologiczną — od czego współcześni teologowie dystansują się coraz bardziej — w sposób decydujący przyczyniło się do tego, że koncepcja, w myśl której człowiek ma obowiązek zachowania życia, jeszcze do niedawna uważana była za element „panującej opinii”. Jeszcze 10 marca 1954 r. Wielki Senat Wydziału Spraw Karnych Federalnego Sądu Najwyższego wydał opinię, iż „Prawo moralne stanowczo potępia każde samobójstwo, z wyjątkiem być może przypadków najskrajniejszych, ponieważ nikt nie powinien samowładnie rozporządzać swoim własnym życiem i zadawać sobie śmierć”¹⁰.

Ewentualne moralne zastrzeżenia wobec samobójstwa zgłaszane są na ogół w tych przypadkach, w których wskutek samobójstwa naruszone zostają prawa lub uzasadnione interesy innych ludzi. Chodzi wówczas nie tyle o społeczeństwo w ogólności, co o członków rodziny i innych bliskich. Jak wykazał to już David Hume, wywodzący się od Arystotelesa i Tomasza z Akwinu argument, że samobójca szkodzi państwu bądź społeczeństwu w ogóle, nie odnosi się do znacznej większości samobójstw. Ale samobójstwo oznacza często trudną do nadrobienia stratę dla niezamężnych członków rodziny samobójcy, dla tych, którzy oplakiwać muszą stratę ukochanej osoby, nie mogąc zrozumieć motywów jej czynu, dla tych, których samobójstwo to przytłacza poczuciem winy, czy też dla tych, którzy w jego następstwie zostają w swoim środowisku społecznym tak czy inaczej napiętnowani. Jak wielkie muszą być te następstwa, by mogły zmusić niedoszłego samobójcę do uznania za swój obowiązek, aby ze względu na innych nie urzeczywistniał swego samobójczego zamiaru i żył dalej — pozostanie zawsze sprawą analizy konkretnego przypadku i przyjmowanych kryteriów moralnych. Ogólnie powiedzieć można tylko tyle, że im donioślejsze są racje, które wpływają na decyzję samobójcy, tym ściślejsze winny być kryteria dotyczące altruistycznych aspektów tej decyzji. Ale niezależnie od tego, czym innym jest postulowanie moralnej doniosłości względów altruistycznych w teorii, a czym innym uwzględnienie ich w praktyce. Praktyczne uwzględnianie altruistycznych aspektów takiej decyzji jest w tym przypadku utrudnione szczególnie przez to, że wielu samobójców nie liczy się wręcz ze szkodami wyrządzonymi przez

¹⁰ Bundesgerichtshof (Sąd Najwyższy RFN), Urteile in Strafsachen (BGHSt), Bd. 6 (1954), s. 153.

ich czyn swoim bliskim. Co więcej, pisząc do nich listy pożegnalne wzmocniają w nich jeszcze przypisywane im *implicite* poczucie winy. W związku z silnym zabarwieniem emocjonalnym motywów samobójczych (zemsta i kara) takie wyrzuty moralne niewiele na ogół mają sensu.

Z drugiej strony, za moralną słusnością (i wartością moralną) samobójstwa będą przemawiać względy altruistyczne zawsze wtedy, gdy popełniane jest ono ze względu na innych ludzi, np. gdy bojownik ruchu oporu przez popełnienie samobójstwa pragnie zapobiec ujawnieniu tajemnicy na torturach bądź gdy człowiek chronicznie lub nieuleczalnie chory chce w ten sposób oszczędzić swym bliskim trudów opiekowania się nim czy ponoszenia na niego wydatków. I niezależnie od tego, jak rzadko takie akty osobistej ofiary mają miejsce, ich jakość moralna jest tak oczywista, iż nawet Kant czuł się zmuszony w tym przypadku uczynić wyjątek w jego skądinąd rygorystycznym potępieniu samobójstwa.

W poważnych przypadkach łamania prawa lub naruszania słusnych interesów innych ludzi, osoby trzecie mają na ogół obowiązek powstrzymania potencjalnego samobójcy przed spełnieniem jego zamiaru. W naszym kontekście jest rzeczą ważną, aby dostrzegać, iż obowiązek przeszkodzenia samobójcy w spełnieniu jego zamiaru może spoczywać na osobie trzeciej także wtedy, gdy następstwa jego czynu mogą wprawdzie w mniejszym jedynie stopniu dotyczyć innych ludzi, a sam czyn samobójczy uważany być może za moralnie obojętny, ale z punktu widzenia interesów samego samobójcy jest on nierozumny lub wręcz bezsensowny. Jesteśmy nie tylko moralnie zobowiązani przeszkodzić każdemu — o ile możemy to uczynić bez narażania się na zbyt duże niebezpieczeństwo — kto zamierza zabić, zranić czy w inny sposób poważnie uszkodzić drugiego człowieka, ale także i w niektórych takich przypadkach, w których zamierza on sam sobie wyrządzić znaczną lub nieodwracalą szkodę. Nawet najbardziej płomienni orędownicy zakazu wszelkich opiekuńczych interwencji w osobistą wolność decyzji jednostki w interesie tejże jednostki zrelatywizowały swoją zasadę w odniesieniu do niektórych, szczególnie drastycznych przypadków. John Stuart Mill uważał nie tylko za moralnie dozwolone, lecz nawet za moralnie obowiązujące, by powstrzymać przemocą przechodnia, który chciałby nieświadomie wejść na zawalający się most. Uważał on również za moralnie obowiązujące, by człowieka, który rujnuje swoje zdrowie — wprawdzie bez uciekania się do przemocy, lecz przez udzielanie mu dobrych rad i perswazję — odwieść od zachowania, którym szkodzi sam sobie. Oznacza to, iż nawet wówczas, gdyby istniało coś takiego, jak moralne prawo do samobójstwa, nie ograniczone przez jakiegokolwiek obowiązki wobec siebie czy innych ludzi, możliwe byłoby, że inni mimo to mogliby być zobowiązani do powstrzymania samobójcy — w jego własnym interesie — przed wykorzystaniem tego

prawa. I chociaż w większości przypadków sam akt samobójczy oceniać możemy nie według powszechnych kryteriów moralnych, lecz tylko w świetle indywidualnie rozumianych kryteriów mądrości, tzn. na podstawie wiedzy o interesach i skali wartości samego samobójcy, to jednak nie jest to koniecznie wiążące dla zachowania się innego człowieka, przeciwdziałającego, nie przeciwdziałającego czy popierającego czyjeś destruktywne w stosunku do siebie samego postępowanie. Okoliczność, że nie istnieje taka koncepcja moralna, na podstawie której bylibyśmy w stanie ocenić samo samobójstwo, wcale nie implikuje, iż nie istnieją pewne podstawy dla moralnej oceny interwencji w przypadku samobójstwa. Ważność zachowuje bowiem twierdzenie ogólne, w myśl którego kryteria moralne, decydujące o moralnej ocenie przeciwdziałania bądź współdziałania w czyimś samobójczym postępowaniu, nie pozostają w żadnym bezpośrednim związku z kryteriami odnoszącymi się do oceny aprobowanych lub blokowanych sposobów postępowania, lecz są z nimi powiązane w sposób pośredni i złożony. Z tego, że jakiś sposób postępowania jest moralnie naganny, nie wynika automatycznie, iż mamy obowiązek czy też chociażby prawo przeciwdziałania jego realizacji, nie mówiąc już o tym, by przeciwdziałać mu przy użyciu przemocy. Nawet, gdyby homoseksualizm był moralnie naganny, nie znaczyłoby to, że automatycznie mamy prawo przeciwdziałania zachowaniom homoseksualnym przy pomocy kary. Niezależnie od moralnej niedopuszczalności danego sposobu postępowania ograniczenie wolności osobistej wymaga dalszych uzasadnień; winniśmy np. wiedzieć, czy dane, moralnie wątpliwe postępowanie szkodzi innym za ich wiedzą czy też nie bądź naraża ich na bardzo wysokie ryzyko. Także ten, kto uważa, iż należy potępić samobójstwo ze względów moralnych, nie dysponuje jeszcze *eo ipso* zasadną podstawą dla wykazania np. konieczności stosowania państwowych środków przymusu (w rodzaju umieszczania osób zagrożonych samobójstwem w zamkniętych oddziałach klinik psychiatrycznych). Ale także i ten, kto wszystkie przypadki samobójstwa traktuje jako moralnie obojętne, nie zajmuje postawy swoistego *laissez-fairyzmu*, w myśl którego w żadnym wypadku nie sposób uzasadnić interwencji przeciwdziałającej samobójstwu, a więc nawet wówczas, gdyby polegała ona na stosowaniu pozabawionych przemocy środków perswazji i przekonywaniu.

