

Joseph Fletcher

EUTANAZJA

Trudniej uzasadnić moralnie przyzwolenie na czyjąś śmierć połączoną z powolną, ohydą i nieludzką męczarnią niż usprawiedliwić pomoc w ucieczce z tej opresji. To drugie wyjście proponują etyki personalistyczne, stawiające człowieczeństwo i tożsamość osobową ponad funkcjami czysto biologicznymi. Źródła owej orientacji – teistyczne bądź naturalistyczne – są w tym przypadku nieistotne. Wolno nam wierzyć, iż szczęście człowieka jest celem Boga. Równie dobrze jednak możemy powtórzyć za Protagorasem, iż szczęście jest samousprawiedliwiającym się probierzem dobra i zła. Religijne bądź świeckie sankcje nie są kwestią pierwszoplanową. Etycznie ważne może być tylko to, czy ludzkie potrzeby stawiane są w danym systemie na pierwszym miejscu.

Celem moim jest obrona ingerencji człowieka w proces umierania. Mam tu na myśli czynną i pośrednią eutanazję, która oznacza pomoc w umieraniu, a nie to, co nazwano eutanazją bierną i pośrednią. Ta ostatnia, określana jako „przyzwolenie na śmierć”, jest po prostu wycofaniem się z podtrzymującej życie terapii. Powszechnie wiadomo, iż pośrednią (lub negatywną) eutanazję uznano za *fait accompli* w nowoczesnej medycynie. Każdego dnia obserwujemy w szpitalach przypadki przekraczania granicy pomiędzy ludzką egzystencją a przedłużającą się agonią. Wtedy zwykle podejmowane są decyzje o przerwaniu terapii: respiratory zostają odłączane, zaprzestaje się dożylnego dostarczania leków, odwołuje zaplanowane wcześniej zabiegi chirurgiczne, wydawane jest polecenie wycofania się z resuscytacji i w ogóle wszelkiej intensywnej terapii. Argumentowanie za lub przeciw eutanazji pośredniej jest zatem obecnie, w warunkach powszechnej na nią zgody, pozbawione sensu. Moralny spór o to, czy wolno pacjentowi umrzeć, jest w zasadzie bezprzedmiotowy.

Wszystkie religie są zgodne co do tego, że nie jesteśmy moralnie zobligowani do ratowania życia we wszystkich przypadkach terminalnych. Duchowni katolicy, protestanci i judaistyczni w większym stopniu, niż sobie to uświadamiają pracownicy służby zdrowia, dopuszczają religijno-etyczną obronę negatywnej eutanazji. Moralność humanistyczną cechuje podobnie dalekie od ab-

solutyzmu podejście do zagadnienia przedłużania życia. W rzeczywistości nie tylko księża, pastorzy czy rabini popierają ową orientację – także etycy związani z buddyzmem, islamem i hinduizmem nie są w tej kwestii konserwatywni. Krótko mówiąc, przekonanie, że powinniśmy heroicznie walczyć o każde życie, jest obecnie skompromitowane. Ostatnim przedstawicielem skrajnego stanowiska prowitalistycznego był David Karnofsky, znany onkolog pracujący w nowojorskim Sloan-Kettering Institute. Jak widzimy, problem eutanazji negatywnej (pośredniej) został już w zasadzie rozstrzygnięty.

Stanowisko nakazujące medycynie czynić wszystko w celu przedłużania życia jest więc nie do obrony w całej tradycji filozoficznej, z wyjątkiem światopoglądu witalistycznego. Wedle tego ostatniego biologiczne przetrwanie stanowi wartość najwyższą, takie zaś aspekty życia człowieka, jak osobowość, godność, samoświadomość są mniej istotne. Ostatni prowitaliści nadal ostrzegają przed „nazistowskimi rozwiązaniami”, chociaż hitlerowcy nigdy nie byli zaangażowani w jakąkolwiek formę zabijania z litości. Zabijali bezlitośnie, motywowani ludobójczą ideologią bądź też celami eksperymentalnymi.

Uważam, że tradycyjna etyka – opierająca się na zasadzie świętości życia, a związana z przednaukowym idealizmem medycznym – powinna ustąpić miejsca etyce jakości życia. To właśnie sukcesy nowoczesnej medycyny prowadzą do zmiany orientacji etycznych. Whittier powiedział: „Nowe epoki przynoszą nowe rozwiązania, czas odbiera sens rozwiązaniom starożytnych”.

