

## ARTYKUŁY

HANS JONAS

### Prawo do śmierci

Pierwszą reakcją na tytuł tego artykułu będzie zdumienie. Jakie zaskakujące połączenie słów! Jakże to dziwne, że trzeba w obecnych czasach mówić o prawie do śmierci, podczas gdy od dawna mówienie o prawach w ogóle odwoływało się do najbardziej fundamentalnego z praw: prawa do życia. Faktem jest, że każde inne prawo, które kiedykolwiek było przedmiotem rozważań, żądań, obrony lub odmowy, można traktować jako rozszerzenie tego prawa pierwotnego. Każde prawo bowiem odnosi się do przejawów jakichś sił życiowych, dostępu do jakiejś życiowej potrzeby, zaspokojenia jakiegoś życiowego dążenia.

Życie samo istnieje nie na mocy prawa, ale na mocy rozstrzygnięć natury. To, że żyję jest czystym faktem, którego jedyną naturalną racją jest wyposażenie we wrodzone zdolności samozachowawcze. Ale wśród ludzi wymaga ten fakt, skoro on już zaistniał, sankcji p r a w a, ponieważ żyć oznacza stawiać wymagania w stosunku do otoczenia. Dlatego też życie zależy od tego, czy te wymagania zostaną spełnione. O tyle, o ile otoczenie składa się z ludzi, spełnienie wymagań zawiera element decyzji. U podstaw wszelkiego życia społecznego leży przyznanie prawa do życia jednostce przez innych ludzi i oczywiście takie samo przyznanie innym ludziom przez jednostkę. To stanowi załączek wszelkiego porządku prawnego. Każde następne prawo, przyznane równo czy nierówno, wywodzi się z tego prawa pierwotnego i z jego wzajemnego uznania przez dane podmioty. Słusznie więc „życie” zostało wymienione na pierwszym miejscu wśród „niezbywalnych praw” amerykańskiej deklaracji niezależności. Ludzkość miała zawsze (i ma jeszcze dzisiaj) wiele trudu z odkrywaniem, definiowaniem, wywalczeniem, uzyskiwaniem i ochroną róż-



norodnych praw, spośród których prawem szczególnym jest prawo do życia.

W najwyższym więc stopniu osobliwe jest to, że kierujemy ostatnio uwagę na zagadnienia prawa do śmierci! Tym osobliwsze, że praw poszukuje się zazwyczaj do wspierania dobra, a przecież śmierć traktujemy jako zło lub w najlepszym razie jako coś, z czym trzeba się pogodzić. To wszystko jest jeszcze osobliwsze, jeżeli wziąć pod uwagę, że wraz ze śmiercią przestajemy stawiać wymagania w stosunku do świata, a wtedy tylko może powstać kwestia prawa; wraz ze śmiercią kończą się wszelkie możliwe wymagania. Gdzie więc tu miejsce dla idei „prawa”?

Jak jednak przedstawia się sprawa, jeżeli w jakichś szczególnych okolicznościach to czy umrę, czy nie umrę, znajdzie się w zakresie możliwego wyboru; i jeżeli oprócz prawa do życia można by ustanowić dla mnie obowiązek życia? Wówczas inni (w postaci „społeczeństwa”) mogliby posiadać nie tylko zobowiązanie wobec mojego prawa do życia, ale również mieliby prawo egzekwować mój obowiązek, aby żyć. Mogliby np. nie dopuścić do tego, abym wcześniej umarł niż muszę, nawet jeżeli tego pragnę. Co się więc dzieje, jeżeli śmierć człowieka staje się przedmiotem ludzkiej kontroli i jego własny głos (w przypadku pragnienia śmierci) może nie jest już jedynym głosem domagającym się wysłuchania? Wtedy „prawo do śmierci” staje się czymś realnym, godnym zastanowienia, ale i podważanym. Podważane było ono zawsze przez religię i moralność w przypadku samobójstwa, kiedy to element wyboru najjaskrawiej się uwidacza; i w niektórych porządkach prawnych, które akceptują lub nawet nakazują czynną ingerencję w ten najbardziej prywatny z czynów, zakazują zaś współdziałania. Mogą one iść nawet tak daleko, że czynią samobójstwo na mocy prawa karnego przestępstwem. To są przypadki jednoznacznego zaprzeczenia prawa do śmierci. Jednak nie samobójstwo, a więc czynne zachowanie podmiotu, jest dzisiaj tym, co porusza umysły, gdy chodzi o „prawo do śmierci”. Jest nim sytuacja śmiertelnie chorego pacjenta, biernie wystawionego na opóźniające śmierć techniki nowoczesnej medycyny. Chociaż określone aspekty etyki samobójstwa dotyczą również tego problemu, to jednak fakt śmiertelnej choroby jako właściwej przyczyny śmierci upoważnia nas do rozróżnienia między niesprzeciwianiem się śmierci a zabiciem samego siebie, tak samo jak między dopuszczeniem śmierci a spowodowaniem śmierci.

Nowy problem jest następujący: współczesna technika medyczna, tam gdzie nie może wyleczyć choroby lub załagodzić cierpienia albo też zapewnić dodatkowego, chociażby krótkiego okresu wartościowego życia, jest jednak w stanie niejednokrotnie odsunąć śmierć poza granice, w których tak przedłużone życie ma jeszcze dla samego pacjenta jakąś wartość,



a nawet w których w ogóle jeszcze zdolny jest on wartościować. Z reguły oznacza to (pomijając chirurgię) stan terapeutyczny, w którym granica między życiem a śmiercią zbiega się całkowicie z granicą między kontynuowaniem a przerwaniem leczenia. Innymi słowy tam, gdzie zabiegi nie dają niczego innego jak tylko podtrzymywanie funkcji organizmu, nie polepszając stanu w jakimkolwiek sensie (nie mówiąc już o wyleczeniu), odracza się tylko śmierć przez przedłużenie egzystencji w cierpieniu lub w szczątkowym stanie. Przypadek beznadziejnie cierpiącego pacjenta jest tylko pewną krańcowością w możliwościach sztuki lekarskiej, która — w powiązaniu z władzą instytucji szpitalnej i popierana przez prawo — stwarza sytuacje, w których można wątpić, czy prawa własne pacjenta (zwykle bezsilnego i w pewien sposób „uwięzionego”) nie są naruszane, a dotyczy to również prawa do śmierci. Dalej, jeżeli leczenie w sposób trwały zostaje utożsamione z utrzymaniem przy życiu, wówczas powstaje dla lekarza i szpitala widmo zabójstwa przez przerwanie leczenia, dla pacjenta widmo samobójstwa przez żądanie, aby przerwać zabiegi, zaś dla innych — współwiny z racji litościwego przyzwolenia. Ten aspekt sprawy, który łączy jej rozwiązanie czysto etyczne z przymusem i zastrzeżeniami prawnymi, pozostawiamy na później. Co dotyczy praw pacjentów, to wydaje się, że wraz z rozwojem medycyny pojawił się rzeczywiście nowy problem „prawa do śmierci”. Z powodu nowych typów terapii, jedynie „podtrzymujących funkcje organizmu”, podpada to prawo w sposób oczywisty pod prawo ogólnie dotyczące możliwości akceptacji lub odrzucenia terapii. Zamierzamy najpierw przedyskutować to szersze i raczej nie kwestionowane prawo, które w wypadku odmowy leczenia zawsze, chociaż najczęściej nie w bezpośredniej formie, uwzględnia również śmierć jako możliwy, a może nawet pewny skutek wyboru. Przy tym, jak w całości naszych rozważań, będziemy czynić rozróżnienie między prawami (a także obowiązkami) moralnymi i prawami (oraz obowiązkami) ustalonymi przez prawo (*legalen Rechten*).