Na pytanie o normy moralne dotyczące moralnej oceny interwencji zapobiegających samobójstwu, którymi chciałbym się teraz zająć, nie ma, według mego rozeznania, prostej odpowiedzi. Byłoby wręcz samookłamywaniem się, gdybyśmy chcieli zdać się na uogólnienia w rodzaju tego, iż żadne samobójstwo nigdy nie powinno być dozwolone czy też, że nigdy nie powinniśmy pomagać w popełnianiu samobójstwa. Takie wygodne uogólnienia mogą służyć jako dyrektywy praktyczne (*Faustregel*), które

stosuje się wówczas, gdy konieczna jest natychmiastowa interwencja, a więc wtedy, gdy działamy w ograniczonym czasie i opieramy się na ograniczonym zasobie informacji. Łatwo można jednak wykazać, że są one nieodpowiednie w tych przypadkach, gdy ograniczenia te nie występują. Jako pierwszą regułę metodologiczną w poniższych rozważaniach przyjmujemy przeto regułę, w myśl której problem takich „dyrektyw praktycznych” (albo „reguł praktycznych”), które winny być stosowane w sytuacjach wyraźnie niedookreślonych, powinien być wyraźnie oddzielony od problemu norm „idealnych”. Te ostatnie winny odnosić się do pewnych hipotetycznych sytuacji, w których znane są wszystkie istotne czynniki. W naszym przypadku będą to przede wszystkim: diagnoza samobójcy, dotychczasowe jego dzieje oraz jego prognoza indywidualna, tzn. obiektywno-statystyczne prawdopodobieństwa wszelkich leżących przed nim przyszłych jego możliwości życiowych. Poniżej będziemy postępować z reguły tak, jak gdyby warunek „idealnej wiedzy” był faktycznie spełniony, by następnie uzyskane na podstawie tego założenia reguły przełożyć na reguły praktyczne.

Drugą regułą metodologiczną, którą chcemy w naszych rozważaniach uwzględnić, jest reguła maksymalnej bezstronności. Reguła ta wynika bezpośrednio z postulatu, by normy moralne były ważne w sposób uniwersalny, tzn. z postulatu, by były one zasadniczo akceptowalne przez wszystkich, których w jakikolwiek sposób dotyczą. W praktyce, w refleksji naszej to, jakie normy moralne pragniemy uznać za odnoszące się do danego obszaru życia, zależy świadomie bądź nieświadomie głównie od tego, w jaki sposób sami jesteśmy uwikłani w ten obszar życia i jakie interesy osobiste zamierzamy w nim realizować. Ta druga reguła metodologiczna wymaga, byśmy tę uwarunkowaną przez interesy perspektywiczność właściwych nam sposobów oceny moralnej starali się możliwie najlepiej przezwyciężyć w imię stanowiska szerszego i ogólniejszego. Postulatowi temu możemy zadośćuczynić być może najlepiej wówczas, gdy wyobrazimy sobie, iż argumenty nasze formułujemy spoza pewnej fikcyjnej „zasłony niewiedzy” i nie wiemy, w jakiej mierze norma, którą mamy ustanowić faktycznie odnosić się będzie do nas samych. Nie wiemy np., czy w przypadku faktycznego obowiązywania danej normy dotyczącej np. „sprawiedliwych” praw podatkowych znajdziemy się wśród wygranych. Koncepcja zasłony niewiedzy, wywodząca się z filozofii społecznej Johna Rawlsa, służy więc do tego, by decyzje w sprawie norm podejmowane były w taki sposób, jak gdyby możliwości podlegania danej normie były dla każdego równie prawdopodobne. Koncepcję tę można też traktować jako unaocznienie tego rozumowania, które Kant zarysował w konstrukcji „imperatywu kategorycznego”, tzn. rozumowania, w myśl którego należy rozważyć, jakiego „prawa powszechnego” „moglibyśmy

chcieć" uwzględniając warunek, że w przypadku hipotetycznego przyjęcia danej normy za powszechnie ważną moglibyśmy należeć zarówno do grona tych, których norma ta dotyczyłaby w sensie pozytywnym, jak i do grona tych, których dotyczyłaby w sensie negatywnym. I chociaż oba te modele myślowe, Rawlsa i Kanta, nie są na tyle jednoznaczne, by same z siebie zmuszały nas do uznawania określonych norm — gdyż dopuszczają pewną różnorodność ujęć — to jednak tkwi w nich pewna tendencja do ograniczania liczby norm podlegających wyborowi do zbioru tych norm, które w mniejszym stopniu wyrażają określone realne, subiektywne skłonności, pragnienia i postawy osób dokonujących tego wyboru niż ma to miejsce np. podczas głosowania w parlamencie.

Jeśli przyjmiemy takie założenie, to wyraźnie rysuje się droga do rozwiązania pierwszej części naszego problemu, mianowicie znalezienia odpowiedzi na pytanie, w jakich warunkach winniśmy przeszkodzić człowiekowi zamierzającemu popełnić samobójstwo w urzeczywistnieniu jego samobójczych zamiarów. Aby bowiem móc podjąć decyzję, musimy wpięrow postawić pytanie: jakie wymogi stawiać mamy normom, które mają być sformułowane za „zasłoną niewiedzy”? Jakie cele ogólne mają być osiągnięte przez poszukiwaną w ten sposób regulację tak, aby na ich podstawie móc orzec, które spośród rozpatrywanych norm odpowiadają im najbardziej?

Pierwszym celem, którym kierujemy się w naszych decyzjach podjętych za „zasłoną niewiedzy” jest niewątpliwie minimalizacja ryzyka, by w przypadku czynu nie przemyślanego bądź desperackiego, albo spowodowanego ostrą depresją, nie powstała sytuacja, w której, mimo istnienia odpowiednich możliwości zapobieżenia temu czynowi, nie wykorzystano ich do przeszkodzenia w jego dokonaniu lub dla odratowania niedosłego samobójcy. Ów warunek stawiany proponowanej normie ma tak doniosłe znaczenie właśnie dlatego, iż szczególnie często spotyka się próby samobójcze odpowiadające temu opisowi. Pragnienie śmierci bywa w takich przypadkach ambiwalentne, tzn. śmierć jest w nich na ogół wprawdzie brana pod uwagę, ale nie jest czymś bezpośrednio chcianym. Z psychologicznego punktu widzenia na plan pierwszy wysuwają się tu momenty apelatywne i demonstratywne (*apellative und demonstrative*). Norma, która ten warunek spełnia — to norma, którą chciałbym nazwać zasadą „ograniczonego paternalizmu”. Głosi ona, że każdemu, kto chciałby popełnić samobójstwo, winniśmy wszelkimi sposobami — a jeśli to konieczne, to nawet przy użyciu przemocy — przeszkadzać w realizacji jego zamiaru, a każdego, kto popełnił samobójstwo powinniśmy wszelkimi środkami starać się przywrócić do życia zawsze wtedy, gdy człowiek ten znając wszelkie istotne w danej sytuacji fakty oraz swoje stałe preferencje oceniłby swoje samobójstwo jako nie przemyślane i nieracjonalne, albo