Istnieje wiele przedetycznych lub metaetycznych przesłanek nie uwzględnianych *explicite* podczas sporów moralnych. Nie należą do rzadkości dyskusje pomiędzy znakomicie wykształconymi i szanującymi prawdę osobami, które nie mogą znaleźć wspólnego języka, często doprowadzając się wzajem do furii. Interlokutorzy nie zdają sobie bowiem sprawy z tego, że od samego początku wychodzą z radykalnie odmiennych systemów wartości i ideałów. Jeśli wola boska – objawiona w Piśmie Świętym lub wyrażona w akcie kreacji – sprzeciwia się wszelkiemu odpowiedzialnemu ingerowaniu człowieka w proces umierania lub jeśli ktoś wierzy w nadzwyczajną wartość życia niezależnie od innych czynników, to nie istnieją dlań argumenty uzasadniające pośrednią bądź bezpośrednią eutanazję. Jeśli jednak uznamy tożsamość osobową oraz świadome istnienie za najwyższe dobro, to eutanazja stanie się działaniem dobrym moralnie – oczywiście, w zależności od sytuacji. Właśnie ten ostatni sposób prowadzenia dyskursu etycznego proponuję w prezentowanym artykule.

Naświetlmy jeszcze raz ów etyczny spór. Wielu z nas uważa, że proces umierania powinien być rozważany w tych samych kategoriach etyki personalistycznej, w których analizujemy np. zadania zwykłej opieki medycznej. Etyka zorientowana na osobę nie interpretuje „życia” i „śmierci” wyłącznie jako procesów biologicznych. Zgodnie z nią tzw. warzywa-pacjenci, których mózgi

zostały uszkodzone na skutek wypadków komunikacyjnych, noworodki z mikrocefalią, pacjenci z ogromnymi brakami neurologicznymi, lecz posiadający funkcjonujący pień mózgu lub śródmózgowie – nie są ludźmi. Utracili zdolność bycia osobą i w istocie nie żyją. Liczą się bowiem wyłącznie funkcje osobowe, a nie czysto biologiczne. Człowieczeństwo rozumiemy więc jako bycie istotą racjonalną, a nie tylko fizjologiczną. Taka koncepcja człowieka stawia *homo* i *ratio* ponad *vita*. Głosi, iż człowieczeństwo jest ważniejsze od życia w znaczeniu wąsko biologicznym.

Mówimy o tych zagadnieniach, aby od początku stało się jasne, iż postęp techniczny w naukach medycznych zmusza nas do fundamentalnej przebudowy nie tylko koncepcji naukowych, ale także filozoficznych. Coraz lepiej kontrolujemy procesy umierania, a tym samym wzrasta nasza odpowiedzialność i rozszerza się zakres decyzji, które jesteśmy zmuszeni podjąć. Aby dotrzymać kroku nauce, powinny ulec równoległym przekształceniom definicje życia i śmierci.

Odbiciem zachodzących zmian jest słynne oświadczenie chirurga: „Nie ma żadnego sensu utrzymywanie przy życiu istoty, której mózg umarł”. Chodzi tu o przerwanie psychicznych czynności kory mózgowej; osoba przestaje istnieć (jest nieżywa) niezależnie od tego, jakie czysto wegetatywne i sztucznie podtrzymywane funkcje serca, płuc czy też komórek przetrwały. Wszystkie funkcje, które nie mają charakteru psychicznego, naturalne bądź podtrzymywane sztucznie, wolno nam w każdej chwili przerwać. Powyższa konkluzja ma doniosłe znaczenie filozoficzne, bowiem potwierdza stare chrześcijańsko-europejskie przeświadczenie, że zasadą człowieczeństwa, *humanum*, jest *ratio*, zdolność do bycia istotą myślącą. To nie destrukcja mózgu sama w sobie czyni człowieka martwym, lecz nieodwracalna utrata czynności psychiczno-umysłowych.

Jeśli posługujemy się przestarzałym aparatem pojęciowym, zarówno życie jak i śmierć traktujemy jako zdarzenia, a nie procesy, którymi one przecież w istocie są. Niegdyś sądzono, iż owe zdarzenia zależą od sił natury bądź są sprawą Boskiej Opatrzności. Dlatego też nie powinny dziwić zawrodożenia tych współczesnych myślicieli, którzy oskarżają medycynę o wchodzenie w boskie kompetencje. Jeśli próbowalibyśmy zareagować na podobnie sformułowany zarzut, jedyną właściwą odpowiedzią byłoby: „Tak, rzeczywiście wchodzimy w boskie kompetencje”. Ale naprawdę istotne pytanie brzmiałoby: którego Boga zastępujemy w tym procesie decyzyjnym?