### Prawo do odrzucenia terapii

W wolnym społeczeństwie nie ulega wątpliwości, że każdy (z wyjątkiem nieletnich i chorych psychicznie) ma zagwarantowaną przez prawo całkowitą swobodę zwrócenia się lub nie o lekarską poradę i leczenie w każdej chorobie. Ma również prawo, aby się z leczenia w każdej chwili wycofać (poza jego fazą krytyczną)<sup>1</sup>. Jedynym wyjątkiem jest choroba,

<sup>1</sup> Fazą krytyczną byłyby np. odstęp czasowy między dwiema planowo ze sobą związanymi operacjami lub leczenie pooperacyjne, albo też podobne sytuacje, w któ-



która stanowi niebezpieczeństwo dla innych, jak to jest w przypadku chorób zakaźnych i pewnych zaburzeń psychicznych: tu leczenie i izolacja, jak również środki zapobiegawcze (np. szczepienie) mogą podlegać przymusowi. Jeżeli w grę bezpośrednio nie wchodzi interesy publiczne, wówczas choroba lub zdrowie są całkowicie sprawą prywatną i człowiek korzysta z pomocy lekarskiej na zasadzie dobrowolnej umowy. Taka jest, jak sądzę, sytuacja prawna tutaj i w ogóle w każdym państwie nietotalitarnym.

Z punktu widzenia moralnego sprawa nie przedstawia się wszakże tak jednoznacznie. Mogę ponosić odpowiedzialność za innych, których dobro zależy od mojego stanu, jak to jest np. w przypadku żywiciela rodziny, matki małych dzieci, kompetentnego wykonawcy publicznych zadań, i taka odpowiedzialność nie ogranicza co prawda prawnie mojej swobody odrzucenia lekarskiej pomocy, ale ogranicza ją moralnie. W istocie są to te same względy, które ograniczają moralnie również moje prawo do samobójstwa, nawet jeżeli nie liczy się tu dla mnie żaden zakaz religijny. Przy pewnych rodzajach leczenia, jak stosowanie aparatu do dializy przy zaburzeniach nerek, odmowa jest równa w swych skutkach samobójstwu. Mimo to istnieje w tym wypadku ważna różnica w stosunku do „skończenia z sobą” w sposób gwałtowny: inni, włączając w to instancje dysponujące przemocą publiczną lub faktycznie ktokolwiek z otoczenia, mają prawo (traktowane zazwyczaj nawet jako obowiązek) udaremnić a k t y w n ą próbę samobójstwa poprzez natychmiastową interwencję, która niejednokrotnie nie wyklucza przemocy. Stanowi to wmieszanie się w najbardziej prywatną wolność podmiotu, ale tylko chwilowe, zaś na dłuższą metę jest to akt dokonany właśnie w imię tej wolności. Ingerencja przywraca bowiem ponownie *status quo* wolnego podmiotu wraz z możliwością przemyślenia decyzji na nowo. Człowiek ma okazję zrewidować to, co uczynił może tylko ulegając chwili rozpaczy — a może też przy tym obstawać. Wytrwałość w końcu jednak zwycięży i zapobiegło się tu tylko ewentualnej nierozwadze. Interwencja traktuje akt jako wypadek, co do którego można przyjąć, że bycie odratowanym nawet wbrew własnej woli, odpowiada bardziej długotrwałemu, lecz tylko przyćmionemu życzeniu ofiary (o czym świadczy nieraz niezupełnie zatajenie próby, dzięki czemu możliwa była interwencja). Niedoszły samobójca ma możliwość odparcia takiego przypuszczenia. Zdecydowany samobójca zachowuje bowiem zawsze ostatnie słowo. Nie omawiam tutaj samej etyki śmierci z wyboru, ale tylko kwestię prawa (lub

---

rych sens medyczny ma tylko kompletny terapeutyczny zabieg. Należy go wtedy traktować jako umownie ustaloną, niepodzielną całość. Lekarz i szpital nie podjęliby pierwszych kroków, gdyby pacjent nie zgodził się na kroki następne.



obowiązku) innych do interwencji. W naszych rozważaniach istotne jest, że przymus w momencie samobójczego zamachu nie zmusza danej osoby do dalszego życia, ale otwiera dla niej ponownie możliwość wyboru.

Zupełnie inna jest oczywiście sytuacja, gdy zmusza się beznadziejnie chorego, cierpiącego człowieka do dalszej terapii utrzymującej go przy takim życiu, jakiego nie chce on zaakceptować. Nikt nie ma prawa, a cóż dopiero obowiązku zmusić go do takiego życia, odbierając mu na stałe prawo do samostanowienia. Określone działania odraczające są w tym wypadku w jakimś stopniu pożądane dlatego, aby uchronić przed zajęciem wskutek pośpiechu czegoś nieodwołalnego. W wyniku takiej krótkiej zwłoki człowiek może z samego poczucia odpowiedzialności („muszę siebie dla tych i tych zachować”) powstrzymać się wysiłkiem własnej woli od zrobienia tego, co pragnąłbym uczynić dla siebie samego<sup>2</sup>. Jednakże te same względy mogą prowadzić również do przeciwnego rozwiązania: „Absolutnie nieskuteczne zabiegi rujnują finansowo moją rodzinę, więc dla jej dobra rezygnuję”. Jeżeli można postulować obowiązek (lecz nie przymus) dalszego życia dla innych wbrew własnym pragnieniom, to trzeba również przyznać prawo do śmierci dla innych. Ale nie obowiązek! Te dwa przeciwstawne przejawy poczucia odpowiedzialności nie posiadają tej samej wagi moralnej. Staje się to jasne, kiedy pytamy, za czym może opowiadać się porządny człowiek w rozmowie z daną osobą: z pewnością tylko za jej pozostaniem przy życiu, nigdy za jej wyborem śmierci. Wybór śmierci musi być najbardziej niezależnym ze wszystkich wyborów; życie może mieć swoich obrońców, nawet z egoizmu, a już z pewnością z miłości. Jednakże nawet sprawy życia nie wolno bronić z nadmiernym uporem. Właśnie miłość powinna uznać wbrew własnemu pragnieniu, że żaden obowiązek życia, chociaż może on przytłumić we mnie pragnienie śmierci, tak że jej sobie odmówię, nie pozbawia mnie rzeczywistość prawa do tego, aby w uwzględnionych tu okolicznościach wybrać śmierć. Jakikolwiek byłyby oczekiwania świata w stosunku do osoby, prawo to (poza religią) jest z punktu widzenia moralnego i prawnego tak samo niezbywalne, jak prawo do życia. Należy zwrócić uwagę, że skorzystanie zarówno z jednego, jak z drugiego prawa wedle własnego wyboru (ale tylko wolnego wyboru) może być przez daną osobę zawieszony ze względu na jakieś racje. Połączenie obu przeciwstawnych praw w jedną parę gwarantuje im, że

---

<sup>2</sup> Z powodu swojej wiary religijnej pacjent może potępić wybór śmierci „dla siebie samego” jako podpadający pod grzech samobójstwa. Ja jednak zaprzeczyłbym temu, ponieważ poddać się wydanemu już wyrokowi wskutek nieuleczalności tak samo nie jest samobójstwem, jak rezygnacja skazanego na śmierć z dalszych podań o odroczenie lub ulaskawienie. W tej kwestii uwzględniam tylko etykę świecką i pozostawiam otwarte jej teologiczne aspekty.



żadne z nich nie ulegnie przekształceniu: ani w obowiązek życia, ani w obowiązek śmierci<sup>3</sup>.