gdy można się spodziewać, że później rad będzie, iż zamiar jego został udaremniony. Zasada ta jest „paternalistyczna” w tym sensie, że nakazuje osobie, która może zapobiec samobójstwu, chwilowe quasi-ubezwłasnowolnienie samobójcy i przeciwstawienie się jego aktualnie uzewnętrznianej i wyrażanej woli w imię jego własnych trwałych przekonań i postaw wobec wartości. To czy dane samobójstwo lub jego usiłowanie jest krótkowzroczne, pochopne czy też w innym sensie nieracjonalne i wymaga z tego powodu interwencji w ramach ograniczonego paternalizmu, zależy przede wszystkim od tego, jakie możliwości życia ma dany pacjent, a zwłaszcza jaka jest jego prognoza, uwzględniająca wszystkie, realnie dlań dostępne możliwości terapii. Jeśli to wiemy — a możemy założyć, że istotnie wiemy, bo pytamy o normę „idealną”, a nie o odpowiadającą jej „dyrektywę praktyczną” — wówczas możemy ocenić, w jakiej mierze wytworzony przez samego samobójcę obraz przyszłych szans życiowych zniekształcony jest przez jego chorobę psychiczną lub ostrą depresję psychiczną; wiemy zatem, w jakiej mierze np. depresja wywarła pewien wpływ na jego pamięć czy też w jakiej mierze przecenia on znaczenie danej chwili wraz ze swoistą dla niej rozpaczą i poczuciem braku sensu w porównaniu z wielokrotnie dłuższą przyszłością i możliwościami odnalezienia w niej radości i pełni sensu. Tak charakterystycznemu dla zaburzeń depresyjnych „czarnowidztwu” wyobrażeń o przeszłości i przyszłości, a także bezpodstawnemu lękowi przed chorobą i śmiercią (który może być bardziej przynębiający niż sama choroba czy śmierć) ograniczony paternalizm przeciwstawia kryteria realistyczne, uwzględniające wszystkie realne elementy sytuacji i wymaga od osoby potencjalnie podejmującej decyzję w imieniu samobójcy utożsamienia się ze zdrowymi, stabilnymi i rozumnymi elementami jego osobowości, a gdy to konieczne — podjęcia — nawet przemocą — decyzji, którą podjąłby i sam samobójca, gdyby kierował się tymi wyłącznie elementami.

Drugim celem, który winna uwzględniać poszukiwana zasada, jest cel dokładnie komplementarny wobec pierwszego: zasada ta winna minimalizować ryzyko podlegania wszelkim ograniczeniom wolności, które nie znajdują uzasadnienia w naszych trwałych preferencjach. Aby spełniać ten warunek, zasada ograniczonego paternalizmu musi zostać rozszerzona tak, aby nie tylko nakładać obowiązek interwencji we wszystkich przypadkach samobójstw nie przemyślanych lub popełnianych pod wpływem stresu, lecz zarazem zakazywać przeciwdziałania im we wszystkich tych przypadkach, w których samobójstwo — przy realistycznej ocenie sytuacji — odpowiada trwałym preferencjom samobójcy i byłoby pożądane przez niego nawet wtedy, gdyby podejmował on swą decyzję rozumnie, w pełni znając swe przyszłe szanse życiowe. We wszystkich przypadkach, w których samobójstwo jest — w takim właśnie sensie — subiektywne

rozumne, ograniczony paternalizm wymaga więc, byśmy nań przyzwolili i towarzyszyli samobójcy w jego drodze ku śmierci tak, jak towarzyszymy ku śmierci temu, kto umiera śmiercią naturalną.

Ograniczony paternalizm w jego szerszej wersji czyni zadość podanym przez nas celom ogólnym. Jednak to, w jakiej mierze stanowi on zadowalające rozwiązanie naszego problemu, zależy od wpływających zeń konsekwencji praktycznych. Przede wszystkim jednak trzeba krótko wspomnieć o dwóch teoretycznych raczej konsekwencjach, wynikających bezpośrednio z podanej zasady, ale łatwo przeoczanych. Pierwszą konsekwencją jest ta, że odpowiedź na pytanie, czy samobójstwo w świetle trwałych preferencji samego samobójcy jest sensowne czy bezsensowne, rozumne czy nierozumne, nie zależy w pełni i wyłącznie od poznawczo trafnej oceny sytuacji. Nawet w przypadku wiedzy kompletnej, obejmującej zarówno prognozę samobójcy, jak i jego preferencje oraz przekonanie aksjologiczne, odpowiedź na pytanie, czy dane samobójstwo jest rozumne czy nierozumne, zależy częściowo od tego, jaki rodzaj pomocy jest gotów okazać ze swej strony ten, kto sobie to pytanie stawia. Odpowiedź na to pytanie zawiera więc wprawdzie niewielki, lecz niezbywalny moment wymykającej się wszelkim kategoriom poznawczym decyzji osobistej. Po drugie, ograniczony paternalizm opiera się na założeniu, iż — podobnie jak w innych decyzjach praktycznych — także w przypadku decyzji dotyczącej przeciwdziałania bądź nieprzeciwdziałania samobójstwu nie można uzyskać pewności absolutnej. Nawet gdybyśmy dysponowali wiedzą zupełną, nieuniknione jest wzięcie na siebie ryzyka; nie jesteśmy bowiem w stanie poznać przyszłości, a prognozy indywidualne są zawsze tylko prawdopodobne. Zresztą nawet w przypadku wiedzy zupełnej, obejmującej wszystkie dostępne nam obiektywne prawdopodobieństwa statystyczne, określona część opartych na nich decyzji jest obiektywnie błędna. Nie można więc wykluczyć, gdyż tkwi to w samej istocie prawdopodobieństwa, że nawet przy konsekwentnym stosowaniu zasady ograniczonego paternalizmu popełniać będziemy błędy i to w obie strony. Z jednej strony np., wskutek niesłusznego zaniechania naszej interwencji, możemy pozbawić niektórych pacjentów możliwości doznawania szczęścia w przyszłości, z drugiej zaś, w przypadku innych pacjentów, w wyniku nie zaniechania skutecznej interwencji możemy niepotrzebnie przedłużyć ich bezcelowe cierpienia. W jakiej mierze paternalizm ten można nazwać ograniczonym? Zasada ograniczonego paternalizmu jest ograniczona w dwojakim sensie: po pierwsze dlatego, że przyznaje nam prawo interwencji zawsze i tylko wtedy, gdy uwzględni się trwałe przekonania i postawy aksjologiczne samego samobójcy, ignoruje ona natomiast prawa i interesy innych ludzi, niezależnie od tego, czy są to interesy jednostek, czy też społeczeństwa jako całości; po

drugie, ponieważ kryterium, na podstawie którego powinniśmy podejmować decyzje o przeciwdziałaniu lub nieprzeciwdziałaniu samobójstwu, winny być preferencje samego pacjenta. Ktoś, kto taką decyzję podejmuje, nie powinien oceniać racjonalności, słuszności czy jakości moralnej tych preferencji, nie powinien też lekceważyć tych preferencji, które ocenia jako nieracjonalne, niesłuszne czy moralnie wątpliwe. Oba te ograniczenia mają, jak sądzę, decydujące znaczenie dla akceptacji paternalizmu w sytuacjach samobójczych. Oba zmierzają też do zahamowania wszelkich ingerencji w osobistą autonomię pacjenta, których przynajmniej hipotetycznie nie dałoby się usprawiedliwić odwołując się do woli samego pacjenta. W przypadku pierwszego ograniczenia decydujące jest spostrzeżenie, iż nawet w sytuacji, w której popełnienie samobójstwa może być moralnie dwuznaczne, jak np. wtedy, gdy w jego następstwie inni doznaliby znacznych szkód, stosowanie wobec samobójcy przemocy tylko z powodu owych szkód, a nie ze względu na jego własne perspektywy życiowe, nie wydaje się słuszne, ponieważ gdyby nie był chory, szalony czy też nie znajdował się w skrajnej depresji psychicznej, przymusu tego zapewne by nie akceptował. Również w niemieckiej tradycji prawniczej prawny obowiązek ratowania życia samobójcy uważany był zawsze za niezależny od jego użyteczności dla innych; wyjątkiem był okres narodowego socjalizmu, kiedy prawny obowiązek ratowania życia istniał jedynie wówczas, gdy życie to było pożyteczne dla wspólnoty narodowej. Fakt, iż obowiązek ratowania życia osób grożących popełnieniem samobójstwa nadal uzasadniany jest w kodeksach praw wielu krajów związkowych (w RFN) „zagrożeniem bezpieczeństwa lub porządku publicznego”¹¹ pochodzącym rzekomo od osoby zamierzającej popełnić samobójstwo, a nie długotrwałymi interesami samego samobójcy, ocenić należy jako pożałowania godny i wymagający pilnej korekty anachronizm.

Drugie ograniczenie przeciwdziała temu, by ktoś mógł być kiedykolwiek poddawany jakiegokolwiek dobroczynnej tyranii w imię jakiegóś racjonalności, którą nawet w świadomych momentach życia akceptuje on jedynie warunkowo, np. gdy świadomie postanawia, aby w określonych sytuacjach życiowych rezygnować z podejmowania decyzji w sposób racjonalny lub gdy skutek jakiegóś niezbyt uzasadnionej idiosynkrazji bądź jakiegoś osobistego ideału są one częścią jego tożsamości i jako takie zasługują na szacunek. Poniższe, poniekąd sztuczne przykłady zilustrują być może najlepiej, co jest zasadą tego ograniczenia.

