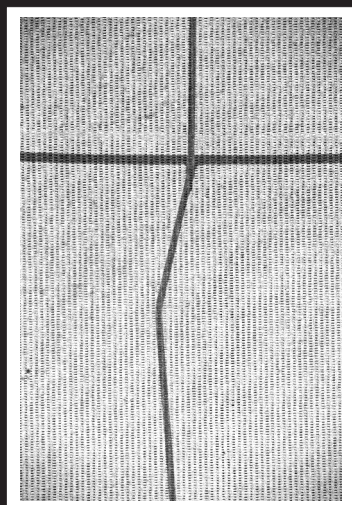


A N T O L O G I A B I O E T Y K I

T O M 1

wokół śmierci
i umierania



UNIVERSITAS

wokół śmierci
i umierania

A N T O L O G I A B I O E T Y K I

T O M 1

wokół śmierci i umierania

redakcja naukowa
Włodzimierz Galewicz

K R A K Ó W

© Copyright by Towarzystwo Autorów i Wydawców Prac Naukowych
UNIVERSITAS, Kraków 2009

ISBN 97883-242-1432-7
TAiWPN UNIVERSITAS

Opracowanie redakcyjne
Wanda Lohman

Projekt okładki i stron tytułowych
Ewa Gray

SPIS TREŚCI

WSTĘP

<i>Włodzimierz Galewicz</i> , Decyzje o zakończeniu życia	7
---	---

REZYGNACJA Z PODTRZYMYWANIA ŻYCIA

<i>George P. Fletcher</i> , Podtrzymywanie życia: rozważania prawne	85
<i>Bonnie Steinbock</i> , Zamierzone przerwanie życia	99
<i>Bruce L. Miller</i> , Autonomia a odmowa poddania się leczeniu ratującemu życie	111
<i>Margaret Pabst Battin</i> , Najmniej zła śmierć	129
<i>Joanne Lynn, James F. Childress</i> , Czy pacjenci zawsze powinni otrzymywać pożywienie i wodę?	139
<i>Alan J. Weisbard, Mark Siegler</i> , Zabijanie pacjentów z litości – apel o ostrożność	155
<i>Michael Tooley</i> , Nieistotne rozróżnienie: zabicie a przyzwolenie na śmierć	165
<i>Daniel Callahan</i> , Zabicie a przyzwolenie na śmierć	173

LETALNA ANALGEZJA I TERMINALNA SEDACJA

<i>John Finnis</i> , Filozoficzny argument przeciwko eutanazji	183
<i>John Harris</i> , Filozoficzny argument przeciwko filozoficznemu argumentowi przeciwko eutanazji	199
<i>David Orentlicher</i> , Sąd Najwyższy i terminalna sedacja. Możliwość etycznie gorsza od lekarskiej pomocy w samobójstwie	211

SAMOBÓJSTWO Z POMOCĄ LEKARZA

<i>James Rachels</i> , Samobójstwo i eutanazja	227
<i>Ronald Dworkin, Thomas Nagel, Robert Nozick, John Rawls, Thomas Scanlon, Judith Jarvis Thomson</i> , Apel filozofów (opinia Amici Curiae)	237

<i>Dan W. Brock</i> , Samobójstwo z pomocą lekarza bywa moralnie uzasadnione	257
<i>John Hardwig</i> , Czy mamy obowiązek umrzeć?	281
<i>Don Marquis</i> , Słabość argumentu za legalizacją samobójstwa z pomocą lekarza	303
<i>J. David Velleman</i> , Prawo do samounicestwienia?	319

EUTANAZJA

<i>Yale Kamisar</i> , Legalizacja eutanazji: kilka wątpliwości o charakterze świeckim	339
<i>Glanville Williams</i> , Legalizacja „zabójstwa z litości”: replika	351
<i>Antony Flew</i> , Zasada eutanazji	365
<i>Daniel Callahan</i> , Kiedy samostanowienie wpada w amok	383
<i>Margaret Pabst Battin</i> , Eutanazja: kwestie podstawowe	393
<i>Ezekiel J. Emanuel</i> , Jakąż to wielką korzyść przyniosłaby legalizacja eutanazji i medycznie wspomaganego samobójstwa?	433
NOTY O AUTORACH	451
INDEKS NAZWISK	453

WSTĘP

Włodzimierz Galewicz

Decyzje o zakończeniu życia

U schyłku życia niejednego człowieka, a czasem nawet w samym środku, jeśli nie wręcz na początku jego oczekiwanego życia, nadchodzi chwila niełatwej decyzji: jest to moment, w którym nierzadko on sam, a jeszcze częściej ci, którzy się nim zajmują – jego bliscy, jego opiekunowie i jego lekarze – są zmuszeni zdecydować, czy mają przez jakieś możliwe działanie (lub przez zaniechanie takiego działania) przyczynić się przynajmniej w pewnym stopniu do tego, by życie tego człowieka dobiegło do końca. Te *decyzje o zakończeniu życia* mogą mieć rozmaity dramatyzm i różny charakter. Dla celów tego przeglądu rozgraniczę wśród nich cztery rodzaje: pierwszym, od którego wygodnie będzie rozpocząć, jest decyzja o *letalnej analgezji* – stosowaniu środków uśmierzających ból, ze świadomością, że mogą one spowodować (lub prawdopodobnie spowodują) szybszą śmierć pacjenta; drugim rodzajem, który omówię, są różne formy *rezygnacji z podtrzymywania życia*; trzecim – decyzja o *popętnieniu samobójstwa lub pomocy w samobójstwie*; ostatnim – decyzja o *eutanzji*. Biorąc kolejno pod uwagę wymienione rodzaje decyzji, za każdym razem spróbuję rozważyć, czy przynajmniej w niektórych wypadkach – a jeżeli tak, to w jakich – są one moralnie usprawiedliwione. Jest bowiem jasne, że każda z wyróżnionych decyzji – już przez to samo, że w mniejszym lub większym stopniu przyczynia się do zakończenia życia pewnego człowieka – wymaga jakiegoś usprawiedliwienia.