Czy jest w tym wszystkim miejsce dla regulacji prawnej? Tak, a mianowicie w dwóch aspektach. Po pierwsze, jako część zadania ochrony życia przez prawo. Musi ono obejmować również terapię lekarską, przez zasadniczo równe jej udostępnienie dla wszystkich. I po drugie, wobec rzeczywistej ograniczoności środków medycznych musi ono ustanowić sprawiedliwe kryteria pierwszeństwa. W tym ostatnim przypadku kontrola publiczna może, jak doskonale wiadomo z historii dializy, sprowadzić się do decyzji o tym, kto ma żyć, a kto umrzeć. Wśród priorytetów, które rządzą tymi decyzjami mogą znaleźć się odpowiedzialności i role jednostki w jej stosunku do innych ludzi, od niej zależnych; i to właśnie może dać jej przewagę nad oczekującymi na zabieg innymi jednostkami. To samo więc, z czym spotkaliśmy się przedtem jako wewnątrznym sprzeciwem wobec pragnienia i prawa danej osoby do odrzucenia pomocy lekarskiej, mianowicie zależność innych od niej, pojawia się teraz jako większe uprawnienie do pomocy nawet kosztem praw do życia innych. Jednakże to, co może dać publiczny autorytet, może on później również, na zasadzie tak samo słusznej lub na zasadzie „sprawiedliwości dystrybucyjnej”, znowu odebrać na korzyść jakiegoś większego uprawnienia. Powrócimy do tego później jako do pośredniego prawnego środka umożliwiającego prawną regulację prawa do śmierci.

Przykład dializy jest krańcowy. Zwykle prawo odrzucenia leczenia lub porady lekarskiej nie pociąga za sobą prawa do śmierci (chyba że w jakimś wysoce abstrakcyjnym i odległym sensie), ale jedynie prawo do tego, aby zaryzykować w zakresie własnego zdrowia, aby liczyć na swoje szczęście, zawierzyć naturze i nie ufać sztuce lekarskiej lub po prostu prawo do tego, aby być gotowym do pogodzenia się z późniejszymi ujemnymi skutkami lub nawet krótszym życiem w zamian za uwolnienie się od ograniczającego reżimu życiowego; może też zwyczajnie chodzić o prawo do tego, aby nie brać na siebie kłopotów. Przykład dializy został wybrany dlatego, że w tym wypadku nieprzerwane leczenie jest równoznaczne z utrzymaniem przy życiu, natomiast przerwanie oznacza pewną śmierć. Opowiedzenie się za nieleczeniem nie jest więc w tym wypadku „podjęciem ryzyka”, ale jest jednoznaczne z powodującą natychmiastowy skutek decyzją śmierci.

Nie jest to jednak ten rodzaj przypadku, w którym „prawo do śmierci” pojawia się jako dręczący problem. W sytuacji tej pacjent posiada

<sup>3</sup> Etyka świecka i religijna są tu zgodne. Żadna religia, jakkolwiek surowo zabraniałaby samobójstwa jako grzechu, traktując życie jako obowiązek wobec Boga, nie czyni tym samym zachowania swego życia bezwarunkowym obowiązkiem — prowadziłyby to w praktyce do strasznych moralnie konsekwencji.



bowiem zwykle nienaruszoną zdolność psychiczną decydowania o sobie, a także zdolność fizyczną do tego, aby odłączyć się od aparatu i nikt nie może wywierać nań przymusu. Jego prawo do śmierci nie angażuje więc współdziałania innych; on sam może je zrealizować. To samo dotyczy innych terapii utrzymujących przy życiu, jak np. stosowanie insuliny przez diabetyków. W takich wypadkach istnieje możliwość zarówno podjęcia decyzji, jak i jej urzeczywistnienia przez pacjenta i nie kwestionuje się poważnie z zewnątrz ani też skutecznie ogranicza właściwego mu prawa do śmierci. „Trudne” przypadki dotyczą w większym lub mniejszym stopniu pacjenta „uwięzionego” (np. w szpitalu), który znajduje się w końcowym stadium śmiertelnej choroby. Jego niemoc fizyczna stawia innych w pozycji pomocników przy realizacji wyboru śmierci, a w sytuacjach skrajnych nawet w roli zastępców przy dokonywaniu wyboru.

Chcemy uwzględnić tu dwa przypadki: cierpiącego, ale będącego w stanie świadomości pacjenta w stadium końcowym takiej choroby, jak rak oraz nieodwracalnie pozbawionego świadomości pacjenta w stanie śpiączki. Drugi przykład, z powodu związanego z nim dramatyzmu prawnego ponownie zdobył w ostatnich latach nagłówki prasy i zajął wyobraźnię publiczną; pierwszy jednak jest istotniejszy, częściej spotykany i o wiele trudniejszy do rozwiązania.

### Nieuleczalnie chory pacjent w stanie świadomości

Wyobraźmy sobie następującą scenę. Lekarz mówi, po pierwszej lub może po drugiej operacji: „Trzeba operować jeszcze raz”. Pacjent na to: „Nie”. Lekarz: „Wtedy na pewno pan umrze”. Pacjent: „Niech tak będzie”. Ponieważ operacja wymaga zgody pacjenta, wydaje się to kończyć sprawę i nie wzbudzać ani etycznych, ani prawnych wątpliwości. Jednakże rzeczywistość nie jest tak całkiem prosta. Odmowa pacjenta musi, pomijając inne aspekty, opierać się na tym samym warunku, co jego zgoda: pacjent musi być dobrze poinformowany, aby decyzję jego można było uznać za ważną. W rzeczywistości również zgoda na leczenie tylko wtedy oparta jest na wystarczającej informacji, jeżeli decydujący się na nie pacjent zna oprócz „plusów” również „minusy”, a więc niekorzystne i ryzykowne aspekty, na których mógłby oprzeć swoje „Nie”. Prawo do śmierci (jeżeli ma być zrealizowane przez sam kompetentny podmiot, a nie przez jakiegoś jego zastępcę) jest więc nieodłączne od prawa do prawdy i faktycznie traci swą moc przez wprowadzenie w błąd. Jednakże wprowadzenie w błąd jest obecnie niemal integralnym składnikiem prak-



tyki lekarskiej i to nie tylko z powodów humanitarnych, ale często również bezpośrednio terapeutycznych.

Można sobie wyobrazić wspomniany wyżej dialog poszerzony o następujące pytania pacjenta, po oznajmieniu mu przez lekarza o konieczności ponownej operacji: „Co mi da operacja w wypadku powodzenia? Ile jeszcze da mi życia i jakie ono będzie? Czy będę chronicznie pacjentem czy wrócę do normalnego życia? Czy pozbędę się bólu? Jak długa będzie przerwa aż do następnego ataku choroby i nawrotu obecnego stanu?” (Należy pamiętać, że mówimy o stanie nieuleczalnym, zmiennym tylko w określonych granicach czasowych). Wszystkie te pytania mogą odnosić się — rzecz jasna — jedynie do szans określonych stosownie do stanu wiedzy medycznej; do niczego więcej, ale i nie mniej.

Pacjent ma oczywiście prawo do rzetelnej odpowiedzi. Ale równie oczywiste jest, że lekarz znajduje się w trudnej sytuacji w przypadku, gdy rzetelność oznacza okrucieństwo. Czy pacjent rzeczywiście chce nieretuszowanej prawdy? Czy jest w stanie ją znieść? Jak odbije się ona na jego stanie psychicznym podczas cennej reszty jego policzonych dni niezależnie od tego, czy zdecyduje się on na ich przedłużenie czy nie? A może w głębi duszy pragnie on miłosiernego oszustwa? I co jeszcze bardziej jest dręczące: niekorzystna prawda lekarskiej prognozy miałaby może samosprawdzający się efekt przez osłabienie rezerw psychicznych (owej słynnej „woli życia”), którymi pacjent mógłby wspomagać środki lecznicze. Jego rezygnacja może rzeczywiście pogorszyć prognozę. Nadzieja jest w końcu siłą samą w sobie i jej mocniejsze zaakcentowanie służy nie tylko terapeutycznej perswazji, ale również rzeczywistej poprawie perspektyw. Krótko mówiąc, czy prawda nie mogłaby być faktycznie szkodliwa dla pacjenta, natomiast wprowadzenie w błąd w jakiejś mierze subiektywnie i obiektywnie użyteczne? Tak więc w rozważaniach na temat prawa do śmierci dochodzimy do znacznie starszego i dobrze znanego zagadnienia: Czy lekarz powinien „to” powiedzieć? Problem ten jest faktycznie wcześniejszy niż rozważana przez nas sytuacja. Czy lekarz powinien był zawiadomić pacjenta już na samym początku, że stan jego jest nieuleczalny i nawet w tym sensie finalny, że dopuszcza w najlepszym razie krótkie odroczenie śmierci?