Przykład pierwszy: Ktoś, kto z natury podatny jest na wszelkiego rodzaju zabobony i cierpi nadto na niegroźną chorobę wierzy w to, co przepowiada mu jego horoskop: że mianowicie symptomy te są oznakami choroby nowotworowej, na którą wkrótce umrze skutek fizycznej i psy-

¹¹ Patrz np. Psych KG NW, 12 § 11.

chicznej degeneracji. Jego decyzja przyspieszenia końca przez samobójstwo jest traktowana przez wszystkich, których się radzi, jako irracjonalna i niedorzeczna; okazuje się jednak, że liczne i intensywne próby przekonania go nie wywarły żadnego wpływu na tę decyzję.

Przypadek drugi: Osoba będąca ofiarą wypadku może uratować życie jedynie w ten sposób, iż podda się bolesnej, długotrwałej, ale pozbawionej zasadniczo ryzyka terapii. Alternatywą jest powolne umieranie i nieuchronna śmierć. Po długich rozważaniach pacjent ten decyduje się jednak na natychmiastowe samobójstwo. Otwarcie przyjmuje zarzuty, iż jeśli zgodzi się na tę terapię, odzyska zdrowie i będzie mógł żyć, a to wielokrotnie przewyższy jego przejściowe cierpienia. Uznaje nawet, że byłoby rzeczą w pełni „racjonalną” dokonać tego rodzaju bilansu szczęśliwych i nieszczęśliwych chwil życia, jednakże co się tyczy siebie samego możliwość taką odrzuca. Nie pojmuje, dlaczego miałby właśnie w tej sytuacji w ogóle racjonalnie decydować.

W pierwszym przypadku jasne jest, iż nie należy kłamać i stosować przymusu, by skłonić pacjenta do zaniechania jego samobójczego zamiaru. Byłoby to nieznośnym ograniczeniem wolności osobistej, gdybyśmy przyznali tym, którzy dysponują odpowiednimi środkami przymusu, prawo do uniemożliwiania innym korzystania ze swej wolności nawet w taki sposób, jaki nie chroniłby ich przed popełnianiem ciężkich czy wręcz nieodwracalnych błędów. Inaczej będzie jednak wówczas, gdy zmienimy przypadek owego przesądnego pacjenta tak, iż jego przesądnosc nie będzie zgodna z jego stałą postawą życiową, lecz w całości lub częściowo będzie rezultatem jego choroby bądź sposobu jej leczenia (np. wynikiem zażywania leków zmieniających jego świadomość). W takim przypadku ograniczony paternalizm wymaga, by pacjentowi temu, gdyby to było konieczne, przeszkodzić w spełnieniu jego czynu nawet przy użyciu siły. Podobnie jest w przypadku drugim. O ile nie ma oznak świadczących, iż w pragnieniu popełnienia samobójstwa przez tego pacjenta mamy do czynienia z symptomami przejściowej depresji emocjonalnej — powstałej np. w wyniku szoku powypadkowego — to z pewnością i w tym przypadku nie możemy postulować, by siłą przeszkodzić mu w realizacji jego samobójczego zamysłu. Ale nawet wtedy, gdy zachowanie pacjenta w świetle wszystkich znanych nam pojęć racjonalności określić trzeba jako „irracjonalne”, nie wolno nam ograniczać jego wolności do podejmowania decyzji na przekór racjonalności — zwłaszcza wtedy, gdy decyzja ta jest starannie przemyślana i w pełni świadoma wszystkich konsekwencji.

Zanim spróbujemy przełożyć podstawową zasadę ograniczonego paternalizmu na „reguły praktyczne”, musimy uporać się z pewnym zarzutem, jaki w tym miejscu mógłby zostać wysunięty. Głosi on, że ograniczone

ingerencje paternalistyczne w indywidualną wolność osoby X, we własnym interesie tegoż X, oparte są na założeniu, że w przypadku zaniechania tej ingerencji X później by tego żałował. (W ten sposób można uzasadniać liczne, niekwestionowane obowiązki paternalistyczne wobec dzieci czy nawet niektóre dyskusyjne działania paternalistyczne wobec dorosłych, jak np. obowiązek zapinania pasów bezpieczeństwa). Cechą swoistą samobójstwa jest jednak to, że przedstawione rozumowanie nie daje się w tym wypadku stosować. Jeśli bowiem zaniechamy ingerencji w akt samobójczy, to nie jest możliwy żaden żal, gdyż samobójca już nie żyje. Jakże — można zapytać — mamy przeszkadzać komuś, w jego własnym interesie, w popelnianiu samobójstwa podejmowanego pod wpływem impulsu czy choroby, skoro w danej sytuacji sama śmierć jawi się samobójcy jako mniejsze zło, a w przyszłości śmierć w ogóle nie może być dla niego złem, ponieważ wówczas w ogóle już go nie będzie? Podobny zarzut został sformułowany przez Roberta M. Martina, posługującego się pojęciem „prawdziwych” i „fałszywych” potrzeb w sposób następujący. W przypadku samobójstwa — w odróżnieniu od innych przypadków stosowania pojęcia potrzeby „fałszywej” — przestaje istnieć podmiot, który mógłby doznać szkody wskutek tego, że spełniona zostaje jego „fałszywa” potrzeba czy też przyzwoli się na jej zaspokojenie. Przeciwdziałanie samobójstwu w interesie samego samobójcy jest, w myśl tego zarzutu, niezależnie od wszelkich argumentów moralnych, przemawiających „za” lub „przeciw” temu, czymś wręcz bezsensownym — jest logicznym absurdem. Śmierć jest złem, tzn. czymś godnym ubolewania i żalu, tylko wtedy, gdy przedkładamy nad nią życie. Jednakże samobójca w swojej sytuacji przedkłada śmierć nad dalsze życie. Jak więc winien wyglądać rachunek, zgodnie z którym samobójca mógłby mieć później interes w tym, aby go uratować, skoro obliczenie takie musi z konieczności pozostać hipotetyczne.

Aby przeciwstawić się temu zarzutowi, winniśmy powrócić raz jeszcze do koncepcji „zasłony niewiedzy”, w myśl której normy regulujące ingerencję w akt samobójczy powinny być formułowane zgodnie z naszą drugą regułą metodologiczną. Zgodnie z modelowym wyobrażeniem owej „zasłony niewiedzy”, normy moralne, jakie mamy ustanowić, formułowane być winny niezależnie od sytuacji, w jakiej się znajdujemy; muszą one uwzględniać wszystkie możliwe sytuacje, w jakich moglibyśmy się znaleźć, aby w ten sposób zagwarantować nam, iż wybierzemy ostatecznie taką normę, którą będziemy mogli zaakceptować po uwzględnieniu wszystkich punktów widzenia albo która przynajmniej będzie bardziej godna akceptacji niż wszelkie normy konkurencyjne wobec niej. Podleganie jakiejś normie może jednak występować w dwóch zupełnie odmiennych formach: podleganie jej w wyniku jej stosowania (bądź prze-