○ letalnej analgezji i zasadzie podwójnego skutku

KONGREGACJA DOKTRYNY WIARY O ANALGEZJI I EUTANAZJI¹

24 lutego 1957 Pius XII wygłosił pamiętne, częstokroć później cytowane przemówienie do uczestników IX Kongresu Włoskiego Stowarzyszenia Anestezjologów. W trakcie tej mowy papież odpowiedział na ważne pytanie, zadane przez uczestników kongresu. Lekarze pytali: „Czy religia i etyka pozwalają lekarzowi i pacjentowi na usunięcie bólu i świadomości przy pomocy narkotyków (nawet gdy zbliża się śmierć i gdy przewiduje się, że zastosowanie narkotyków skróci życie)?”. Papieska odpowiedź brzmiała: „Jeżeli nie istnieją inne środki i jeżeli w danych okolicznościach nie przeszkadza to w wypełnieniu innych obowiązków religijnych i moralnych: tak”².

W tym oświadczeniu Piusa XII, na które powołuje się też „Deklaracja Świętej Kongregacji Doktryny Wiary o eutanazji” z 1980 r., jak również encyklika *Evangelium vitae* Jana Pawła II³, Kościół katolicki niedwuznacznie uznaje moralną i religijną dopuszczalność medycznej praktyki, którą można by krótko nazwać *letalną analgezją*. Zgodnie z przytoczonym pytaniem lekarzy, praktyka ta polega na usuwaniu bólu za pomocą środków uśmierzających, *nawet gdy się przewiduje*⁴, że ich zastosowanie doprowadzi do rychlejszej śmierci. Anestezjolodzy pragną zatem wiedzieć, czy tak rozumiana letalna analgezja jest praktyką uprawnioną, a najwyższy autorytet Kościoła katolickiego odpowiada tak. To papieskie *licet* jest co prawda opatrzone podwójnym „jeżeli”; jest to zatem „tak” jedynie warunkowe, „tak” bardzo ostrożne, lecz mimo to „tak”. Nie ulega bowiem wątpliwości, że zgodnie z intencją odpowiadającego te dwa wymagane warunki *bywają* przynajmniej niekiedy spełnione; zdarzają się zatem takie sytuacje, w których letalna analgezja *jest* jedynym praktycznie możliwym sposobem uśmierzenia nieznośnych cierpień bliskiego już śmierci człowieka, i w których posłużenie się tym środkiem (a więc

¹ Ten i kolejny paragraf niniejszego rozdziału jest nieco zmienioną i skróconą wersją części mojego artykułu Galewicz [2001].

² Ten przekład fragmentu przemówienia Piusa XII podaję za polskojęzyczną wersją „Deklaracji o eutanazji” w dokumencie Kongregacja Doktryny Wiary [1980].

³ Por. Jan Paweł II [1997], s. 68.

⁴ Podkreślam te słowa, ponieważ w pytaniu anestezjologów, w zasadzie pozytywnie rozstrzygniętym przez papieża, szło najwyraźniej o to, czy lekarz ma prawo aplikować środki uśmierzające ból nawet w wypadku, gdy jest *do przewidzenia*, że spowodują one szybszą śmierć pacjenta, a nie tylko, gdy jest to możliwe lub niewykluczone. „Deklaracja o eutanazji” zdaje się wprowadzić nieco osłabiać sens tego pozytywnego rozstrzygnięcia, odnosząc je do sytuacji, w których nie tyle przewiduje się śmierć pacjenta, ile „podejmuje się jej ryzyko”.

np. aplikowanie coraz to mocniejszych dawek narkotyku) *nie przeszkadza* pacjentowi w wypełnieniu żadnych obowiązków, którym ten byłby jeszcze w stanie poddać. W tych skrajnych, lecz przecież wcale nieodosobnionych przypadkach letalną analgezję uważa się za metodę moralnie dozwoloną. Zgodnie z treścią przytoczonego pytania, prawo do niej przysługuje wówczas zarówno cierpiącemu pacjentowi, jak opiekującym się nim lekarzom. Pacjentowi wolno jest zatem żądać od lekarzy, by uwolnili go od trudnych do wytrzymania cierpień, choćby za cenę możliwego lub prawdopodobnego przyśpieszenia śmierci, a lekarzom wolno – przynajmniej z punktu widzenia etyki – spełnić to jego wyraźne (czy może nawet tylko domniemane?) życzenie.

Dopuszczając tak pojmowaną letalną analgezję, cytowana „Deklaracja Świętej Kongregacji Doktryny Wiary” ostro odgranicza ją od eutanazji, którą, rzecz oczywista, stanowczo wyklucza. Przez tę ostatnią rozumie się przy tym:

działanie lub wstrzymanie się od działania, powodujące śmierć z samej swej natury, lub dokonane w intencji spowodowania śmierci, w celu wyeliminowania wszelkiego bólu.

Także letalna analgezja bywa wszelako działaniem, jeśli nie wprost powodującym, to w każdym razie przyśpieszającym śmierć, i podejmowanym w celu wyeliminowania bólu. To niewątpliwie zbliża ją do eutanazji, ale z tym podobieństwem ma się łączyć istotna różnica. W przeciwieństwie do eutanazji, letalnej analgezji nie da się mianowicie uznać ani za działanie „powodujące śmierć z samej swej natury”, ani za takie, które zostaje „dokonane w intencji spowodowania śmierci”. Pierwszy z tych punktów w „Deklaracji o eutanazji” nie jest wyjaśniony; drugi jednak stara się ona wytłumaczyć tak oto:

Widać jasno, że w tym wypadku śmierć nie jest ani zamierzona, ani w żaden sposób się do niej nie dąży, chociaż z rozumnych racji podejmuje się jej ryzyko, pragnąc po prostu złagodzić ból przy użyciu środków uśmierających, jakimi dysponuje medycyna.

Tak więc przy letalnej analgezji, inaczej niż w wypadku eutanazji, ewentualna śmierć poddanego jej pacjenta nie jest niczym więcej jak „skutkiem ubocznym”, następstwem jedynie przewidywanym, lecz nie zamierzonym. Ujmując różnicę dzielącą te dwie praktyki w taki właśnie sposób, „Deklaracja” czyni wyraźny użytek z etycznych idei św. Tomasza, ku którym tym samym musimy się zwrócić.