Zbyt pospieszne odpowiedzi na te pytania świadczyłyby o braku wrażliwości na złożony charakter omawianych zjawisk. Ośmielam się wystąpić tutaj z taką podstawową tezą: Należy szanować autonomię pacjenta, a więc — gdy chodzi o sprawy ostateczne — nie należy przez wprowadzanie go w błąd pozbawiać go możliwości podjęcia decyzji opartej na rzetelnej informacji — chyba że chce on być wprowadzony w błąd. Zorientowanie się co do tego jest częścią sztuki prawdziwego lekarza, której nie można nauczyć się w trakcie zdobywania wiedzy



medycznej. Lekarz musi należycie ocenić osobę pacjenta, a jest to nie lada wyczyn intuicji. Jeżeli przekonał się, że pacjent rzeczywiście chce prawdy — a samo potwierdzenie jeszcze o tym nie świadczy — wtedy lekarz jest moralnie, ale także ze względu na umowę zobowiązany mu ją przekazać. Z kolei pocieszające wprowadzenie w błąd, jeżeli odpowiada widocznemu życzeniu, jest czynem słusznym; jest nim również wprowadzenie w błąd dodające otuchy, które wynika z bezpośrednich potrzeb terapeutycznych; ono i tak zresztą zakłada sytuację, w której nie pora jeszcze na ostateczny wybór. W innych natomiast przypadkach, szczególnie kiedy trzeba dokonać wyboru, prawo dojrzałej osoby do pełnego odsłonięcia prawdy, jeżeli domaga się jej poważnie i wiarygodnie, powinno mieć pierwszeństwo przed miłosierdziem i wszelkiego rodzaju opiekuńczym autorytetem, jaki lekarz może reprezentować w imię przypuszczalnego dobra swego pacjenta.

Zresztą to prawo do prawdy rozciąga się poza wymagania decyzji opartej na rzetelnej informacji również na sytuację, w której nie ma o czym decydować. Chodzi wówczas nie o „prawo do śmierci”, sprawę ze sfery praktycznej, ale o wyznaczone przez ludzką godność kontemplatywne prawo do własnej śmierci, a jest to sprawa nie w sferze działania, lecz bycia. Wymaga to pewnego wyjaśnienia. Otóż nawet jeśli brak alternatywy terapeutycznej, która stawiałaby na porządku dziennym prawo do śmierci, prawo pacjenta skazanego na śmierć, by usłyszeć prawdę, jest właśnie prawem samoistnym, jest to jego święte prawo, zupełnie niezależne od praktycznych konsekwencji w postaci decyzji pozamedycznych, do jakich prawda mogłaby go skłonić. Do etyki lekarskiej dałoby się tutaj przenieść coś z ducha katolickiego sakramentu śmierci: lekarz powinien być gotów okazać cześć dla istotnego sensu, jaki ma śmierć dla ograniczonego czasem życia (wbrew temu, że współcześnie degraduje się śmierć do największego nieszczęścia); lekarz nie powinien odmawiać osobie umierającej możliwości ustosunkowania się do już bliskiego końca, oswojenia się z nim w sobie właściwy sposób: może to być poddanie się, pojednanie lub bunt, w każdym razie coś, co dokonuje się w godności świadomego swej śmierci człowieka. W przeciwieństwie do księdza, który działa w zastępstwie Boga, lekarz nie jest uprawniony w swej czysto ziemskiej roli do narzucania tej wiedzy pacjentowi, jednak musi wsłuchać się w jego rzeczywistą wolę, która może ujawniać się między słowami. Prawda — tak stwierdzi przyjaźnie nastawiony człowiek — nie jest w tym wypadku (bardziej jeszcze niż w innym) sprawą każdemu należną. Miłosierdzie może dopuszczać niewiedzę. Nie powinno ono jednak arbitralnie wyrokować o konieczności niewiedzy. Innymi słowy, oprócz „prawa do śmierci” istnieje również prawo do świadomości osvajania się z własną śmiercią (a jest to czymś innym



niż abstrakcyjna wiedza o śmiertelności w ogóle); faktycznie dopełnia się w tym momencie prawo do własnego życia, ponieważ w prawie tym zawiera się prawo do „własnej” śmierci. Prawo to jest zaprawdę niezbywalne, nawet jeśli ludzka słabość woli z niego zrezygnować — co znowu stanowi prawo, któremu należy się poszanowanie i uwzględnienie przez miłosierne wprowadzenie w błąd. Miłosierdzie nie powinno jednak stać się uzurpacją. Okłamywać umierającego, nie szanując jego wiarygodnie objawionej woli, oznacza oszukańczo pozbawić go swoistej możliwości bycia sobą, przebywania oko w oko ze swą śmiertelnością, gdy zaczyna ona dla niego stawać się realna. Przyjmuję tutaj założenie, że śmiertelność jest integralną własnością życia, a nie obcym mu i przypadkowym jego pomniejszeniem<sup>4</sup>.

Wróćmy jednak do prawa do śmierci. Przyjmijmy, że pacjent jest poinformowany i że nie zgodził się na terapeutyczne przedłużanie swego agonalnego stanu, że chce pozostawić zdarzenia ich własnemu biegowi. Umożliwiając mu dzięki poinformowaniu decyzję i respektując ją, zostało poszanowane jego prawo do śmierci. Wówczas wyłania się jednak nowy problem. Niezgoda chorego na przedłużenie beznadziejnego stanu była między innymi niezgodą na cierpienie, obejmuje więc życzenie, aby zaoszczędzić mu cierpienie — czy to przez przyspieszenie końca, czy przez uśmierzanie bólu w okresie, jaki mu jeszcze pozostał; przy czym uśmierzanie bólu przyspiesza czasami koniec na skutek podawania zbyt wysokich dawek leków. Uwzględnienie życzenia chorego zdaje się być zawarte w tym, co przyznano mu wraz z „prawem do śmierci” i akceptacją jego decyzji. Miłosierdzie skłania do poszanowania życzeń pacjenta w takiej mierze, w jakiej pacjent cierpi. Spełnienie tych życzeń wymaga jednak współdziałania, a może nawet wyłącznego działania innych, zaś instytucjonalizacja śmierci związana z upowszechnieniem szpitalnictwa, w połączeniu z bezradnością pacjenta, stwarza tutaj problemy najwięk-

<sup>4</sup> Dla ontologicznego uzasadnienia tego „założenia” chciałabym odesłać do często przeze mnie przytaczanej filozofii organiczności: najpierw po niemiecku w *Organismus und Freiheit*, Göttingen 1973, por. np. s. 15—17, 332 i n.: „Należy pamiętać, że wraz z życiem przyszła śmierć i że śmiertelność jest ceną, którą musiała zapłacić nowa możliwość istnienia [...] Jest to istnienie odwoływalne i zniszczalne, przygoda śmiertelności polegająca na tym, że z długotrwałej materii powstaje krótkotrwały organizm podlegający przemianie materii — skończone losy indywidualnych bytów”; por. *Das Prinzip Verantwortung*, Frankfurt am Main 1979, s. 156 i n.; ostatnio *Evolution und Freiheit* w „Scheidewege” 13 (1983/84) s. 88: „To że życie jest śmiertelne, stanowi co prawda jego podstawową sprzeczność, ale należy nieodłącznie do jego istoty i jest bez tego nie do pomyślenia. Życie jest śmiertelne nie pomimo, ale ponieważ jest życiem, według jego najpierwotniejszej konstytucji. Taki odwoływalny, niepewny charakter ma bowiem stosunek materii i formy, na którym ono polega”.



szej wagi. Zdanie się na opiekę w domu nie przynosi na ogół niczego dobrego. Nie będziemy zajmować się kwestią, co można by uczynić prywatnie, w atmosferze intymnej i miłosiernej miłości. Szpital umieszcza pacjenta wprost w sferze publicznej, podporządkowuje go jej normom i jej kontroli.