Rozwijający się duchowo człowiek przekształca się w „Boga”, który jest twórczą zasadą stojącą za wszystkimi rzeczami: zarówno za doświadczalną próbką, jak i za wybuchem wulkanu czy trzęsieniem ziemi. W to wszystko możemy wierzyć, ale ingerencje starego Boga w naszą wolność badań i podejmowania decyzji są nie do zaakceptowania dla współczesnego człowieka. Winniśmy odrzucić koncepcję teodycei, zgodnie z którą Bóg jest nie tylko

przyczyną natury i jej praw, ale także jej bezpośrednim sternikiem. Ta archaiczna koncepcja umieszcza w Bogu przyczynę sprawczą i celową wszystkich wydarzeń – od trzęsień ziemi i pożarów po życie i śmierć człowieka. Dlatego też traktuje wszelkie ingerencje, również medyczne, w procesy naturalne za niedozwolone i nawet bezbożne.

Etyka ta jest przykładem skrajnej nieodpowiedzialności. Większość współczesnych problemów moralnych wyrasta z naukowych odkryć i postępującej za nimi wiedzy technicznej, umożliwiającej kontrolę nad życiem, zdrowiem i śmiercią. Etyczne problemy powstają w klinikach i laboratoriach badawczych. Czy zdołamy je kiedykolwiek rozwiązać? Każdy postęp w naukach medycznych oznacza rozszerzenie zakresu odpowiedzialności moralnej i wymusza na nas obowiązek podejmowania moralnych decyzji. Rozwój genetyki, biologii molekularnej, fetologii i położnictwa powoduje, że współcześnie możemy skutecznie kontrolować życie biologiczne człowieka od samego jego początku. Dzisiaj nieodpowiedzialnością byłoby pozostawienie nowo narodzonego dziecka na łaskę losu i nieudzielenie mu pomocy, co kiedyś nie należało do rzadkości.

Zmiany, które objęły kontrolę urodzin, powinny także dotyczyć tanatologii. Całe medyczno-techniczne wyposażenie – stosowane zarówno przy narodzinach, jak i przy przedłużaniu życia – musi znaleźć się pod kontrolą zasady jego jakości. Nie usprawiedliwioną byłaby zgoda na likwidowanie przedludzkich form życia *in utero* (powodowane współczuciem i litością akty aborcji), gdybyśmy jednocześnie nie wyrażali zgody na aktywne pozbawianie życia form podludzkich *in extremis*. Jeśli czujemy się moralnie zobligowani do przerwania ciąży, w przypadku, gdy amniocenteza wykazała straszliwe zniekształcenia płodu, to winniśmy także czuć się zobowiązani do skrócenia życia beznadziejnie cierpiącego pacjenta onkologicznego, gdy badania wykazały przerzuty raka do mózgu.

Tylko człowiek jest istotą świadomą śmierci. Zwierzęta wiedzą o bólu i boją się go, ale nie znają śmierci. Co więcej, w przypadku osoby ludzkiej zdolność do spotkania ze śmiercią i traktowania jej w pewnych sytuacjach jako przyjaciela jest właściwym znakiem człowieczeństwa. Jednak w środowisku technicznym nowoczesnej medycyny pacjenci często umierają w stanie śpiączki. Śmierć nadchodzi wtedy niespodziewanie. Elżbietańska litania głosi: „Od nagłej śmierci zachowaj nas Panie”. Fraza ta utraciła swój dawny sens niemal całkowicie.

Właśnie z powodu istnienia pacjentów nieświadomych nie możemy dyskutować o zagadnieniu śmierci z wyboru wyłącznie w kontekście eutanazji świadomej i dobrowolnej. Szczegółowa analiza eutanazji pozwala na wyróżnienie aż pięciu form umierania, które nie są ślepym przypadkiem, lecz konsekwencją decyzji, uświadomionego celu i odpowiedzialnej wolności. (Oczywiście, historyczne systemy etyczne oraz moralna teologia są źródłem poniższych dystynkcji).