TOMASZ Z AKWINU O ZABÓJSTWIE W OBRONIE WŁASNEJ

Pośród różnych pytań na temat zabójstwa, rozważanych przez Tomasza w *Sumie teologicznej*⁵, znajdujemy również pytanie „Czy wolno kogoś zabić we własnej obronie?”⁶. Jego odpowiedź jest następująca:

Ta sama czynność może mieć dwa skutki, w tym jeden zamierzony [*in intentione*] a drugi niezamierzony [*praeter intentionem*]. <O przynależności czynu etycznego do określonego gatunku stanowi wszakże to, co się w tym czynnie zamierza, nie zaś to, co nie należy do jego zamiaru, a tym samym jest dla niego czymś przygodnym>⁷. Z samoobrony zaś może wyniknąć dwojaki skutek: zachowanie własnego życia oraz zabicie napastnika. Tak więc czynności, w których się zmierza do ocalenia własnego życia, nie są wzbronione, gdyż dla każdego jestestwa jest rzeczą naturalną, by w miarę możliwości broniło swego życia. Może się jednak zdarzyć, że czyn pochodzący z dobrego zamiaru, będzie niedozwolony, a mianowicie gdy będzie niewspółmierny z celem (...).

Ponieważ jednak zabijać człowieka wolno tylko tym, którzy sprawują władzę państwową, i to dla dobra społeczności, dlatego nie wolno zmierzać do tego, by podczas samoobrony zabić drugiego, chyba że chodzi o przedstawiciela władzy, który zmierzając do zabicia jakiegoś człowieka we własnej obronie, odnosi to do dobra społeczności, np. gdy chodzi o żołnierzy walczących z wrogami, albo o stróżów porządku publicznego, walczących z łotrami. Ale nawet ci grzeszą, jeśli się kierują osobistą namiętnością⁸.

Św. Tomasz podaje tutaj dwa główne warunki, jakie muszą być spełnione, aby zabójstwo w obronie własnej mogło być czynem moralnie usprawiedliwionym. Tak zatem od osoby, która broni się przed napastnikiem, należy przede wszystkim wymagać, by nie działała z zamiarem zadania mu śmierci; śmierć napastnika może być jedy-

⁵ Tomasz z Akwinu [1952], q. 64. W dalszym ciągu cytując to dzieło, posługuję się skrótem ST.

⁶ Tomasz z Akwinu [1970], s. 118.

⁷ W oryginale: „Morales autem actus recipiunt speciem secundum id quod intenditur, non autem ab eo quod est praeter intentionem, cum sit per accidens.” W cytowanym tłumaczeniu Bednarskiego (Tomasz z Akwinu [1970], s. 119), w którym dokonuję tutaj pewnej zmiany, czytamy: „Otóż zróżnicowanie czynności moralnych zależy od tego, co się zamierza, a nie od tego, co jest wbrew zamierzeniu, gdyż to jest dla nich czymś przygodnym”. Ten przekład budzi jednak dwa zastrzeżenia. Po pierwsze, mówiąc, że „zróżnicowanie czynności moralnych zależy od tego, co się zamierza...”, nie zaznacza się w nim, że chodzi o zróżnicowanie tych czynów co do ich przynależności gatunkowej. A po drugie, określenie „wbrew zamierzeniu” jest zbyt mocnym odpowiednikiem dla łacińskiego „praeter intentionem”. Wbrew czyjemuś zamierzeniu dochodzi jedynie do tego, czego ten ktoś zamierzał uniknąć; „praeter intentionem” natomiast staje się to wszystko, czego on nie zamierzał dokonać, co nie leżało w jego intencjach.

⁸ Tomasz z Akwinu [1970], s. 119–120.

nie niezamierzonym czy też nieintencjonalnym skutkiem jej działania, zmierzającego do zachowania własnego życia lub zdrowia. To pierwsze wymaganie nazwę więc warunkiem *nieintencjonalności*. Drugim natomiast warunkiem, jaki musi spełniać dopuszczalna samoobrona, jest warunek *proporcjonalności*: czyn broniącego się nie może być „niewspółmierny z celem” (*non proportionatus fini*).

Gdy chodzi o proporcjonalność, nie polega ona, ma się rozumieć, na współmierności z ogólnym celem samoobrony, czyli z celem obrony własnej jako takiej, tym bowiem jest za każdym razem to samo, a mianowicie zachowanie życia, własne ocalenie. Realizacja tego ogólnego celu może jednak w poszczególnych sytuacjach wymagać podjęcia takich lub innych środków, np. zależnie od tego, czy napastnik jest nieuzbrojony, czy uzbrojony w nóż, czy w jeszcze inną broń. Proporcjonalne środki samoobrony muszą więc, ściśle biorąc, być proporcjonalne lub dostosowane właśnie do tych okoliczności.

Decydującą wszakże rolę w wywodzie Tomasza – szczególnie w związku z interesującym nas tutaj tematem – odgrywa warunek nieintencjonalności. Aby uświadomić sobie, na czym dokładniej polega ta rola, zastanówmy się najpierw nad sensem uwagi Tomasza, że „o przynależności czynu etycznego do określonego gatunku stanowi to, co się w tym czynie zamierza, nie zaś to, co nie należy do jego zamiaru, a tym samym jest dla niego czymś przygodnym”. Tomasz z Akwinu w rozmaitych miejscach⁹ zgłasza swój akces do pewnej koncepcji etycznej, którą współcześnie określa się nieraz mianem pryncypializmu¹⁰. Zgodnie z tą teorią istnieją pewne rodzaje lub gatunki czynów, które w żadnej sytuacji nie są dopuszczalne. Jednym z takich gatunków jest dla Tomasza choćby bezprawne zabójstwo. Jak wynika z przytoczonego tekstu, nie każde zabójstwo, czyli umyślne zabicie człowieka, musi być od razu zabójstwem bezprawnym. Nie jest tak np., kiedy zabijany jest skazanym na śmierć zbrodniarzem, a zabijający – upoważnionym przedstawicielem władzy. Co innego wszelako, kiedy śmierć człowieka powoduje osoba prywatna, np. broniąca się przed napastnikiem. W takim wypadku spowodowanie śmierci byłoby mimo wszystko bezprawnym zabójstwem, a tym samym czynem moralnie niedozwolonym, gdyby tylko było istotnie zabójstwem. O tym jednakże, czy tak naprawdę jest – czy więc działanie powodujące śmierć człowieka może być sklasyfikowane jako takie etycznie niedopuszczalne zabójstwo – rozstrzygają, zgodnie

⁹ Na przykład w ST 1–2, q. 99, a. 8, gdzie zastanawia się nad tym, „czy od przykazań dekalogu można dyspensować”, i rozstrzyga to pytanie w zasadzie przecząco (por. Tomasz z Akwinu [1985], s. 150 nn.).