Co się tyczy bezpośredniego, rozmyślnego przyspieszenia końca, np. przez uśmierzające leki, to nie można zasadnie wymagać od lekarza, aby zastosował do tego celu którykolwiek z będących do jego dyspozycji środków ani też od personelu szpitalnego współdziałania przez „niedostrzeżenie”, jeśli ktoś inny dostarcza takie leki pacjentowi. Zabrania tego nie tylko prawo (można by je zmienić), ale bardziej jeszcze najistotniejszy sens zawodu lekarza; lekarz bowiem nigdy nie ma prawa pełnić roli osoby sprowadzającej śmierć, nawet na żądanie pacjenta. Eutanazja dokonana przez lekarza możliwa jest tylko w przypadkach trwających w stanie nieświadomości i sztucznie podtrzymywanych szczątków życia, gdy osoba pacjenta już wygasła (dalej będzie o tym mowa). Jeżeli jednak w pozostałych przypadkach wykluczamy dokonanie eutanazji przez lekarza, aby bronić integralności jego zawodu, nawet na przekór przysługującemu pacjentowi prawa do śmierci, to musimy dodać, że udostępnienie pacjentowi uśmierczającego leku niewiele tylko różni się od bezpośredniego podania go na jego życzenie. Byłoby to między innymi niezgodne z uprzywilejowaniem lekarza w dostępie do takich środków; przywilej ten byłby zagrożony przez nadużycie go w najlepszych intencjach.

Istnieje jednak różnica między zabiciem a przyzwoleniem na śmierć. Widzieliśmy, że w pierwszym przypadku pacjent nie może liczyć na spełnienie swojej woli. W drugim natomiast może. Istnieje także różnica między przyzwoleniem na śmierć a pomocą w samobójstwie. W przypadku cierpiącego świadomego pacjenta, o jakim tutaj mówimy, przyzwolenie na śmierć należy uwolnić od obaw przed represjami prawnymi (prawa karnego i cywilnego) oraz zawodowymi, jeżeli ulegnie się stanowczemu żądaniu pacjenta (a nie jego prośbie w chwili rozpacz) i np. odłączy się go od aparatu sztucznego oddychania, który podtrzymuje go przy życiu, przy czym nie ma dla niego innej perspektywy niż właśnie trwanie w tej kondycji. Formalnie żądanie takie jest jego i tylko jego prawem; i problemy prawne powstają tu tylko na skutek pozornego przejęcia jego praw przez klinikę lub szpital. Pacjentowi jednak powinno być wolno na nowo przemyśleć pierwotny zamiar leczenia i dokonać ostatecznego wyboru: hospitalizacja nie powinna prowadzić *de facto* do jego ubezwłasnowolnienia. Ale co się tyczy nie prawa, lecz etyki zaprzestania podtrzymującej przy życiu procedury na życzenie pacjenta, to tyl-



ko sofistyka może w takim wypadku utożsamiać odstąpienie od dalszego leczenia z działaniem, czyli przyzwolenie na śmierć z zabójstwem. Ostatecznie przecież bezradność, która czyni pacjenta zależnym od przyzwolenia lekarza, nie powinna stawiać go w gorszej pozycji pod względem jego praw niż pacjenta, który może chodzić i może po prostu wstać i odejść bez przeszkód. Jemu również nie będzie się zarzucać samobójstwa (mordercą jest tu choroba) ani zmuszać do dalszego życia; i nikt nie osądzi rezygnacji z przymusu jako pomocy w samobójstwie (nawet ten, kto błędnie zinterpretuje zachowanie pacjenta jako samobójstwo). Byłoby równie niesłusznie co nielogicznie karać „uwięzionego” pacjenta za jego fizyczną niemoc utratą prawa. Kiedy mówi on „dosyć”, należy go usłuchać; i należy usunąć przeszkody natury społecznej, które istnieją<sup>5</sup>.

Jak wszakże przedstawia się sprawa, gdy zamiast biernego zachowania mamy ocenić „czyn”, np. zastosowanie leków uśmierzających ból, będące przecież pozytywnym działaniem lekarza? Wówczas, kiedy będą konieczne szkodliwe dawki, aby uśmierzyć dokuczający ciągle ból, obowiązek łagodzenia cierpień może wejść w konflikt z hipokratesową zasadą „nieszkodzenia”. Który z obowiązków ma w tym wypadku pierwszeństwo? W przypadku uleczalnego lub w ogóle podlegającego pozytywnym terapeutycznym oddziaływaniom pacjenta z pewnością drugi: lekarz powinien odmówić podania zagrażających życiu dawek leku. Jednakże w stadium końcowym nie poddającym się już leczeniu — wydaje się to intuicyjnie jasne — potrzeba uśmierzenia uzyskuje przewagę nad zakazem szkodzenia, a nawet skracania życia; należy więc pacjenta usłuchać. Cenę takiego uśmierzenia należy oczywiście ujawnić cierpiącemu i konieczna jest jego akceptacja. Jak już wspomniałem, podawanie szkodliwych dawek może mieć wpływ na długość życia, uśmierzenie bólu może więc skrócić czas, jaki jeszcze pozostał pacjentowi; ale pacjent, któremu skrócono by w ten sposób długość życia, zyskałby na jakości pozostałej mu do przeżycia części. Przyspieszenie końca, gdy jest ono ubocznym skutkiem zupełnie innego celu — uczynienia reszty nie dającego się już uratować życia czymś znośnym i przez to jeszcze wartościowym — jest moralnie słuszne i powinno być za takie uznane przez prawo i etykę zawodową, mimo iż wprowadza ono do istniejącego już śmiertelnego stanu dodatkowy czynnik uśmiercający. W pewnej chwili

<sup>5</sup> Obecna sytuacja prawna w Stanach Zjednoczonych nie pozwala co prawda odmówić (psychicznie kompetentnemu) pacjentowi prawa, by powiedzieć „dosyć”, lekarz byłby jednak zmuszony ze względu na obwarowania prawne dotyczące „błędu w sztuce” do zaprzestania leczenia, co uniemożliwiłoby dalszy pobyt w szpitalu. Ponieważ pozbawiony byłby on nadal potrzebnej mu opieki lekarskiej i szpitalnej, aby umierać w znośnych warunkach, taki abstrakcyjnie istniejący wybór przerwania zabiegów jest dla niego faktycznie zamknięty.



lekarz przestaje być uzdrowicielem pacjenta i staje się jego pomocnikiem w umieraniu. Przypadająca mu tym samym starannie określona swoboda działania nie otwiera wrót do „zabijania z litości” i nie wydaje się wskazywać na potrzebę wprowadzenia ustawodawstwa dotyczącego eutanazji, ale jedynie na potrzebę udoskonalenia na użytek wymiaru sprawiedliwości pojęcia „błędu w sztuce lekarskiej”. Wykluczałoby ono łagodzenie cierpienia umierania na żądanie pacjenta. Zgoda na taką zamianę długości procesu umierania na jego znośność nie powinna być przyrównywana do „zabijania” ani pod względem moralnym, ani pojeściowo.