Eutanazja czynna, dobrowolna i bezpośrednia. W tym wypadku śmierć została wybrana przez pacjenta, który sam ją spowodował. Najpowszechniejszy sposób przeprowadzenia eutanazji tego typu polega na pozostawieniu w zasięgu ręki pacjenta porcji leków pozwalających na śmiertelne przedawkowanie. Decyduje o tym wyłącznie prośba pacjenta jako wyraz jego wolności osobistej. Ściśle rzecz biorąc mamy tutaj do czynienia z samobójstwem. Rzecz jasna, w każdym poszczególnym przypadku możemy postawić pytanie: w jakim zakresie pacjent jest świadom swego czynu? Niemniej usprawiedliwienie działania tego typu oznacza odrzucenie naiwnej tezy, że każde samobójstwo jest oznaką choroby psychicznej.

Powyższy problem jest bezpośrednio związany z klasycznym zagadnieniem etyki medycznej, jakim jest świadoma zgoda na terapię. Kodeksy deontologiczne (Amerykańskiego Stowarzyszenia Lekarzy, Światowego Stowarzyszenia Lekarzy a także Helsiński i Norymberski) łączy przekonanie, że świadoma zgoda na leczenie, czy też na sam zabieg chirurgiczny, zakłada racjonalne przeświadczenie o korzyściach płynących z terapii. Czym zatem są owe korzyści? Czy śmierć w pewnych sytuacjach nie jest sama w sobie korzyścią? Moja odpowiedź na to pytanie jest twierdząca.

Eutanazja bierna, dobrowolna i bezpośrednia. Decyzja o przerwaniu życia może zostać podjęta przez pacjenta zarówno wcześniej, jak i w stanie terminalnym, kiedy szekspirowski „nagi sztylet” lub trucizna nie mogą już zostać użyte bezpośrednio przez chorego i ktoś musi go w tym wyręczyć. W takiej sytuacji pacjent przekazuje osobom trzecim – lekarzom, prawnikom, rodzinie bądź przyjaciółom – dyspozycje dotyczące tego, co mają robić, gdy on na przykład zapadnie w śpiączkę lub znajdzie się w stanie uniemożliwiającym samodzielne działanie.

Eutanazja bierna, dobrowolna i niebezpośrednia. Dokonywana jest raczej w imieniu pacjenta niż przez niego samego – za jego zgodą i za pomocą środków niebezpośrednich. Formuła zwana testamentem życia znajduje się obecnie w powszechnym użyciu i uznana jest prawnie w wielu amerykańskich stanach. W systemach prawnych, które akceptują tzw. prawo do śmierci, wyrażona uprzednio oficjalnie wola pacjenta znajdującego się w stanie śpiączki – wola przerwania wszelkiej terapii – jest honorowana i chroniona przed działaniami tych, którzy chcieliby kontynuować terapię za wszelką cenę. Często przecież zdarza się, że lekarze, przyjaciele czy rodzina próbują działać wbrew woli pacjenta. Kampania na rzecz legalizacji testamentów życia datuje się od czasów, gdy ludzie zaczęli odczuwać większy lęk przed starością niż przed śmiercią, co miało związek z rozwojem praktyk resuscytacyjnych. Zarówno prawo państwowe, jak i kazurowe (*common law*) nie są przygotowane do rozwiązania problemu eutanazji. W takich krajach, jak Szwajcaria, Niemcy czy

Włochy prawo jest łagodniejsze, gdy czynów eutanatycznych dokonuje się na prośbę pacjenta.

Eutanazja bierna, niedobrowolna i bezpośrednia. Jest formą „zabójstwa z litości”. Dokonując eutanazji działamy w imię dobra pacjenta, ale w warunkach braku jego zgody. Istnieje wiele przykładów „zabójstwa” tego typu: podanie człowiekowi o inteligencji klasyfikowanej jako debilizm śmiertelnej dawki leków, przyspieszenie śmierci dziecka znajdującego się w najstraszniejszej fazie choroby Tay-Sachsa, zastrzelenie płonącego człowieka, gdy niemożliwe jest udzielenia pomocy czy też zaprzestanie terapii pacjenta znajdującego się w stanie nieodwracalnej śpiączki. Właśnie takie zabójstwa są najczęściej przedmiotem sądowych rozpraw i śledztw.