¹⁰ Por. np. Lazari-Pawłowska [1992].

z omawianą tezą św. Tomasza, właściwe intencje tego działania: to, czy jego podmiot zamierzał spowodować śmierć, czy też spowodował ją w sposób niezamierzony, mając jedynie zamiar obronić się przed agresorem.

Stąd nieco wyraźniej widzimy, dlaczego Tomasz, rozważając tzw. „zabójstwo w obronie własnej”, uzależnia jego moralną dopuszczalność od tego, czy spełnia ono warunek nieintencjonalności: próbuje mianowicie w ten sposób uchylić jeden z intuicyjnych kontrprzykładów, na jakie inaczej byłby narażony jego pryncypializm, uznający między innymi niedopuszczalność wszelkich w ogóle zabójstw. W tej swojej próbie Tomasz czyni po raz pierwszy użytek z pewnej nośnej reguły etycznej, dla której znaleziono później wiele innych zastosowań, także w debatach wokół eutanazji. Regułę tę, nazywaną zwykle *zasadą podwójnego skutku*, można by sformułować tak oto:

(PS) Działanie, które posiada zarówno pewien dobry, jak i zły skutek, może być moralnie dopuszczalne lub niedopuszczalne zależnie od tego, czy jego zły skutek jest przez działający podmiot jedynie przewidywany, czy zamierzony jako środek lub też jako cel.

Jak nietrudno zauważyć, jednym ze wspomnianych przed chwilą „innych zastosowań” tak pojętej zasady podwójnego skutku, przez samego Tomasza stosowanej w celu usprawiedliwienia – na gruncie jego „pryncypialnej” teorii etycznej – „zabójstwa w obronie własnej”, jest jej wykorzystanie w debatach wokół eutanazji, a w szczególności do tego, by odróżnić niedopuszczalną eutanazję od dozwolonej letalnej analgezji. Usuwanie cierpień bliskiego już śmierci pacjenta przy użyciu potencjalnie letalnych środków przeciwbólowych jest bowiem działaniem, z którego również mogą wynikać dwa skutki: ulga w cierpieniu i wcześniejsza śmierć. Zgodnie z omawianą koncepcją, działanie to byłoby moralnie niedozwolone, a zatem stanowiło formę „eutanazji”, gdyby jego zamiarem było spowodowanie drugiego z tych skutków – doprowadzenie do wcześniejszej śmierci. Co innego jednak, gdy ten drugi skutek, chociaż przewidywany, jest niezamierzony, a właściwym zamiarem lekarza jest tylko i wyłącznie przyniesienie ulgi. W takim wypadku letalna analgezja przynajmniej może być – a przy spełnieniu pewnych dodatkowych warunków także i jest – praktyką moralnie usprawiedliwioną.

SPÓR O ZASADĘ PODWÓJNEGO SKUTKU

Zarówno pryncypialna słuszność zasady PS, jak jej przydatność w rozwiązywaniu kontrowersji współczesnej etyki praktycznej, jest wszakże przedmiotem żywej dyskusji. W sporze tym można wyróżnić

trzy kwestie: (1) czy przewidywany skutek rozmyślnego działania nie jest tym samym skutkiem zamierzonym; (2) czy *moralna* kwalifikacja działania, które posiada zarówno pewien dobry, jak i zły skutek, może być zależna od tego, który z tych skutków jest przez podmiot zamierzony, a który tylko przewidywany; (3) czy *prawna* kwalifikacja działania, posiadającego zarówno dobry, jak zły skutek, może być zależna od tego, który z nich jest skutkiem zamierzonym, a który tylko przewidywanym. Negatywna odpowiedź na pytanie (1) – teza, zgodnie z którą przewidywany i akceptowany skutek rozmyślnego działania *jest* przez to samo skutkiem zamierzonym – pociąga za sobą oczywiście przeczącą odpowiedź na pytanie (2) i (3). Jednakże pozytywna odpowiedź na pytanie (1) – teza, że działanie, w którym pewien jego skutek jest przez działający podmiot ściśle zamierzony, tj. wybrany jako cel lub środek, ma inny „intencjonalny profil” niż podobne skądinąd działanie, w którym tenże skutek jest tylko przewidywany – nie przesądza jeszcze o twierdzącej odpowiedzi na pytanie (2), tzn. o zależności moralnej kwalifikacji działania od jego „profilu intencjonalnego”, podobnie jak pozytywna odpowiedź na pytanie (2) nie przesądza o twierdzącej odpowiedzi na pytanie (3), czyli o zależności prawnej kwalifikacji działania od tegoż „profilu”.

Czy przewidywany skutek rozmyślnego działania nie jest tym samym skutkiem zamierzonym?

Można by sądzić, że skoro podmiot decyduje się na jakieś działanie, a równocześnie przewiduje, że będzie ono miało określony skutek, to tym samym zamierza wywołać ten skutek. Ten pogląd najwyraźniej bodaj dochodzi do głosu w częstokroć cytowanym zdaniu wybitnego angielskiego etyka z II połowy XIX wieku, Henry’ego Sidgwicka:

Na potrzeby rzetelnej dyskusji etycznej lub prawnej najlepiej będzie zawrzeć w terminie „zamiar” wszystkie konsekwencje danego czynu, które przewiduje się jako wpływające zeń z pewnością albo prawdopodobnie¹¹.