### Pacjent w stanie nieodwracalnej utraty świadomości

Rozważmy na koniec przypadek pacjenta w nieodwracalnej śpiączce, kiedy dzięki sztucznym środkom istnieją jeszcze szczątki życia, ale nie ma już nawet pozorów istnienia podmiotu zdolnego do decyzji, którego przypuszczalną wolę reprezentowałby ktoś inny. Wobec braku takiego potencjalnego podmiotu obdarzonego możliwością decyzji we własnej sprawie nie może być mowy o prawie do śmierci w ścisłym tego słowa znaczeniu. Prawo to zakłada bowiem podmiot, który z niego korzysta, nawet jeżeli sam nie może go zrealizować. Nie można w tym wypadku stanowczo wskazać, czy je prawo zostało uszanowane lub naruszone przez jakąś decyzję: prawo byłej osoby czy istniejących obecnie pozosobowych szczątków. Ponieważ tylko osoba może być podmiotem praw, musiałyby to być zapewne była osoba, do której jak gdyby „pośmiertnych” praw można by się odwołać. Istniejąca wcześniejsza deklaracja woli dostarczałaby w tym przypadku moralnego — ale na razie nie prawnego — poparcia. Czy istnieje obowiązek lub choćby prawo ze strony innych do przedłużania takiego stanu, czy też mają oni prawo lub nawet obowiązek przerwania go przez zakończenie sztucznego podtrzymywania życia? Rozsądek i humanitaryzm stanowczo sprzyjają — tak chcemy twierdzić — drugiej sytuacji, czy to jako prawu, czy też jako obowiązкови: pozwólcie, aby umarł nieszczęsny cień dawnej osoby, skoro gotowe do tego jest ciało i skończcie z degradacją jego wymuszonego istnienia! Jednakże potężne zarówno wewnętrzne, jak i zewnętrzne opory przeszkadzają rozsądkowi. Istnieje bowiem w ludziach groza przed zabijaniem, a dopuszczenie do śmierci może być, co prawda błędnie tak interpretowane w tej sytuacji, ponieważ zakłada ono zaniechanie aktywnego przeciwdziałania śmierci. Istnieje przecież taka koncepcja zawodu lekarskiego, w myśl której we wszelkich okolicznościach lekarz powinien stać po stronie życia. Istnieje również prawo, które zabrania rozmyślnego po-



wodowania śmierci i obciąża winą za samą rezygnację z jej zapobieżenia. Chociaż wszystko to właściwie nie dotyczy prawa do śmierci, lecz co najwyżej problematycznie poszerzonego prawa do życia (ponieważ nie ma już podmiotu, który mógłby damagać się takiego lub innego prawa i którego dobro zostałoby przez odmowę respektowania tego prawa naruszone), to przypadek pacjenta znajdującego się w nieodwracalnej śpiączce jest jednak zwykle łączony z prawem do śmierci. Prawo to przytacza się dla poparcia żądania, aby nie przeszkadzać dłużej umieraniu. Dlatego zajęliśmy się tym problemem.

Można zaproponować dwa wyjścia z tego etyczno-prawnego zaułka. Jednym jest nowe zdefiniowanie śmierci i jej symptomów. Według takiej definicji śpiączka określonego stopnia oznacza właśnie śmierć — jest to tzw. definicja „śmierci mózgu”, która (ponieważ śmierć jest już faktem dokonany) usuwa cały opisany wyżej problem i sprowadza go do samego faktu stwierdzenia, czy spełnione są kryteria definicyjne. Jeżeli są spełnione, to przerwanie sztucznego podtrzymywania funkcji wydaje się nie tylko dozwolone, ale oczywiste, a nawet obowiązujące, ponieważ trudno byłoby usprawiedliwić trwonienie kosztownych środków medycznych dla martwego ciała. A może jednak? Czy przerwanie — to znaczy: uczynienie zwłok jeszcze bardziej zwłokami — nie mogłoby oznaczać marnotrawstwa innego rodzaju? Czyż ciało zmarłego (jeżeli krążenie zostanie nadal utrzymane) nie jest samo wartościowym zasobem medycznym, traktowanym mianowicie jako bank organów dla możliwych transplantacji? Podtrzymywanie krążenia utrzymuje organy w stanie życiowej świeżości i zapewnia przyszłemu odbiorcy pełnowartościowy organ, jak od żywego dawcy. Ze względu na tę wartość użytkową oświadczenie o śmierci na podstawie kryteriów śmierci mózgu nie stałoby w sprzeczności ze stosowaniem wegetatywnych bodźców na organizm (respirator itd., w dłuższym okresie również odżywianie dożylnie). Byłyby to wówczas części większej społecznie użytecznej akcji mającej na celu korzyść dla innych pacjentów albo dla badań medycznych. Właśnie ten zewnętrzny użytek brano od początku pod uwagę proponując „nieodwracalną śpiączkę jako nową definicję śmierci”<sup>6</sup>. Powinno być

<sup>6</sup> W powszechnie znanym *Report of the Ad Hoc Committee of the Harvard Medical School to Examine the Definition of Brain Death* z roku 1968, który stał się podstawą ustawodawstwa w wielu amerykańskich stanach, powód ten występuje jako jeden z „dwóch [...] dla których (nowa) definicja jest konieczna”; „(2) Przedstawione kryteria definicji śmierci mogą prowadzić do kontrowersji przy uzyskiwaniu organów do transplantacji”. Por. *A Definition of Irreversible Coma* (jest to główny tytuł cytowanego raportu Komitetu Harvardzkiego) „*Journal of the American Medical Association*” 205, nr 6, 5 sierpień 1968, s. 337—340: ciało w stanie sztucznie pobudzanego oddychania (z biciem serca, obiegiem krwi itd.)



jednak jasne, że współudział korzyści, a szczególnie korzyści innych pacjentów, nie tylko pozbawia tę definicję jej teoretycznej czystości, ale również wystawia na niebezpieczne pokusy jej zastosowanie. W innym miejscu przedstawiłem swoje wątpliwości co do tego rodzaju „rozwiązania” problemu śpiączki<sup>7</sup>. Opowiedziałem się przeciwko sprowadzeniu problemu do kwestii semantycznej, rozwiązanej na drodze definicji: definicji *ad hoc*, tzn. przystosowanej do szczególnej sytuacji i jej praktycznych potrzeb. Obciążona jest ona podejrzeniem o motyw korzyści. Daje w ten sposób powód do obaw o jej obce podmiotowi zastosowanie, jakim jest choćby uzyskanie najświeższego materiału do transplantacji organów<sup>8</sup>. Wspomnę, że moje bardzo konkretne ostrzeżenia w tej sprawie były daremne (choć moja praca *Against the Stream* ciągle zamieszczana jest w antologiach etyki lekarskiej). Że ostrzeżenia te nie były bezpodstawne, dowodzi co najmniej jeden uwzględniony w publicznych komunikatach przypadek: pobranie organów od „martwego dawcy” utrzymywanego w określonym stanie za pomocą sztucznej, specjalnie w tym celu zastosowanej respiracji, którą kontynuowano po formalnym stwierdzeniu śmierci<sup>9</sup>. W innym powszechnie znanym przypadku — przypadku Karen Quinlan<sup>10</sup>, definicja ta okazała się niewy-

mogłoby według „przedstawionych kryteriów” być uważane za żywe i dlatego nie nadające się do pobrania organów, które stanowiłoby wówczas wiwisekcję, a może morderstwo. „Śmierć mózgu” jako w pełni wystarczające kryterium usuwa tę przeszkodę na mocy definicji.

<sup>7</sup> Najpierw w 1968 r., zaraz po ogłoszeniu definicji harwardzkiej, w paragrafie XVI: „On the Redefinition of Death” mojego artykułu *Philosophical Reflections on Experimenting with Human Subjects*, i później w całości temu tematowi poświęconym eseju *Against the Stream* (patrz H. Jonas, *Philosophical Essays*, Engelwood Cliffs 1974, 1980).

<sup>8</sup> Inne możliwe i kuszące zastosowanie tego pośredniego stanu „związków” utrzymywanych dowolnie długo w wegetatywnej aktywności to samoregenerujący się bank krwi i hormonów; przedmiot do farmaceutycznych, toksykologicznych, bakteriologicznych, immunologicznych (itd.) testów na ludziach; obiekt do demonstracji i ćwiczeń dla chirurgicznych celów nauczania *in vivo*. Dalsze zastosowanie może podsuwać medycyna i biochemiczna wyobraźnia.