strzegania) albo podleganie jej w następstwie jej obowiązywania (lub akceptowania). Stosowanie i obowiązywanie (*Anwendung und Geltung*) danej normy — to dwie różne rzeczy, co przejawia się choćby w tym, że niektóre normy prawa, np. te, które ustanawiają sankcje karne za przestępstwa takie, jak morderstwo czy uszkodzenie ciała, mają taką konstrukcję, by samo ich obowiązywanie (*Geltung*) możliwie skutecznie zapobiegało ich zastosowaniu. W naszym przypadku oznacza to, iż nawet wówczas, gdyby zastosowanie zasady ograniczonego paternalizmu dotyczącej ingerencji w akt samobójczy okazało się w danym przypadku bezsensowne, to nie oznaczałoby to wcale zakwestionowania sensowności obowiązywania (*Geltung*) tej zasady w ogóle. Jak jednak widzieliśmy, obowiązywanie zasady paternalizmu wcale nie jest pozbawione sensu. Gwarantuje ona wręcz pewność, iż zostanie w konkretnym przypadku zastosowana, a pewność ta dotyczy każdego, kto w swoim życiu może znaleźć się w takiej sytuacji, w której będzie pragnął popełnić samobójstwo. Obejmuje więc ona długie okresy, w których, według wszelkich reguł, nie będzie on chciał skrócić swego życia wskutek reakcji neurotycznej czy też w następstwie krótkowzrocznych i błędnych decyzji. Podobnie jak jakieś bezsensowne zastosowanie prawnych sankcji karnych wobec konkretnego mordercy za popełnienie przezeń morderstwa nie wystarcza jeszcze samo przez się do nazwania bezsensownym zagrożenia karą za popełnienie morderstwa (jeśli jest ono bezsensowne, to dlatego, że zagrożenie karą nikogo nie odstrasza od popełnienia morderstwa), tak i ewentualna bezsensowność konkretnej ingerencji w akt samobójczy nie przemawia jeszcze *eo ipso* przeciw sensowności takiej praktyki w odniesieniu do wszystkich możliwych samobójców w czasie całego ich życia. Jeśli więc jesteśmy zainteresowani, aby zarówno teraz, jak i w przyszłości mieć pewność, że zostaniemy powstrzymani przed popełnieniem rozpaczliwego czynu, którego ani wcześniej, ani później nie bylibyśmy skłonni akceptować ani też zrozumieć, to musimy przyjąć takie rozwiązanie, które ochroni nas nieco przed nami samymi.

Przechodząc od norm idealnych do dyrektyw praktyki, czyli reguł praktycznych, oprócz ogólnego postulatu, by reguły te pod względem treści zbliżały się możliwie najbardziej do norm idealnych, winniśmy uwzględnić dodatkowe aspekty, wiążące się bezpośrednio z ich szczególnym zadaniem. Reguły praktyczne winny znajdować zastosowanie także wówczas, gdy — jak to ma miejsce w schorzeniach i zaburzeniach psychicznych — niepewna jest cała diagnoza, a w przypadku diagnozy pewnej — prognoza co do tendencji samobójczej i jej przebiegu. Winny one być nadto sformułowane tak prosto, by umożliwiały jak najdokładniejszą ocenę ich praktycznego zastosowania zarówno w odniesieniu do sto-

sującej je osoby, jak i tych, których potencjalnie dotyczą; a gdy chodzi o samobójstwo, to do klasy tej należą prawie wszyscy.

Pierwszą regułą praktyczną, którą, jak sądzę, można wyprowadzić z zasady ograniczonego paternalizmu jest ta, iż każdemu, kto usiłuje popełnić samobójstwo lub jest bliski jego popełnienia, winno się uniemożliwić przy użyciu wszelkich środków, nie wyłączając nawet przemocy, stworzenie zagrożenia dla swego życia, a jeśli to możliwe należy go poddać opiece psychoterapeutycznej lub psychiatrycznej. Na gruncie ograniczonego paternalizmu za regułą tą przemawiają dwie ważne konstatacje empiryczne. Po pierwsze, większość samobójców, którym udało się uniknąć śmierci dzięki ingerencji z zewnątrz, z góry obrało taką metodę popełnienia samobójstwa, przy której istniały duże szanse ich odratowania. Można z tego wnioskować, że nie chcieli oni naprawdę umrzeć, a swoje usiłowania popełnienia samobójstwa traktowali przede wszystkim jako wołanie o pomoc bądź jako próbę wywarcia presji. Kto naprawdę pragnie umrzeć, może — o ile nie został umieszczony w oddziale zamkniętym bądź nie jest zbyt osłabiony fizycznie — starać się przede wszystkim o to, by nie zostać znalezionym. Także fakt, iż wiele osób zamierzających popełnić samobójstwo nawiązuje kontakt z „telefonem zaufania” lub centralą zapobiegania samobójstwom, przemawia z reguły przeciw jednoznaczności właściwego im pragnienia śmierci. Ta niejednoznaczność pragnienia śmierci w każdym przypadku wystarcza do uzasadnienia obowiązku ingerencji.

Po drugie, wszystko świadczy o tym, że znaczna większość odratowanych samobójców cieszy się, że żyje. Dwunastu samobójców, którzy przeżyli skok z mostu Golden Gate w San Francisco (spośród ogółem siedmiuset osób, jakie zeń skoczyły) poparło propozycję zbudowania na tym moście urządzenia przechwytyjącego samobójców¹². Według badań studyjnych Centrum Zapobiegania Samobójstwom w Los Angeles tylko 2% pacjentów w ciągu dwóch lat po nawiązaniu pierwszego kontaktu z tym ośrodkiem popełniło samobójstwo i tylko około 1% pacjentów doniosło o podjęciu próby samobójstwa po upływie czasu nieco dłuższego niż dwa lata¹³. Podobne badania przeprowadzone przez Chicago Call for Help Clinic wykazały, że spośród tysiąca trzystu osób, które telefonowały do tej kliniki, po upływie osiemnastu miesięcy samobójstwo popełniło osiem osób, cztery przypadki były niejednoznaczne, a pięć dalszych zgonów było skutkiem alkoholizmu. W sumie więc około 99% osób telefonujących do kliniki żyło nadal bądź też zmarło wskutek chorób o jednoznacznie

¹² A. S. Duncan, G. R. Dunstan, R. B. Welbourn (eds), *Dictionary of Medical Ethics*, London 1981, s. 130.

¹³ C. I. Wold, *A Two-Year Follow-Up of Suicide Prevention Center Patients*, „Life-Threatening Behaviour” 3 (1973), s. 178 i n.

somatycznych przyczynach¹⁴. Ponieważ usiłowanie popełnienia samobójstwa musi być traktowane jako szczególne i dramatyczne wołanie o pomoc, przeto moralny obowiązek udzielenia pomocy, tam gdzie to jest możliwe przez lekarzy, terapeutów, oficjalnych opiekunów samobójcy oraz członków rodziny i przyjaciół, jest oczywisty. Sytuację samobójcy należy traktować jako sytuację rozpaczliwego kryzysu, z której on sam nie potrafi się uwolnić i która z tego właśnie powodu usprawiedliwia potrzebę poświęcenia mu znacznych sił, starań i cierpliwości ludzkiej. Do zadań leczenia wspomagającego, zmierzającego do „odtrucia” pacjenta po pierwszej interwencji kryzysowej, należy przede wszystkim wzmocnienie własnych sił samobójcy, które mają pomóc mu przetrwać w patogenym otoczeniu (np. w małżeństwie, rodzinie, pracy) lub skuteczne usunięcie konfliktów, którym on sam nie jest w stanie stawić czoła¹⁵.

Wydaje mi się, iż drugą regułą praktyczną, którą powinniśmy wyprowadzić z zasady „idealnego”, ograniczonego paternalizmu, winna być reguła głosząca, że użycie środków przymusu powinno być ograniczone do takich przypadków, które w myśl pierwszej reguły praktycznej wymagają natychmiastowej interwencji, a więc do przypadków, w których próba popełnienia samobójstwa została już podjęta bądź też istnieje bezpośrednia groźba jej podjęcia. Ograniczenie to staje się zrozumiałe, gdy z jednej strony uwzględni się niepewność towarzyszącą zwykle ocenie stopnia zagrożenia samobójstwem, z drugiej natomiast, wzięwszy pod uwagę niewątpliwie negatywny charakter samych środków przymusu. Z jednej strony, istnieje niebezpieczeństwo, że zwłaszcza ci, którzy są najsilniej osobiście zaangażowani w zapobieganie samobójstwom, mogą przecenić stopień zagrożenia rzeczywistego popełnienia aktu samobójczego w przypadku zaobserwowania typowego „syndromu przedsamobójczego”. Z drugiej strony, użycie przymusu należy traktować jako środek ostateczny nie tylko dlatego, że łatwo niszczy on zaufanie pomiędzy pacjentem a lekarzem, wskutek czego ostateczne powodzenie terapii staje się wątpliwe, ale i dlatego, że poniżając wolę pacjenta stanowi atak na jego ocenę samego siebie oraz godność ludzką — a na to ważyć się można jedynie w przypadku wyjątkowo doniosłych powodów. Chociaż ograniczony paternalizm przedstawia tak istotne powody, to stosowanie tej zasady powinno być obwarowane mocnymi restrykcjami po to, aby jak najbardziej zredukować liczbę przypadków nieuzasadnionego obiektywnie (w rozumieniu ograniczonego paternalizmu) stosowania przymusu.