Eutanazja bierna, niedobrowolna i niebezpośrednia. Stanowi ona owo przyzwolenie na śmierć, które jest praktykowane każdego dnia we wszystkich szpitalach. Po prostu nie podejmuje się działań zmierzających do poprawy stanu zdrowia pacjenta, ograniczając się do zabiegów, czyniących jego życie „bardziej komfortowym”. Robi się to dla chorego, ale niekoniecznie w odpowiedzi na jego życzenie. W tych wypadkach mamy do czynienia z decyzją autoryzowanego opiekuna, jakim jest personel szpitala. Wiadomo, iż takie postępowanie przeprowadzane jest w sposób niejako bezwiedny. Przynajmniej teoretycznie możliwe byłoby oskarżenie personelu o praktyki niezgodne z zaleceniami profesjonalnymi (*malpractice*), a nawet wniesienie przez rodziny oraz prawników oskarżenia o czyn przestępczy. Z etycznego punktu widzenia podobne postępowanie personelu medycznego jest rozwiązaniem pozornym, tchórzliwym i pozbawionym sensu. Powtórzmy jeszcze raz: trudniej uzasadnić przyzwolenie na czyjąś śmierć, połączoną z powolną, nieludzką i ohydłą męczarnią, niż usprawiedliwić pomoc w ucieczce z tej opresji.

Co zatem jest rzeczywistym problemem moralnym? Krótko mówiąc: czy wolno nam, jako ludzkim istotom, spowodować śmierć własną (samobójstwo) lub śmierć bliźniego (eutanazja), jeśli naszym motywem jest współczucie? Odpowiedź moja brzmi: **z d e c y d o w a n i e t a k**. Usprawiedliwienie jednego z tych czynów oznacza jednocześnie usprawiedliwienie drugiego.

Istotę problemu konstytuuje pytanie: kiedy cele usprawiedliwiają stosowane środki? Jeśli celem jest śmierć pacjenta pojmowana jako wyzwolenie z bezsensownych cierpień, to stosowane środki są usprawiedliwione. Stara maksyma teologów moralnych głosi: *finis sancificat media*. W istocie każdy czyn pozostaje przypadkowym i bezsensownym, jeśli nie został zinterpretowany w kategoriach celu, któremu służy. Moralne usprawiedliwienie danego czynu zakłada odwołanie się do celu tego czynu. Rozumowanie to uzupełnia zasada „proporcjonalności dobra”, która mówi, iż złe środki mogą być stosowane wyłącznie wtedy, gdy cel, jakiemu służą tworzy nadwyżkę dobra. Jeśli tezę powyższą

wypowiemy w języku analizy systemowej, będzie ona brzmiała: korzyści powinny zawsze przewyższać koszty, w innym wypadku działanie jest nie usprawiedliwione. Zasada proporcjonalności dobra i zła głosi więc, że w niektórych sytuacjach moralnie dobry cel usprawiedliwia względnie złe środki. Istotnym problemem naszego sumienia jest to, czy uznajemy dobro osoby za cel najwyższy. Jeśli tak, samobójstwo oraz zabójstwo z litości są dobre moralnie w skrajnych i tragicznych sytuacjach. Wyobraźmy sobie pozbawione nieodwracalnie osobowości ludzkie „warzywo”, które leżąc w szpitalu, wykorzystuje ograniczone przeciwieź środki medyczne. W tym przypadku mamy do czynienia ze złamaniem zasady sprawiedliwości dystrybtywnej. Przecież osobowość takich pacjentów już na zawsze odeszła i pozostało wyłącznie ciało. Dlatego potrzeby innych pacjentów, będących osobami, są w moralnym sensie ważniejsze. Sprawiedliwy rozdział ograniczonych środków medycznych jest jednym z najważniejszych problemów moralnych cywilizowanego społeczeństwa. Pojawia się niemal automatycznie zawsze wtedy, gdy pracownicy służby zdrowia zmuszeni są podejmować konkretne decyzje dotyczące podziału środków. Problem ten można jednak ująć od strony przeciwstawnej: nieważne jest pytanie, czy cele usprawiedliwiają środki, ważne – usprawiedliwienie samych celów. Moje stanowisko redukowalne jest do tezy, iż ludzkie szczęście to najwyższe dobro – *summum bonum* – i wszystkie środki użyte do osiągnięcia go są usprawiedliwione i dobre moralnie. Na tezie tej opiera się medycyna humanistyczna oraz zasada miłości i społecznej sprawiedliwości.