<sup>9</sup> Por. *Postscriptum* do *Against the Stream* (1976). „*Philosophical Essays*” 1980, s. 140. Cytowane tam doniesienia prasowe dotyczyły siedemnastoletniej uczennicy, która w napadzie rabunkowym doznała rozległych uszkodzeń mózgu. Uznano ją za zmarłą, podczas gdy była utrzymywana przy życiu (*sustained*) za pomocą aparatu do oddychania. Potwierdzenie śmierci zostało podpisane przez lekarza domowego za zgodą rodziców i przez przewodniczącego okręgowego zrzeczenia lekarzy. W ciągu godziny usunięto do transplantacji oczy i nerki dziewczyny. Aparat do oddychania utrzymywano w ruchu, aby zachować siły życiowe organów, zaś po ich pobraniu wyłączono, wstrzymując wymuszone oddychanie.

<sup>10</sup> Słynny od lat ciągnący się przypadek Karen Quinlan: zapadła w głęboką śpiączkę młoda dziewczynę utrzymywano przy życiu wegetatywno-organicznym stosując sztuczne oddychanie, odżywianie i inne środki pomocnicze. Sąd zezwolił



starczająca, by poradzić sobie z problemem nieodwracalnej śpiączki. Kiedy bowiem za pozwoleniem sądu wstrzymane zostało sztuczne oddychanie, Karen Quinlan zaczęła niespodziewanie samorzutnie oddychać tak, że według kryteriów (szeroko w Ameryce akceptowanej) „harwardzkiej definicji” śmierci mózgu pacjentka nie umarła, mimo że znajdowała się nadal w głębokiej śpiączce. Na nowo w swej pierwotnej ostrości pojawiła się kwestia dalszego sztucznego podtrzymywania jej funkcji życiowych (np. odżywiania dożylnego) i nie sposób było ją teraz rozstrzygnąć przez odwołanie się do definicji. Przejście z poziomu moralnego na poziom techniczny zmniejsza naszą zdolność, aby zadowalająco zająć się tym problemem w jego aspekcie egzystencjalnym.

Istnieje jednak inne wyjście z tego ślepego zaułka niż definicyjna semantyka dotycząca życia i śmierci. Można mianowicie zapytać wprost, czy jest rzeczą słuszną przedłużanie czegoś wyłącznie sztucznymi sposobami, co ze względu na stan naszej wiedzy albo niewiedzy — może co prawda jeszcze nazywać się „życiem”, ale jest właśnie tylko tego rodzaju życiem i w całości zawdzięczane jest naszej sztuce. Zgadzam się tutaj z rozstrzygnięciem papieskim, które brzmi: „Kiedy głęboki brak świadomości uznany zostaje za stały, wówczas nadzwyczajne środki do podtrzymywania życia przestają obowiązywać. Można je wstrzymać i pozwolić pacjentowi umrzeć”<sup>11</sup>. Proste dopuszczenie śmierci w takich sytuacjach granicznych nie zakłada potrzeby zredefiniowania śmierci ani momentu jej wystąpienia. Można pójść dalej i powiedzieć: takie nadzwyczajne środki nie tylko mogą, ale powinny być wstrzymane i to ze względu na pacjenta, któremu n a l e ż y pozwolić umrzeć; rezygnacja ze sztucznego podtrzymywania życia nie tylko jest dozwolona, ale wręcz obowiązkowa. Bowiem „prawo do śmierci” daje się przecież w końcu skonstruować w imię osoby i dla jej ochrony; osoby, którą pacjent niegdyś był i której pamięć pomniejsza się przez zdegradowanie do takiego „dalszego istnienia”. To prawo do „pośmiertnej” pamięci (którego nie zapewnia żadna norma prawna) staje się dla nas nakazem, panujemy

(zresztą bez powołania się na definicję śmierci i jej stwierdzenie) na przerwanie sztucznego oddychania, potem jednak (nastąpiło spontaniczne oddychanie) nakazał kontynuowanie innych środków podtrzymujących życie. Według istniejącego prawa należy je stosować tak długo, jak długo w samodzielnie oddychającym organizmie odbywa się dzięki niemu przemiana materii i kontynuowane są inne funkcje życiowe. Do dzisiaj ciało dziewczyny wegetuje w tym stanie pozbawienia świadomości. [Karen Quinlan zmarła w czerwcu 1985 r. nie odzyskując przytomności. Red.]

<sup>11</sup> Wspomniana papieska „decyzja” (nie jest to oświadczenie *ex cathedra*) została przytoczona na podstawie wtórnego źródła z 1968 r. i ma pochodzić z tego okresu. Niestety stan moich notatek nie pozwala w tej chwili na dokładne podanie danych.



bowiem nad tym prawem jednostronnie i całkowicie, jesteśmy strażnikami jego integralności i mandatariuszami płynących z niego roszczeń. Jeżeli jest to jednak zbyt „metafizyczne”, aby nasze pozytywistyczne sumienie przekonać o tym, gdzie leży nasz obowiązek, to temu wewnętrznemu nakazowi zaniechania starań o podtrzymanie życia może przyjść z pomocą prosta zasada społecznej sprawiedliwości, mianowicie zasada sprawiedliwego przydziału ograniczonych środków medycznych (nie wliczając do nich samych pacjentów!). Mówiliśmy poprzednio o bolesnych decyzjach dotyczących życia i śmierci, które wymusza sytuacja niedostatecznego zasobu środków. Występuje ona zwłaszcza w przypadku kosztownych aparatów (wraz z помещeniem szpitalnym i personelem pielęgniarskim), których stosowanie musi być nieprzerwane. Nasze wcześniejsze rozważania dotyczyły dostępu do tych urządzeń, kiedy zapotrzebowanie przewyższa istniejące możliwości (przykładem był aparat do dializy). Dla koniecznych wówczas decyzji normy dotyczące pierwszeństwa muszą być tak „sprawiedliwe”, jak wynika to z pewnej hierarchii preferencji. Nawet najlepiej przemyślane normy muszą być z natury rzeczy zawsze niedoskonałe. Pierwszym w historii przykładem takiej reguły selekcji był ogólny system tymczasowych kryteriów „wyboru”, który stosowały francuskie lazarety podczas masowej rzezi w okresie pierwszej wojny światowej. W okolicznościach zwyczajnych hierarchizacja silniejszych i słabszych warunków stanie się sprawą bardziej złożoną i ciągle dyskusyjną. To co można umieścić na górnym krańcu skali, da się ustalić tylko w jakimś stopniu arbitralnie. Ale chociaż pozostaje sprawą sporną, który przypadek zasługuje na największą preferencję w zbiorze przypadków konkurencyjnych, to jednak nie ulega wątpliwości, który na jej dolnym krańcu zasługuje na najmniejszą: ten, który najmniej może skorzystać z ograniczonych środków, a więc ten pacjent, który ma najmniejsze szanse przeżycia. Jeżeli się to uzna, pozostaje pytanie, czy taka zasada wyboru rozciąga się poza zakwalifikowanie do leczenia także na dalszy przebieg zdarzeń i czy znajduje później zastosowanie również w kwestii kontynuowania leczenia danego pacjenta, w sytuacji gdy pojawia się „lepszy” kandydat. Ogólnie rzecz biorąc można temu zaprzeczyć i uznać prawo pierwszeństwa już leczonego kandydata. Gdy leczenie zostało rozpoczęte, byłoby bezprzykładnym okrucieństwem odwołać przyznaną pacjentowi pomoc na rzecz czyjegokolwiek dobra. Podobnie jak miejsce w świecie raz narodzonej jednostki nie jest wymienne, tak raz przyznane pacjentowi miejsce nie da się wystawić na licytację dla osób, które dadzą więcej. Jednak nieodwracalnie nieprzytomny człowiek nie może doświadczać ani okrucieństwa, ani też dobrodziejstwa. „Jego” korzyść z leczenia stanowi zero, jeżeli „jego” odnosi się do podmiotu, który może odnieść korzyść.