Trzecia reguła praktyczna winna ograniczać czas trwania przymusu. W grę wchodzi tu okres od dwudziestu czterech godzin do sied-

¹⁴ J. Wilkins, *A Follow-Up Study of Those Who Called a Suicide Prevention Center*, „American Journal of Psychiatry” 127 (1970), s. 155.

¹⁵ Por. K. Thomas, *Warum weiter leben?*, s. 98.

miu dni. Poza tym okresem pozostawanie pod opieką lekarską (o ile jest ona oferowana) powinno być dobrowolne. W warunkach niepełnej wiedzy reguła ta przywraca równowagę między pierwszym celem ograniczonego paternalizmu, tzn. przeciwdziałaniu wszelkim usiłowaniom popełnienia samobójstwa nie przemyślanego lub podejmowanego pod wpływem przejściowej depresji oraz samobójstwem podejmowanym pod wpływem uleczalnych zaburzeń funkcji podstawowych i celem drugim, zgodnie z którym we wszystkich przypadkach, w których istnieje duże prawdopodobieństwo, że pomoc okaże się daremna, winniśmy pozostawić samobójcy wolną rękę. W przypadku wielu neurotycznie uwarunkowanych względów nieistotnych już sam akt uświadomienia sobie, że się ledwie z życiem uszło spod ich wpływu, powinien wystarczyć, by samobójcę odwieść od narażania swego życia na niebezpieczeństwo. Reguła ta staje się jaśniejsza również w świetle analizy pewności oczekiwań rzeczywistych i potencjalnych samobójców. Dzięki niej autentyczni pacjenci nie mają już na samym początku uczucia, iż są mniej lub bardziej bezsilni i zdani na czas nieokreślony na łaskę „instytucji totalnej”, a u pacjentów potencjalnych (a więc praktycznie u każdego) przyczynia się ona istotnie do wytworzenia przekonania, iż będzie respektowana ich własna autonomia w określaniu tego, co dla nich najlepsze. Z perspektywy „zasłony niewiedzy”, zalety te są wystarczająco doniosłe, by podjąć ryzyko związane z faktem, iż po upływie przymusowego leczenia pacjent popełnił samobójstwo, któremu przy dłuższym leczeniu można by zapobiec.

Podobne ograniczenie czasu, co w przypadku stosowania przymusu odnosi się do stosowania taktyki kłamstwa, do której często musi się uciekać osoba udzielająca pomocy w interesie życia pacjenta. Okłamywanie, np. w kwestii podawanych leków czy szans powodzenia stosowanych bądź zalecanych terapii, winno być traktowane jako jedna z form werbalnego quasi-przymusu zmierzającego — acz przy użyciu innych środków — do osiągnięcia tego samego celu. Kłamstwo motywowane dobrem pacjenta i stosowane przez tych, którzy chcą mu pomóc, rodzi wątpliwości dotyczące zarówno właściwego mu zaufania, jak również jego autonomii oraz godności własnej. Prawo do taktycznego kłamstwa musi podlegać więc podobnym ograniczeniom, jak prawo do stosowania przymusu. Tak więc nawet wtedy, gdy jest ono niezbędne dla krótkotrwałej ingerencji w sytuacji kryzysowej, pacjent winien, najpóźniej po kilku dniach, dysponować na nowo prawem do prawdziwej informacji.

Dotychczas mówiliśmy jedynie o interwencjach zapobiegających samobójstwu. Jakie zasady winny obowiązywać w przypadku pomagania w samobójstwie, czyli — mówiąc językiem prawniczym — w przypadkach współdziałania (*Beihilfe*) w samobójstwie? („Wspomaganie” (*Unterstützung*) lub „współdziałanie” (*Beihilfe*) rozumiane jako udzielenie pomo-

cy w dokonaniu (*Ausführung*) samobójstwa, a nie jako umacnianie bądź rozbudzanie pragnienia samobójstwa). Problem udzielania pomocy w popełnieniu samobójstwa jest zagadnieniem w najwyższym stopniu złożonym, które w tym miejscu jedynie zwięźle możemy scharakteryzować. Jako normę idealną ustanowimy na gruncie „zasłony niewiedzy” taką normę, która zawsze, ilekroć dane samobójstwo można będzie uważać za „racjonalne” w świetle trwałych przekonań samego samobójcy, nakładać będzie zarówno obowiązek nieinterweniowania, jak i — o ile będzie to pożądane — obowiązek udzielenia mu pomocy w jego dokonaniu. Kto w świetle swych obiektywnych przekonań osobistych podejmuje „racjonalną” i zgodną z normą idealną decyzję popełnienia samobójstwa, którego nie jest w stanie dokonać bez cudzej pomocy, znajduje się w sytuacji przymusowej, w której inne osoby są zobowiązane do udzielenia mu pomocy, podobnie jak w innych sytuacjach przymusowych¹⁶. Konsekwentnie więc winniśmy uznać zasadę, że w przypadku samobójstwa, które w świetle trwałych przekonań pacjenta jest nie przemyślane bądź nieracjonalne, udzielenie mu pomocy w jego popełnieniu powinno być — zgodnie z ową normą idealną — moralnie zabronione (przy czym przez „udzielenie pomocy” nie powinno się w tym wypadku rozumieć oczywiście samego np. zwolnienia z oddziału zamkniętego, co tłumaczy trzecia reguła praktyczna, lecz czynne kroki umożliwiające dokonanie samobójstwa). „Przekładając” normy idealne na reguły praktyki winniśmy uwzględnić wątpliwości diagnostyczne oraz prognostyczne i dlatego też musimy rozważyć ryzyko wiążące się z jednej strony z pomaganiem w popełnieniu rzekomo „racjonalnego”, ale obiektywnie „nieracjonalnego” samobójstwa, z drugiej natomiast z nieudzieleniem pomocy w przypadku rzekomo „nieracjonalnego”, ale obiektywnie „racjonalnego” samobójstwa, jeśli bez tej pomocy nie mogłoby być ono popełnione. Trudno jest w tym wypadku zasadnie rozstrzygnąć, co należy uczynić; w świetle „zasłony niewiedzy” decydujący wydaje się jednak taki punkt widzenia, w myśl którego obowiązek pomagania w popełnieniu samobójstwa może spoczywać na osobie z zewnątrz tylko wtedy, gdy po zasięgnięciu rady u większej liczby informatorów i osób znających sytuację może ona uzyskać pewność, iż dany pacjent pragnąłby je popełnić w danych okolicznościach nawet wtedy, gdyby znajdował się w odmiennej sytuacji bądź też wtedy, gdy w sposób udokumentowany wypowiedział się on w przeszłości tak, że jeśli w przyszłości wyrazi pragnienie popełnienia samobójstwa, to

¹⁶ Por. także R. Brandt, *The Morality and Rationality of Suicide*, w: S. Perlin (ed.), *A Handbook for the Study of Suicide*, New York 1975, s. 385; W. Kamlah, *Philosophische Anthropologie. Sprachliche Grundlegung und Ethik*, Mannheim 1973, s. 178; tenże, *Meditatio mortis. Kann man den Tod „verstehen” und gibt es ein „Recht auf den eigenen Tod”?*, Stuttgart 1976, s. 23.

pragnie, by inni udzielili mu w tym pomocy, jeśli będzie to konieczne. Jeśli ta ostatnia ewentualność nie zachodzi, wówczas obowiązek udzielenia mu w tym pomocy spoczywa zasadniczo jedynie na tych, którzy zarówno znają go dostatecznie dobrze, aby rozpoznać jego nastawienie, jak również są w stanie ocenić szanse jego wyleczenia; tak więc spoczywa on na bliskich mu osobach, np. na lekarzu, który podejmuje ostateczną decyzję w porozumieniu z leczącymi pacjenta lekarzami. W przypadkach, kiedy nie jest pewne, lecz wysoce prawdopodobne, że pragnienie popełnienia samobójstwa jest zgodne z trwałymi przekonaniem pacjenta, potencjalny pomocnik winien mieć raczej wolną rękę w sprawie udzielenia lub nieudzielenia pomocy. Winien on więc mieć prawo, ale nie obowiązek udzielenia pomocy. Z perspektywy „zasłony niewiedzy” zmniejszy się więc — w przypadku nieuleczalnej choroby, którą człowiek przykuły jest do łoża — pewność, iż możliwe jest samodzielne określenie czasu swej śmierci przez samobójstwo; perspektywa ta nie zachęca też nikogo spośród potencjalnych pomocników samobójcy do obarczania swego sumienia w przypadkach niezupełnie jednoznacznych. Dyskusyjne pozostaje jednak, czy obowiązek pomocy w popełnieniu samobójstwa winien mieć miejsce także w tych przypadkach, w których potencjalny pomocnik, mimo iż jest pewny, że pragnienie popełnienia samobójstwa odpowiada trwałym przekonaniom pacjenta, jednakże on sam przekonania tego nie podziela bądź go nie pojmuje, jak w przykładzie z przesądnym pacjentem. W tych przypadkach zobowiązanie osób postronnych do współdziałania w takim samobójstwie, które kierując się dobrymi racjami uważać muszą za bezsensowne, wydaje się wątpliwe.