Stanowisko to sprowadza się do wiary, że wszelkie czyny nieobojętne moralnie, z samobójstwem i zabójstwem z litości włącznie, są dobre lub złe w zależności od ich konsekwencji, a z kolei konsekwencje są dobre lub złe w zależności od tego, czy służą człowiekowi. Rzecz jasna, zdarza się, że z powodu niewiedzy bądź zwykłej ułomności myślenia, popełniamy błąd i nasz czyn jest zły. Stanowisko przedstawiane tutaj nazwano „konsekwencjalizmem” moralnym.

Sądzę, że etyka konsekwencjalistyczna obecna jest w procesach podejmowania decyzji dotyczących służby zdrowia oraz w procedurach badawczych o charakterze biomedycznym. Logika tego rozumowania moralnego jest indukcyjna, a nie dedukcyjna – wnioski dotyczące oceny czynów zależą bowiem od spostrzeżeń empirycznych dotyczących poszczególnych przypadków lub problemów. Wybieramy ten czyn, który oferuje najwięcej pożądaných następstw. Medycyna w swym ideałach i wcieleniach nie jest nauką apriorystyczną ani nie ulega przesądom, dlatego też objęcie absolutnym zakazem samobójstwa czy zabójstwa z litości jest w rażący sposób pozbawione racjonalnych podstaw i domaga się krytyki, jako przykład doktrynerstwa, a nawet braku orientacji w kwestiach klinicznych.

Zwolennicy absolutnych zakazów utrzymują, iż należy pewne reguły wcielać w życie niezależnie od przewidywanych następstw. Owe reguły przyjmują formę: „nie będziesz czynił tego i tego”. O ile moja etyka ma charakter teleologiczny

ny i jest zorientowana na następstwa popełnianych czynów, to stanowisko antyetyczne określić należy mianem deontologicznego (greckie słowo *deon* oznacza obowiązek). Teorie deontologiczne są etykami obowiązku, w przeciwieństwie do orientacji konsekwencjalistycznych – etyk celów. Często zwolennicy etyk deontologicznych sztydzą z wszelkich prób przedstawienia powinności moralnych w kategoriach następstw, nazywając konsekwencjalizm nędzną moralnością celów.

Według etyki obowiązku czyn jest dobry moralnie, jeśli stanowi realizację jakiejś reguły, nawet wówczas, gdy jego przewidywane następstwa są nieludzkie. Celem tej etyki nie jest zatem szczęście człowieka, ale posłuszeństwo apriorystycznym przesądom, przybierającym kształt zasad, niezależnym od doświadczenia i praktyki klinicznej. Dobrym przykładem tego stanowiska jest interpretacja piątego przykazania dekalogu. Zwykle przytaczają je antykonsekwencjaliści, aby skompromitować ideę zabijania motywowanego współczuciem cierpiącego bliźniego. Ci sami krytycy eutanazji wyrażają jednak zgodę na zabijanie w obronie własnej, co przecież też jest jawnym naruszeniem owego „prawa moralnego”. Egocentryzm tej postawy, idący w parze ze swoistym solipsyzmem, nigdy nie zniekształca obrazu świata konsekwencjalistom. Etycy deontologiczni głoszą, iż wolno zabić bliźniego w imieniu celów zabijającego (wspomniana samoobrona), ale nie można odebrać życia bliźniemu w jego własnym interesie (eutanazja)! Wolno skrócić własne życie broniąc bliźniego w akcie heroicznego poświęcenia, nie wolno zabić samego siebie dla swojego dobra! Tego typu podejście jest całkowicie bezwartościowe i nonsensowne.

Celem zarówno pozytywnej, jak i negatywnej eutanazji jest spowodowanie śmierci pacjenta w jego własnym interesie. Czyn polegający na przemyślanym zaniechaniu nie różni się moralnie od aktywnego działania. Jednak w prawie anglosaskim przestępstwem jest, na przykład, strącenie ślepcy w przepaść, a już zaniechanie – tj. niepowstrzymanie niewidomego zbliżającego się do krawędzi przepaści – nie kwalifikuje się jako przestępstwo. Ta cecha rozumowania prawników jest obca etyce i w ogóle wszelkiej wrażliwej świadomości. Nawet sądy, podważając zresztą nasz szacunek wobec prawa, powołują się jednak na fikcję prawną, jaką jest utrata zdolności do kontrolowania własnego zachowania pod wpływem afektu przez osobę dopuszczającą się czynu eutanatycznego.