Wypowiedź Sidgwicka proponuje wprawdzie bezpośrednio jedynie pewną regulację terminologiczną – jak rozumieć termin „zamiar” – lecz za tą propozycją stoi najwyraźniej określona teoria intencjonalności. Teoria ta nie musi przeczyć temu, że między skutkiem, który działający podmiot tylko przewiduje, a tym, który on wybiera jako cel lub środek, zachodzi pewna psychologiczna różnica intencji; zakłada się w niej jednak, że ta intencjonalna różnica nie jest na tyle poważna, aby tak pierwszy, jak drugi z tych skutków nie mógł być traktowany

¹¹ Sidgwick [1907], s. 202. Miejsce cytowane w Finnis [1995b]; w tym tomie s. 187.

jako „zamierzony”, mieszczący się w intencjach podmiotu; co najwyżej bylibyśmy zobowiązani dla dystynkcji dodać, że gdy drugi skutek, wybierany jako środek lub cel, jest przedmiotem zamiaru głównego czy też właściwego, o tyle pierwszy z nich, tylko przewidywany, stanowi przedmiot „zamiaru ewentualnego” (*oblique intention*).

Regulacja Sidgwicka nie spotkała się wszakże z aprobatą współczesnych teoretyków intencjonalności. Jak relacjonuje John Harris, druzgoczący, choć nieco żartobliwy zarzut wysunął wobec niej Anthony Kenny (w przeprowadzonej z autorem rozmowie na temat zamiaru): „Jeśli upiję się dziś wieczór”, zauważył ów szacowny dominikanin, „mogę równie dobrze przewidzieć, że jutro będę miał kaca, ale stwierdzenie, że zamierzam mieć jutro kaca, byłoby fałszywe”¹². I nawet tak zdeklarowany krytyk zasady (PS), jakim jest Harris, domaga się jedynie uznania, że hipotetyczny kac filozofa byłby również przedmiotem jego odpowiedzialności¹³, ale nie broni koncepcji Sidgwicka, że jest to stan, którego nadużywający wina „ewentualnie” zamierza doświadczyć.

Czy moralna kwalifikacja działania, które posiada zarówno pewien dobry, jak zły skutek, może być zależna od tego, który z tych skutków jest przez podmiot zamierzony, a który tylko przewidywany?

Mówiąc o moralnej kwalifikacji działania, mamy na myśli jego moralną słuszność czy niesłuszność, lub też dopuszczalność czy niedopuszczalność. Staram się zatem rozstrzygnąć, czy działanie posiadające dobry i zły skutek może być moralnie dopuszczalne lub niedopuszczalne (słuszne lub niesłuszne) zależnie od tego, czy jego zły skutek jest przez działający podmiot tylko przewidywany, czy zamierzony jako cel lub środek. Na przykład: czy działanie lekarza, który przez zastrzyk morfiny uśmierza ból pacjenta (dobry skutek), ale zarazem przyspiesza jego śmierć (zły skutek), może być *ceteris paribus* usprawiedliwione w wypadku, gdy śmierć pacjenta jest czymś, co lekarz tylko przewidywał, natomiast moralnie nieusprawiedliwione, gdy jest ona czymś, co lekarz zamierzał wywołać (chociażby w tym celu, aby uwolnić pacjenta od cierpień)?

Interesującą dyskusję wokół tej subtelnej kwestii przeprowadzają autorzy dwóch tekstów zamieszczonych w tym tomie, John Finnis oraz John Harris. Pierwszy z nich pisze:

Tak więc zarówno zgodnie z potocznym, jak i prawnym rozumieniem istnieje bezpośrednio, naturalne, istotne rozróżnienie między decyzją o zabiciu kogoś za pomocą leków (podawanych, powiedzmy, przez trzy dni, tak by nie budzić

¹² Harris [1995], s. 37; w tym tomie s. 201.

¹³ Tamże.

podejrzeń) w celu uwolnienia go od bólu i cierpienia, a decyzją, aby uwolnić kogoś od cierpienia przez podanie mu leków (w dawce wyznaczonej odpowiednio do skuteczności leków w uśmierzaniu bólu), gdy przewiduje się, że leki w tej dawce spowodują śmierć w ciągu, powiedzmy, trzech dni. Pierwsza decyzja z prawnego i moralnego punktu widzenia oznacza zabójstwo (w okolicznościach łagodzących); ostatnia – nie. Ostatnia *może* mimo to być moralnie i prawnie naganna – nie z uwagi na normę moralną i prawną, która wyklucza zamierzone przerwanie życia, lecz z uwagi na inne prawne i moralne normy – dotyczące wywoływania skutków ubocznych i godzenia się na nie, gdy jest to krzywdzące lub też z innych względów nierozumne. Tak więc jeśli ból miałby w każdym razie ustąpić, a pacjent nie miałby w każdym razie umrzeć, wywołanie śmierci nawet jako niezamierzonej konsekwencji (skutku ubocznego) uśmierzania bólu byłoby zwykle nader krzywdzące i nierozsądne, a zgodnie z prawem – stanowiłoby przypadek nieumyślnego spowodowania śmierci, chociaż nie zabójstwa¹⁴.

Tak więc w ujęciu Finnisa letalna analgezja – przyspieszanie śmierci pacjenta wskutek podawania mu silnych dawek środków uśmierzających – może być praktyką moralnie usprawiedliwioną wtedy i tylko wtedy, gdy spełnione są następujące warunki: (1) pacjent doświadcza bólu, który jest dla niego trudny do wytrzymania; (2) doświadczany przez pacjenta ból nie daje się równie skutecznie uśmierzyć za pomocą żadnych bezpieczniejszych środków; (3) nie ma nadziei na to, że dręczący pacjenta ból ustąpi sam z siebie; (4) pacjent, którego śmierć się przyspiesza, i tak wkrótce musi umrzeć, a wreszcie (5) szybsza śmierć pacjenta, spowodowana przez analgetyki, jest przez stosującego je lekarza jedynie przewidywana, a nie zamierzona.