We wszystkich pozostałych przypadkach, a więc wówczas, gdy nie jest wysoce prawdopodobne, że samobójstwo jest zgodne z trwałymi przekonaniem pacjenta, moralne prawo do udzielania pomocy w jego popełnieniu winno być zawieszane dlatego, aby zmniejszyć ryzyko popełniania samobójstw, których dokonanie możliwe jest tylko z cudzą pomocą, a które zarazem są obiektywnie „nieracjonalne”. Niekiedy lekarze podnoszą zastrzeżenie, że udzielanie pomocy w popełnieniu przez pacjenta samobójstwa jest równoznaczne ze sprzeniewierzeniem się obowiązkowi lekarza, które wymagają odeń usunięcia przyczyn rozpaczliwej sytuacji, będącej powodem samobójstwa¹⁷. Proponowane rozwiązanie nie podlega temu zarzutowi, bo albo istnieje jakaś szansa usunięcia przyczyn samobójstwa (choroby somatycznej, zaburzeń psychicznych bądź niemożności znalezienia sensu w swoim życiu), wskutek czego zgodnie z podanymi dyrektywami praktycznymi osobom postronnym nie przysługuje prawo udzielenia pomocy w dokonaniu samobójstwa, albo szansa ta, według najlepszej wiedzy i sumienia, musi być oceniona jako niewielka bądź wręcz

¹⁷ M. B. Heifetz, C. Mangel, *Das Recht zu Sterben*, Frankfurt 1976, s. 92.

znikoma i — zgodnie z ustalonymi wyżej regułami — pojawia się wówczas prawo lub obowiązek udzielenia takiej pomocy; nie może to jednak wiązać się z tak dużym ryzykiem, by nie dałoby się ono usprawiedliwić w ramach „zasłony niewiedzy”.

Do wypływającego z powyższych rozważań postulatu, by w niektórych przypadkach mieć nie tylko prawo do udzielenia pomocy w popełnieniu samobójstwa, lecz wręcz obowiązek, wielu lekarzy odniesie się z rezerwą, jeśli wręcz nie z wrogością. Nie dziwi nas to, bowiem lekarze bardziej podlegają zasadom przywracania zdrowia, życia czy też przedłużania życia niż obowiązkowi respektowania woli pacjenta także i wtedy, gdy podejmuje on decyzję wymierzoną przeciw własnemu życiu. Nie można odmówić pewnej słuszności pogładowi wyrażonemu przez „antypsychiatrę” Szasza, iż dla wielu lekarzy bezkompromisowa ideologia ratowników życia jest wręcz niezbędna, gdyż „w przeciwnym razie nie mogliby wykonywać swej codziennej pracy”¹⁸. Znajduje to uzasadnienie w fakcie, iż wielu lekarzy, terapeutów i opiekunów traktuje samobójstwo swojego pacjenta jako wyraz niskiej oceny ich wysiłków i często nie może oprzeć się uczuciu osobistej urazy. Zbiorowość lekarzy wydaje się ponadto być klasą ludzi nadprzeciętnie lękliwych, wypierających silniej niż inni myśl o śmierci¹⁹. Nie podzielam tej klasycznej tezy Szasza, jakoby lekarze byli tak mało inteligentni, by nie można było rozmawiać z nimi racjonalnie o samobójstwie. Może więc, dopóki edukacja personelu medycznego nie zakończy się, ograniczyć jego rolę przy udzielaniu pomocy w popełnieniu samobójstwa (tam, gdzie jest ona — w myśl podanych tu reguł — usprawiedliwiona bądź pożądana) do udzielania rad dotyczących odpowiednich środków (jeśli pacjent nie może skorzystać z pomocy innych ludzi bądź jest dla nich niedostępny), by nie obarczać niepotrzebnie tego personelu konfliktem norm i poczuciem winy.

Zastrzeżenia, jakie żywi wielu lekarzy wobec udzielania pomocy w popełnieniu samobójstwa, są nie tylko psychologicznie zrozumiałe, ale też z określonego punktu widzenia częściowo uzasadnione, zwłaszcza jeśli weźmiemy pod uwagę dość chaotyczną sytuację w dziedzinie prawnokarnej oceny pomocy w popełnieniu samobójstwa. Sytuacja prawnokarna jest niejasna głównie dlatego, że z jednej strony, w myśl prawa niemieckiego, pomoc udzielona przez lekarza w popełnieniu samobójstwa jest jednoznacznie czynem niekaralnym, z drugiej natomiast, czyn ten zagrożony jest karą zgodnie z § 330 c StGB (zaniechanie udzielenia pomocy). Tyle wynika przynajmniej z orzecznictwa Sądu Najwyższego. Opinia panująca w literaturze prawniczej natomiast wychodzi z założenia, że samobój-

¹⁸ T. Szasz, *The Theology of Medicine*, Oxford—Melbourne 1979, s. 75.

¹⁹ H. Feifel, S. Hanson, R. Jones, L. Edwards, *Physicians Consider Death*, „Proceedings of the American Psychological Association” 1967, s. 201 i n.

stwo popełnione dobrowolnie i rozmyślnie nie może być uważane za nie-szczęśliwy wypadek w sensie § 330 c StGB, czyli że w przypadku samobójstwa dobrowolnego i rozmyślnego (w odróżnieniu od działania przypadkowego) nie istnieje prawny obowiązek udzielania pomocy. Sankcja karna za zaniechanie przeszkodzenia w popełnieniu dobrowolnego i rozmyślnego samobójstwa doprowadziłaby do absurdu potwierdzone wyraźnie przez najwyższy autorytet prawny uwolnienie od kary za udzielanie pomocy w dokonaniu samobójstwa²⁰. Wobec istniejących sprzeczności i niejasności należy zatem skierować do systemu prawnego pilne żądanie, by — dla zachowania spójności — przyjął w kwestii norm regulujących przeciwdziałanie samobójstwu oraz udzielenie pomocy w jego popełnieniu podobnie zróżnicowane stanowisko prawne, jak to, które wyłoniło się z etycznej oceny wszelkich działań ingerujących w akt samobójczy.

Uniwersytet w Essen

Tłum. Zbigniew Zwoliński

Literatura

- Barrington M.R., *Apologia for Suicide*, w: A.B. Downing (ed.), *Euthanasia and the Right to Die*, London 1969, s. 152—172
- Battin M.P., Mayo D.J. (eds), *Suicide: The Philosophical Issues*, London 1980
- Bernstein O., *Die Bestrafung des Selbstmords und ihr Ende*, Breslau 1907, nowe wydanie Frankfurt, Tokyo 1977
- Brandt R., *The Morality and Rationality of Suicide*, w: S. Perlin (ed.), *A Handbook for the Study of Suicide*, New York 1975; cytowane według nowego wydania w: J. Rachels (ed.), *Moral Problems. A Collection of Philosophical Essays*, New York 1975, s. 363—387
- Bundesgerichtshof (Sąd Najwyższy RFN), *Urteile in Strafsachen (BGHSt)* Bd. 2 (1952) s. 150 i n., Bd. 6 (1954) s. 147 i n., Bd. 13 (1960) s. 162 i n., Bd. 19 (1964) s. 135 i n., Bd. 24 (1972) s. 342 i n.
- Duncan A.S., Dunstan G.R., Welbourn R.B. (eds), *Dictionary of Medical Ethics*, London 1981
- Eberhard G.A., *Hilfen und Schutzmassnahmen bei psychischen Krankheiten*, Köln 1980
- Engisch K., *Die rechtliche Beurteilung des ärztlichen Eingriffe unter besonderen Berücksichtigung des Suizidpatienten*, „Heidelberger Jahrbücher“ 1960, s. 47—70
- Engisch K., *Suizid und Euthanasie nach deutschem Recht*, w: A. Eser (ed.), s. 312—321
- Eser A. (ed.), *Suizid und Euthanasie als human- und sozialwissenschaftliches Problem*, Stuttgart 1976
- Eser A., *Neues Recht des Sterbens? Einige grundsätzliche Betrachtungen*, w: A. Eser (ed.), s. 392—407
- Farberow N.L., *Grundlagen der Theorie und Praxis von Selbstmordverhütungsstellen*, w: Erwin Ringel (ed.), *Selbstmordverhütung*, Bern—Stuttgart—Wien 1969, s. 175—201

²⁰ J. Wagner, *Selbstmord und Selbstmordverhinderung*, Karlsruhe 1975, s. 54 i n.