Jest coś w oczywisty sposób niepokojącego w sytuacji, gdy najpierw wykluczamy motyw oceniając przestępstwo zabójstwa z litości, a później powracamy do tych motywów, określając wysokość kary! Podejście takie oznacza też niebezpieczne zawężenie pojęcia winy, odpowiedzialności i zaniechania. Żaden etycznie kompetentny decydent nie pomija pochopnie motywów i przewidywanych konsekwencji, oceniając dobro i zło danego czynu. (...)

Powierzchnowe i raczej naiwne jest przekonanie, że jeśli nie uczyniliśmy niczego w sensie pozytywnym, aby spowodować śmierć pacjenta, to nie

ponosimy za nią odpowiedzialności. Powstrzymanie się od czynu jest również czynem. W tym samym stopniu decyzji wymaga zaniechanie, co działanie pozytywne. Jeśli zaniecham jedzenia i picia, świadom konsekwencji, popełnię samobójstwo. Jeśli odbiorę sobie życie za pomocą kuchenki gazowej, nie będzie istotnej moralnej różnicy między oboma sposobami samobójstwa. Podobnie lekarze, którzy postanawiają zaniechać operacji udrażniającej odbytnicę noworodka z trisomią 21 (zespół Downa), dopuszczają się zabójstwa z litości. Tak samo, jak gdyby zaaplikowali noworodkowi truciznę.

Niech Czytelnik raz jeszcze spróbuje odpowiedzieć sobie na pytanie: czy jest konsekwencjalistą, czy też moralistą, podejmującym decyzje na podstawie apriorycznej? Czy uważa siebie za humanistę, czy też może widzi jakiś inny punkt odniesienia niezależny od dobra człowieka? (Bezrefleksyjni wyznawcy różnych religii mówić będą, że powinniśmy kochać i Boga, i bliźniego. Czy jednak te dwie miłości muszą zawsze pozostawać w konflikcie? Czy istnieje wreszcie inna droga wielbienia Boga, jak przez miłość bliźniego swego? Tylko mistycy wyobrażali sobie, że mogą kochać Boga bezpośrednio i w sposób obcy światu).

Przypadkowo przysłuchiwałem się kiedyś wypowiedzi lekarza mówiącego, że on sam nigdy nie uciekłby się do bezpośredniej eutanazji. Co każdy z nas zrobiłby w takiej sytuacji, jest jednak tematem psychologicznej analizy, a nie etyki. Rzecz bowiem nie w tym, co chcemy robić, ale co robić powinniśmy. Specjaliści posiadający wiedzę o stanach terminalnych nie będą wmawiać nam, że lekarze czy rodziny pacjentów podejmowały decyzje o odłączeniu aparatury całkowicie racjonalnie i bez cienia wątpliwości. Lecz problematyka ta interesuje psychologię, a tylko incydentalnie – etykę.

Uważna lektura tekstu Przysięgi Hipokratesowej skłania nas do wniosku, że nie ma w niej mowy o przedłużaniu życia. W Przysiędze czytamy: „w miarę swych sił i umiejętności starać się będę działać dla dobra pacjenta i chronić go przed krzywdą i złem”. Problem eutanazji sprowadza się do naszej interpretacji pojęcia „dobra chorego”, „krzywdy” i „zła”. Jeśli potraktujemy zredukowane do vegetacji biologicznej życie jako rzeczywiste zło i krzywdę – eutanazję powinniśmy uznać za moralne dobro.

W większości stanów amerykańskich obywatele, noszący przy sobie specjalne dokumenty, mają prawo wyrażać zgodę na wykorzystanie swych organów do celów transplantologicznych w wypadku nagłej śmierci. Nadejdzie taki dzień, kiedy będziemy mogli posiadać karty informujące o niezgodzie na utrzymywanie nas przy życiu niegodnym swej nazwy. Deklaracja zawierać będzie także przyzwolenie na dokonanie każdego rodzaju eutanazji. Nie wiem, czy samobójstwo jest najważniejszym, jak chciał Albert Camus, problemem filozofii – z całą pewnością jednak jest ono doniosłym problemem etyki medycznej.

EUTHANASIA

ETYKA presents translation of Fletcher's bioethical essay entitled „Euthanasia”. The author – a famous Protestant theologian – defends human right to death with dignity. He proclaims that „it is harder morally to justify letting somebody die a slow and ugly death, dehumanized, than it is to justify helping him to escape from such misery”. Fletcher describes a Christian argument for mercy killing, assisted suicide and direct euthanasia.