Można by powiedzieć, że oponent Finnisa godzi się – lub też mógłby się zgodzić – na wszystkie wymienione warunki, poza ostatnim. Dokładniej, nie zgadza się on w żadnym razie na to, aby letalna analgezja była moralnie usprawiedliwiona wtedy i *tylko wtedy*, gdy szybsza śmierć pacjenta, spowodowana przez analgetyki, jest przez stosującego je lekarza jedynie przewidywana, a nie zamierzona. Odnosząc się do tak podkreślanej przez Finnisa różnicy „między decyzją o zabójstwie kogoś przy pomocy leków (podawanych przez, powiedzmy, trzy dni, tak by nie budzić podejrzeń) po to, aby ulżyć mu w bólu i cierpieniu, a decyzją, by ulżyć komuś w cierpieniu przez podanie leków (...), gdy przewiduje się, że leki w tej dawce spowodują śmierć w ciągu, powiedzmy, trzech dni”, Harris wyznaje:

Muszę powiedzieć, że nie udało mi się zauważyć tutaj jakiegokolwiek etycznej dystynkcji. Jeśli wymażemy prowadzące do błędu *petitio principii* i tendencyjne dopowiedzenie umieszczone w nawiasie, dotyczące nieczystego pragnie-

¹⁴ Finnis [1995a], s. 27; w tym tomie s. 188–189.

nia uniknięcia podejrzeń, i zastąpimy je bardziej bezstronnym zastrzeżeniem – może czymś takim: „podawanych przez, powiedzmy, trzy dni, tak by uniknąć nieprzyjemnych skutków ubocznych” – wówczas będzie tak, że w każdym przypadku leki zostaną podane w celu opanowania bólu i spowodowania śmierci na zawsze kończącej cierpienie, któremu [inaczej] nie można zaradzić¹⁵.

W dalszym zaś ciągu cytowany autor wyraża swoje stanowisko, pisząc:

Tak więc tym, co czyni spowodowanie śmierci (czy to w sposób zamierzony, czy świadomie) rzeczą moralnie dopuszczalną, jest to, czy dana osoba powinna umrzeć, czy też nie, a nie to, czy jej śmierć powinna być zamierzona, czy jedynie przewidywana jako konsekwencja. Nie możemy stwierdzić ani moralności zamiaru, ani moralności dobrowolnego działania, ani nawet natury owych tajemniczych „innych prawnych i moralnych norm”, zanim *wcześniej* nie stwierdzimy, czy *śmierć ta jest moralnie dopuszczalna w tych okolicznościach, bez względu na to, w jaki sposób byłaby spowodowana*, czy też nie jest¹⁶.

Reakcja jego adwersarza na to niestonowane *credo* konsekwencjalizmu jest nietrudna do przewidzenia. W swojej replice Finnis zauważa:

Gotowość Harrisa, aby tym sposobem dzielić ludzi na tych, którzy powinni żyć, i tych, którzy powinni umrzeć, jest żywą ilustracją zmiany charakteru, serca – a tym samym też postępowania i świata – którą wprowadza się wskutek przejścia od powszechnej tradycji do etyki konsekwencjalistycznej. W powszechnej tradycji, pytania, czy śmiertelność, lecz niezamierzenie śmiertelne działanie lub zaniechanie wiąże się z winą, czy nie, nie rozstrzyga się za pomocą takiego podziału. Odpowiada się na nie raczej biorąc pod uwagę relacje różnych konkurujących z sobą obowiązków osoby, o której działania i zaniechania w danym wypadku chodzi¹⁷.

Czy prawna kwalifikacja działania, posiadającego zarówno dobry, jak zły skutek, może być zależna od tego, który z nich jest skutkiem zamierzonym, a który tylko przewidywanym?

Tym razem staram się zatem ustalić, czy działanie posiadające dobry i zły skutek może być prawnie dozwolone lub niedozwolone zależnie od tego, czy jego zły skutek jest przez działający podmiot tylko przewidywany, czy też zamierzony jako cel lub środek. Zdaniem niektórych krytyków zasady (PS), sama idea tego typu zależności kwalifikacji prawnej czynu od intencji jego sprawcy jest jawnie nie-

¹⁵ Harris [1995], s. 38; w tym tomie s. 202.

¹⁶ Tamże, s. 39; w tym tomie s. 203.

¹⁷ Finnis [1995b], s. 65.

dorzeczna. Tak np. Judith Jarvis Thomson w swym artykule zwalczającym argumenty przeciwko samobójstwu z pomocą lekarza nie tylko ją odrzuca, ale wręcz ośmiesza:

Weźmy pod uwagę następujący scenariusz. Jesteś lekarzem, a twój pacjent jest bliski śmierci; odczuwa straszliwy ból, którego nie da się uśmierzyć inaczej, niż przez śmiertelną dawkę morfiny, i z tego powodu prosi cię o zastrzyk. Przypuśćmy, że przestrzegając szpitalnych reguł pytasz mnie – ja jestem odpowiednim urzędnikiem szpitalnym – czy postąpisz w sposób prawnie dopuszczalny wstrzykując śmiertelną dawkę. A ja odpowiadam: „Nie wiem. Nie mogę ci tego powiedzieć, jeżeli ty mi nie powiesz, z jakim zamiarem będziesz wstrzykiwał lekarstwo. Jeżeli będziesz je wstrzykiwał, aby spowodować śmierć, czy to jako środek, czy to jako cel, w takim razie nie. Ale jeżeli będziesz je wstrzykiwał tylko po to, aby spowodować ulgę w bólu, w takim razie tak”. To jest niedorzeczność. Jakimż sposobem prawna dopuszczalność zachowania lekarza miałaby zależeć od tego, z jakim zamiarem lekarz zachowuje się w ten sposób? Powinna ona przecież zależeć od stanu i pragnień pacjenta¹⁸.

Scenariusz niedorzeczny według cytowanej autorki nie jest jednak aż tak absurdalny w opinii obrońców zasady (PS). Jak relacjonuje w swoim artykule Finnis, prawną ważność różnicy między zabijaniem w sposób zamierzony a powodowaniem śmierci jako skutku jedynie przewidywanego podkreśliła też z całą mocą brytyjska „Specjalna Komisja do spraw Etyki Lekarskiej (Komisja Waltona), ... z której działalności zostało sporządzone sprawozdanie na początku 1994 roku”. Komisja ta „wyjaśniła, na czym polega natura i istotność *zamiaru*, odrzucając stanowczo pogląd¹⁹, że słuszność bądź niesłuszność podawania analgetyków lub środków uspokajających w sytuacji, gdy wiadomo, że dawka zarówno uśmierzy ból, jak i skróci życie, zależy nie od zamiaru, który towarzyszy podawaniu leku, a jedynie od porównywalnej wartości odpowiednich rezultatów”. Jej (cytowany przez Finnisa) pogląd w tej sprawie był następujący:

zespół pracowników służby zdrowia może wydać profesjonalną opinię, aby umożliwić zwiększenie dawek leku (analgetyku czy środka uspokajającego) podawanego *po to, aby* przynieść [pacjentowi] ulgę, nawet jeśli skróci to jego życie. W niektórych przypadkach pacjenci mogą w rezultacie umrzeć wcześniej, niż by się to stało w przeciwnym razie, ale istnienie tej możliwości nie stanowi naszym zdaniem powodu do zaniechania leczenia, które przyniesie ulgę, *dopóki* lekarz działa zgodnie z zasadami odpowiedzialnie sprawowanej praktyki lekarskiej *mając na celu* niesienie ulgi w bólu lub cierpieniu i *bez jakiegokolwiek zamiaru dokonania zabójstwa*. (...) Zamiar lekarza i ocena, przez jak wielki ból i cierpienie przechodzi pacjent, mają kluczowe znaczenie przy wydawaniu sądu w sprawie podwójnego skutku. (...) Niektórzy pewnie

¹⁸ Thomson [1999], s. 514–515.

¹⁹ Wyrażony przed Komisją przez Brytyjskie Stowarzyszenie Humanistów.

zauważą, że zamiaru nie można od razu stwierdzić. A jednak od sędziów wymaga się orzekania intencji, z jaką czyn został dokonany – każdego dnia i we wszystkich rodzajach przypadków²⁰.

W rysującej się tutaj ostrej kontrowersji pomiędzy poglądem wyrażonym między innymi przez Judith J. Thomson a tym, który dochodzi do głosu w przytoczonym oświadczeniu Komisji Waltona, możliwe jest zapatrywanie poniekąd pośrednie. Podsuwa je Helga Kuhse w swoim artykule *A Modern Myth: That Letting Die is not the Intentional Causation of Death*²¹. Stanowisko tej autorki jest wprawdzie znacznie bliższe wypowiedziom Thomson niż oświadczeniom Komisji Waltona. Zgodnie z jej interpretacją, przynajmniej angielskie prawo nie uznaje różnicy między tym, co bezpośrednio zamierzone, a tym, co tylko przewidywane; intencja czynu, decydująca o jego prawnej kwalifikacji (np. o tym, że czyn jest zabójstwem) obejmuje jedno i drugie przewidywane konsekwencje czynu. Kuhse broni tezy, że nawet gdyby między postępowaniem kogoś, kto powoduje pewne szkodliwe następstwo, dążąc do niego jako do celu lub jako do środka, a postępowaniem kogoś, kto to szkodliwe następstwo tylko przewiduje, zachodziła jakaś istotna różnica wewnętrzna, to ta moralna różnica nie ma żadnego znaczenia, gdy chodzi o to pytanie, które stawia się na etapie rozstrzygnięcia o winie (*at the conviction stage*): o to, czy oskarżony popełnił czyn, o który się go oskarża i czy jest zań odpowiedzialny. To jednak nie znaczy – jak przyznaje Kuhse – że właściwe lub wężiej rozumiane intencje sprawcy w ogóle nie liczą się z punktu widzenia prawa. Choć bowiem to, czy jakieś zdarzenie było składnikiem planu sprawcy i powodem jego działania, nie jest istotne, gdy chodzi o ustalenie, *co* zrobił ten sprawca, to przecież okazuje się to ważne, gdy pytamy, *dlaczego* on to zrobił i czy zasłużył przez to na karę – co bierze się pod uwagę na etapie wydawania wyroku czy też rozstrzygnięcia o karze (*at the sentencing stage*).

Rezygnacja z podtrzymywania życia

Przy wszystkich sporach wokół dopuszczalnej czy niedozwolonej rezygnacji z podtrzymywania życia jest pewien przypadek, w którym ta medyczna decyzja powszechnie – lub niemal powszechnie –

²⁰ Sprawozdanie Specjalnej Komisji do spraw Etyki Lekarskiej (przewodniczący: Lord Walton), 31 stycznia 1994 (akta 21–I Izby Lordów z lat 1993–4), §§ 242, 243; fragment cytowany w: Finnis [1995a], s. 25 (w tym tomie s. 186–187).

²¹ Kuhse [1999].

uchodzi za moralnie usprawiedliwioną. Z tym bezspornym, niejako centralnym przypadkiem moralnie dozwolonej rezygnacji z terapii podtrzymującej przy życiu mamy do czynienia, gdy spełnione są następujące warunki: (1) terapia, z której się rezygnuje, jest świadomie i dobrowolnie odrzucana przez samego pacjenta; (2) terapia, z której się rezygnuje, jest również przez lekarza oceniana jako niestosowna (bezużyteczna, bezcelowa, daremna); (3) pacjent, którego postanawia się nie podtrzymywać przy życiu, jest już i tak umierający czy też bliski śmierci; (4) rezygnacja z możliwej terapii przedłużającej o pewien krótki czas jego życie polega na jej niepodjęciu czy też zaniechaniu; (5) tym, z czego się rezygnuje lub czego się nie podejmuje, jest stosowanie nadzwyczajnych środków podtrzymujących przy życiu, nie zaś podtrzymywanie życia za pomocą środków zwyczajnych, w tym zwłaszcza przez sztuczne odżywianie oraz nawadnianie.

Jeżeli wszystkie wymienione warunki są spełnione, dopuszczalność rezygnacji z podtrzymywania życia pacjenta jest – jak już stwierdziliśmy – powszechnie akceptowana. Wątpliwości i kontrowersje rodzą się wszakże natychmiast, gdy tylko któryś z nich nie jest spełniony. W zależności od tego, który to warunek, można zatem wyróżnić następujące sporne kwestie, które muszą być uwzględnione w dyskusjach wokół dopuszczalnych lub niedozwolonych przypadków rezygnacji z podtrzymywania przy życiu:

Czy wolno zrezygnować z podtrzymującej przy życiu terapii, która jest medycznie wskazana, lecz niechciana przez pacjenta?

Czy wolno zrezygnować z podtrzymującej przy życiu terapii, która jest medycznie niewskazana, lecz pożądana przez pacjenta?

Czy wolno zrezygnować z podtrzymywania życia pacjentów, którzy nie są umierający?

Czy wolno zrezygnować z terapii podtrzymującej przy życiu przez jej czynne przerwanie?