- Feifel H., Hanson S., Jones R., Edwards L., *Physicians Consider Death*, „Proceedings of the American Psychological Association” 1967, s. 201 i n.
- Flew A., *Selbsttötung und Geisteskrankheit*, w: A. Eser (ed.), s. 95—100
- Glover J., *Causing Death and Saving Life*, Harmondsworth 1977
- Greenberg D. F., *Interference with a Suicide Attempt*, „New York University Law Review” 49 (1974), s. 227—269, przedrukowane częściowo w: T. A. Mappes i J. S. Zembaty (ed.), *Biomedical Ethics*, New York 1981, s. 319—323
- Hammer F., *Selbsttötung philosophisch gesehen*, Düsseldorf 1975
- Heifetz M. B., Mangel C., *Das Recht zu Sterben*, Frankfurt 1976
- Hume D., *Of Suicide*, w: D. Hume, *Essays, Moral, Political and Literary* (1741—42), Oxford 1963, s. 585—596 (przekł. polski O samobójstwie, w: D. Hume, *Dialogi o religii naturalnej*, Warszawa 1962)
- Kamlah W., *Philosophische Anthropologie, Sprachliche Grundlegung und Ethik*, Mannheim 1973
- Kamlah W., *Meditatio mortis. Kann man den Tod „verstehen” und gibt es ein „Recht auf den eigenen Tod”?*, Stuttgart 1976, a także H. Ebeling (ed.), *Der Tod in der Moderne*, Meisenheim—Königstein 1979, s. 210—225
- Kant I., *Vorlesungen*, wyd. przez Deutsche Akademie der Wissenschaften zu Berlin, Bd. 4,2. Halbband, 2. Teil, Berlin 1979 (*Gesammelte Schriften*, 4. Abteilung, Bd. 27, 2,2)
- Löwith K., *Die Freiheit zum Tode*, w: K. Löwith, *Vorträge und Abhandlungen. Zur Kritik der christlichen Überlieferung*, Stuttgart—Berlin—Köln—Mainz 1966, s. 274—289, a także: Hans Ebeling (ed.), *Der Tod in der Moderne*, Meisenheim—Königstein 1979, s. 132—145
- Martin R. M., *Suicide and False Desires*, w: M. P. Battin, D. J. Mayo (eds), s. 144—150
- Motto J. A., *The Right to Suicide: a Psychiatrist's View*, w: M. P. Battin, D. J. Mayo (eds), s. 212—219
- Rawls J., *Eine Theorie der Gerechtigkeit*, Frankfurt 1975
- Reiner A., Kulesa Ch., *Ich sehe keinen Ausweg mehr. Suizid und Suizidverhütung — Konsequenzen für die Seelsorge*, München—Mainz 1981
- Ringel E., *Suizid und Euthanasie*, w: Ansgar Paus (ed.), *Grenzerfahrung Tod*, Graz—Wien—Köln 1976, s. 241—282
- Roman J., *Freiwillig aus dem Leben*, München 1981
- Slater E., *Choosing the Time to Die*, w: M. P. Battin, D. J. Mayo (eds), s. 199—204
- Szasz T., *The Theology of Medicine*, Oxford—Melbourne 1979
- Thielicke H., *Wer darf sterben? Grenzfragen der modernen Medizin*, Freiburg 1979
- Thomas K., *Warum weiter leben? Ein Arzt und Seelsorger über Selbstmord und seine Verhütung*, Freiburg 1977
- Wagner J., *Selbstmord und Selbstmordverhinderung*, Karlsruhe 1975
- Weis K., *Der Eigennutz des Sisyphos — Zur Soziologie der Selbstmordverhütung*, w: A. Eser (ed.), s. 180—193
- Wilkins P., *A Follow-Up Study of Those Who Called a Suicide Prevention Center*, „American Journal of Psychiatry” 127 (1970), s. 155—161
- Williams G., *The Right to Commit Suicide*, „Medico-Legal Journal” 41 (1973), s. 26—29, a także S. Gorovitz i inni (eds), *Moral Problems in Medicine*, New York 1976, s. 388—391
- Wold C. I., *A Two-Year Follow-Up of Suicide Prevention Center Patients, „Life-Threatening Behaviour”* 3 (1973), s. 171—183

Этические аспекты предотвращения самоубийства и оказания помощи в самоубийстве

Большинство традиционных дискуссий на тему самоубийства относилось прежде всего к моральной оценке — одобрительной или неодобрительной — самоубийственного поступка. Но редко подвергались систематическому обсуждению вопросы, касающиеся установления моральных критериев, которые позволили бы нам установить, когда нам следует предотвращать, а когда соглашаться и даже помочь в совершении самоубийства. В данной статье доказывается, что 1) самоубийство является морально нейтральным тогда, когда оно не вызывает значительного материального ущерба или психологического урона у других лиц (например, у ближайших родственников) и что 2) из этого не вытекает, что уклонение от предотвращения самоубийства является в таких случаях тоже морально нейтральным. Автор формулирует критерии, определяющие принципы предотвращения самоубийств, апеллируя к конструкции «завесы игнорирования» Джона Роульса, позволяющей выбирать моральные правила на основе оценки собственных интересов и предпочтений. Доказывается, что выбранный таким образом принцип будет принципом «ограниченного патернализма», который, с одной стороны, минимализирует риск непредотвращения самоубийства в явно иррациональной ситуации, принимая во внимание устойчивые предпочтения лица, намеревающегося совершить самоубийство, а с другой стороны, этот принцип будет уменьшать риск принудительного ограничения свободы или принудительного лечения в тех случаях, когда самоубийство является выбором, более всего отвечающим устойчивым предпочтениям лица, собирающегося его совершить — если эти предпочтения оценивать реалистически. Автор вводит ряд практических правил, позволяющих детализировать принцип ограниченного патернализма в конкретных ситуациях. Это: правило, требующее обязательного противодействия любым попыткам самоубийства, совершаемым лицами, мало знакомыми лицу, которое может предотвратить самоубийство, запрет применения профилактических принудительных средств и общее ограничение срока лишения свободы. И, наконец, автор предпринимает опыт сформулирования аналогичных правил, определяющих, в какого рода ситуациях оказание помощи в совершении самоубийства может быть морально оправданным.

Ethical Issues in Preventing and Aiding Suicide

Whereas traditional ethical discussions of suicide have primarily dealt with questions relating to the moral rightness or wrongness of suicidal acts, the problem of which moral criteria should govern acts of preventing, admitting and aiding suicide has rarely been discussed systematically. In the present paper it is argued (1) that suicide is morally neutral in all cases in which it does not constitute grave damage, material or psychological, to others (e.g. near relatives), (2) that this does not imply that non-prevention, in the same range of cases, is morally neutral as well. Moral criteria for suicide prevention are formulated by making use of the Rawlsian device of a fictitious „veil of ignorance” behind which moral rules are decided on from merely self-regarding motives. It is argued that

decision behind the veil would be of a principle of „restricted paternalism” that minimizes both the risk of not being prevented from committing suicide in cases in which this is clearly irrational in view of the enduring preferences of the suicidal person himself, as well as the complementary risk of being subjected to compulsory detention or treatment in cases in which suicide is the option conforming most, on a realistic view of the case, to the enduring preferences of the person. The practical rules translating the principle into concrete practice comprise a rule demanding compulsory prevention of all imminent suicides by persons not intimately known to the potential preventer, a prohibition of preemptive compulsory measures, and a general temporal limitation on detention. Finally, a similar, if more tentative, derivation of practical rules is attempted for cases in which aiding a suicide might seem to another person to be in the best interest of the suicidal person concerned.