Nie ma z jego strony żadnej chęci trwania, tak samo jak nie byłoby jej już po włączeniu aparatury. W tym szczególnym przypadku można więc w praktyce odwołać się do kryterium „najmniejszych korzyści” i zalecić ze względów moralnych przerwanie uprzednio rozpoczętych zabiegów, by nie odmawiać ich innym, którzy mogliby z nich skorzystać. Dla mnie, jak to już przedstawiłem, wzgląd ten jest wtórny wobec wewnętrznych aspektów tego przypadku, które traktuję jako wystarczający i zobowiązujący powód do zaprzestania zabiegów — jest to w istocie właściwy powód. Ponieważ jednak owe wewnętrzne aspekty stale bywają przedmiotem sporu, można tu przywołać zasadę dystrybtywnej sprawiedliwości społecznej — zasadę bardziej pragmatyczną i z tej racji mogącą liczyć na szerszą aprobatę. Moim zdaniem mamy tutaj do czynienia z tym, co Platon nazwał „drugą drogą” (*deuteros plous*): drugą z najlepszych dróg.

### Zadanie medycyny

Refleksja nad „prawem do śmierci” nie powinna zakończyć się na tym szczególnym przypadku, który w najlepszym razie leży na poboczu głównego tematu. Przypadek pacjenta w śpiączce jest rzadki i zbyt krańcowy, aby mógł służyć za paradygmat, nawet jeżeli dopuszczenie do śmierci można by w tym wypadku traktować jeszcze jako przynajmniej ukryte poszanowanie prawa pacjenta. (W sensie „retrospektywnym” przyznaliśmy to). Rzeczywistym miejscem dla takiego prawa (a zarazem miejscem konfliktów i walk wewnętrznych, które ono rodzi) jest znacznie częstsza i bardzo śliska sytuacja w pełni świadomego, skazanego na cierpienie pacjenta, który domaga się śmierci, a nie może jej jednak sobie sam zadać. To jego sytuacja, a nie sytuacja pozbawionego wszelkiej świadomości ciała — nasuwa etycznie dręczące problemy. Jednakże obie te sytuacje mają to do siebie, że niezależnie od problemu „praw” narzucają problem ostatecznego zadania sztuki lekarskiej. Zmuszają nas do pytania: czy samo tylko przesuwanie progu śmierci należy do prawdziwych celów i zadań medycyny? Co się tyczy rzeczywistych celów realizowanych przez sztukę lekarską, to trzeba stwierdzić, że wcześniejsza ścisła definicja tych celów została bardzo rozluźniona. Uwzględnia ona dzisiaj usługi (szczególnie chirurgiczne, ale również farmaceutyczne), które nie są „medycznie wskazane”, jak zapobieganie ciąży, przerywanie ciąży, sterylizacja z powodów pozamedycznych, zmiana płci, nie mówiąc o chirurgii kosmetycznej w służbie próżności lub korzyści zawodowych. „Służba życiu” wykroczyła w tym wypadku poza tradycyjne zadania leczenia i uśmierzenia bólu. Lekarz występuje w roli ogólnego „technika



od spraw cielesnych" i służy różnym celom według społecznego lub osobistego wyboru. Wcale nie musi istnieć jakikolwiek stan patologiczny; dzisiaj wystarczy lekarzowi, że klient (= „pacjent”) zażąda określonych usług od niego i aby prawo na nie zezwalało. Nie miejsce tutaj na naszą ocenę. Jednak na górnym końcu spektrum dotyczącym patologii i sytuacji krytycznych tam, gdzie pojawia się nasze „prawo do śmierci”, zadanie lekarza nadal jeszcze określają wniosłe i tradycyjnie przyjęte zobowiązania. Dlatego ważne jest, aby zdefiniować leżący u podstaw tego zawodu „obowiązek w stosunku do życia” i na tej podstawie ustalić, jak daleko może i powinna iść sztuka lekarska w realizacji tego obowiązku. Ustanowiliśmy regułę, że nawet swoisty dla pacjenta obowiązek życia nie usprawiedliwia przymuszania go do życia przez lekarza. Obecnie jednak lekarz jest do tego zmuszany częściowo przez ethos zawodowy, częściowo zaś przez obowiązujące prawo i dominujące poczucie prawne. Z powodu hospitalizacji chorych, zwłaszcza śmiertelnie chorych, co stało się regułą, lekarz, który raz przyłączył pacjenta w szpitalu do aparatury podtrzymującej przy życiu, staje się tym samym sprawcą określonych działań i nie ma już swobody osoby postronnej. Łatwiej jest uzyskać na ogół decyzję sądu na leczenie przymusowe (przykład: dzieci „świadków Jehowy”) niż decyzję na przerwanie działań podtrzymujących życie (przypadek Quinlan). Dlatego w celu obrony prawa do śmierci należy na nowo określić powołanie medycyny, by uwolnić zarówno lekarza, jak i pacjenta z ich obecnej niewoli. Wymaga tego nowe zjawisko bezsilności pacjenta połączone z kontrolowaną społecznie potęgą technik opóźniających śmierć. Można, jak sądzę, uzyskać jednomyślność co do tego, że medycynie powierzone jest czuwanie nad całością życia, lub, w największym przybliżeniu, nad życiem jakiego pacjent jeszcze pragnie. Zachować jego płomień, a nie żar popiołów, to jej właściwe zadanie, jakkolwiek powinna ona ochraniać również płomień, który tylko się tli. Nie jest jej zadaniem powodowanie cierpień i poniżenie, które nie służy niczemu więcej jak tylko odwlekaniu zagaśnięcia. Jak taka deklaracja zasad da się zastosować w życiu i praktyce prawnej, to z pewnością trudny problem; i bez względu na to, jak dobrze wywiązujemy się ze swych obowiązków, nie obejdzie się bez obszarów niepewności, gdzie w poszczególnych przypadkach musimy podejmować trudne decyzje<sup>12</sup>. Gdy jednak zasada ta zostanie uznana, to istnieje większa nadzieja, że lekarz

<sup>12</sup> Wcześniejsze wydarzenia w Niemczech zmuszają mnie bym podkreślił, że ani mordowanie chorych psychicznie, ani inne eliminowanie „bezwartościowego życia” nawet w najmniejszym stopniu nie podpada pod zadeklarowaną przeze mnie zasadę. Są to jednoznacznie przestępstwa i jeżeli można tu w ogóle mówić o czymś takim, jak „pożytek społeczny”, to tylko w tym sensie, że popełnienie takich przestępstw zasługuje na śmierć.



stanie się znowu humanitarnym sługą zamiast tyranem i tyranizowanym panem pacjenta.

Ostatecznie więc pojęcie życia, a nie śmierci jest tym, co determinuje problem „prawa do śmierci”. Powróciliśmy do początku naszych rozważań, kiedy uznaliśmy prawo do życia za źródło wszystkich praw. We właściwym i pełnym rozumieniu uwzględnia ono również prawo do śmierci.

*Tłum. Joanna Pawłowska*

### Право на смерть

Современная медицинская техника позволяет значительно продлить не только жизнь больного, но и его агонию. Даже если мы признаем, что у больного есть своеобразный долг жизни, то из этого не вытекает, что врач должен всегда применять все возможные средства для продления жизни. Защита права на смерть требует нового определения задач медицины.

### The Right to Die

Contemporary medical practices based on new technical inventions make it possible to prolong the patient's life and his coma as well. Even if we assume that the patient has a specific obligation to stay alive it does not follow that it is the doctor's duty to prolong his life indefinitely by using all possible techniques of resuscitation. The time has come to reformulate the proper objectives of medicine in order to make them compatible with the right to die. (Editors)