Czy wolno zrezygnować z podtrzymywania życia za pomocą zwyczajnych środków medycznych, a w szczególności przez sztuczne odżywianie?

Czy wolno zrezygnować z podtrzymującej przy życiu terapii, która jest medycznie wskazana, lecz niechciana przez pacjenta?

Zgodnie z powszechnie uznawaną zasadą autonomii, „kompetentny” pacjent ma prawo odmówić zgody na jakiekolwiek leczenie, proponowane mu przez lekarza, w tym również na leczenie podtrzymujące przy życiu, a lekarz ma obowiązek uszanować autonomiczną decyzję pacjenta. Może się jednak zdarzyć, że autonomiczna – jak się przynajmniej wydaje – decyzja kompetentnego pacjenta jest niezgodna z opinią lekarza: lekarz jest zdania, że w interesie pacjenta byłoby

poddać go pewnej interwencji medycznej, a pacjent odmawia poddania się jej. Z punktu widzenia lekarza nieuchronnie rodzi się pytanie: jak postępować w razie takiego konfliktu?

Istnieją oczywiście pacjenci, którzy są „niekompetentni”, tzn. pozbawieni zdolności podejmowania wiążących decyzji. Niektórzy z nich wcale nie podejmują decyzji, inni zaś podejmują, ale niewiążące. W odniesieniu do tych, jak i tamtych lekarz musi albo sam ocenić, co będzie najlepiej służyło ich dobru, albo odwołać się do osądu ich przedstawicieli. Opinia osoby, która reprezentuje interesy niekompetentnego pacjenta może być naturalnie znowu w konflikcie z opinią lekarza, i wówczas wylania się podobny problem priorytetu: której z nich przyznać pierwszeństwo. Tę kwestię zostawimy jednak na boku i weźmiemy pod uwagę jedynie bardziej elementarny kasus: w jaki sposób lekarz ma się zachować w sytuacji, gdy wedle wszelkich oznak „kompetentna”, tzn. zdolna do autonomicznych decyzji osoba odmawia poddania się jakiejś terapii, która – w przekonaniu samego lekarza – wyszłaby jej zapewne na dobre; czy ma on obowiązek uszanować tę decyzję, a tym samym zrezygnować z podtrzymującej przy życiu terapii, która jest wprawdzie medycznie wskazana, lecz niechciana przez pacjenta?

Poprawna odpowiedź będzie zapewne brzmieć: nie tak od razu. Lekarz powinien wprawdzie respektować *autonomiczne* decyzje pacjentów, ale nie każda decyzja, wydana przez osobę zdolną do autonomicznych decyzji, musi być zaraz decyzją autonomiczną (tak jak nie każdy skok oddany przez kogoś, kto umie daleko skakać, musi być daleki). Tak więc w wypadku, gdy nawet „kompetentny” pacjent podejmuje jakąś brzemiennej skutki decyzję, a już zwłaszcza decyzję w sprawie końca życia, która w ocenie lekarza jest nieracjonalna, ów lekarz ma powody wątpić, czy jest to decyzja naprawdę i w pełni autonomiczna, i zanim jeszcze „przyjmie ją do wiadomości”, powinien się o tym upewnić.

W wielu wypadkach nie da się po prostu stwierdzić, czy jakaś decyzja jest czy nie jest autonomiczna. Bowiemy decyzje mogą być autonomiczne w różnym stopniu, jak również być autonomiczne w jednym sensie, a nieautonomiczne w innym. Te różne stopnie lub znaczenia autonomii jako cechy, którą można przyznawać decyzjom, omawia Bruce L. Miller w swoim artykule *Autonomia a odmowa poddania się leczeniu ratującemu życie*²². W ujęciu Millera „autonomia” jako właściwość działania występuje jak gdyby na czterech poziomach: (1) autonomia *jako swoboda działania* „oznacza działanie dobrowolne i intencjonalne”; (2) autonomia rozumiana *jako autentyczność*

²² Miller [1981].

„oznacza, że działanie pozostaje w zgodzie z ogólną postawą, wyznawanymi wartościami, skłonnościami oraz planem życiowym działającego”; (3) autonomia pojmowana *jako efektywny namysł* „oznacza działania podejmowane wtedy, gdy podmiot przekonany, że okoliczności wymagają od niego podjęcia decyzji, uświadomił sobie alternatywne rozwiązania i ich konsekwencje, oszacował je i oparłszy się na tym szacunku, wybrał sposób postępowania”; wreszcie (4) autonomia *jako refleksja moralna* „oznacza działanie w zgodzie z uznawanymi wartościami moralnymi”, przy czym chodzi o „zestaw wartości, który został przemyślany i zaakceptowany jako własny”.

Modyfikując nieco terminologię autora, można by również powiedzieć, że „autonomiczna decyzja” oznacza decyzję, która jest (1) dobrowolna i intencjonalna, (2) autentyczna, (3) formalnie racjonalna, a wreszcie (4) oparta na refleksji moralnej²³. Jak przy tym zauważa Miller, decyzja, która jest autonomiczna na którymś z wyższych poziomów, a więc w sensie (2) lub (3), będzie też z konieczności autonomiczna na podstawowym poziomie, tzn. w sensie (1), ale nie na odwrót: decyzja, która jest dobrowolna i intencjonalna, nie musi być jeszcze ani decyzją autentyczną (taką, w której podmiot „pozostaje sobą”), ani decyzją formalnie racjonalną (opartą na efektywnym namyśle).

Przypuśćmy zatem, że pacjent odmawiający zgody na jakąś terapię podejmuje – w ocenie lekarza – niesłuszną decyzję, która jest wprawdzie dobrowolna i intencjonalna, ale ani nie jest autentyczna, ani nie opiera się na efektywnym namyśle. Czy taka połowicznie lub minimalnie tylko autonomiczna odmowa poddania się leczeniu powinna być respektowana przez lekarza? Zgodnie z elastycznym stanowiskiem Millera zależy to jeszcze od tego, jak poważne konsekwencje dotknęłyby pacjenta w razie jej respektowania:

Jeżeli pacjent odmawia poddania się leczeniu, które jest w tym sensie godne wyboru, że jego przeprowadzenie przyniosłoby pacjentowi korzyści, lecz nieprzeprowadzenie nie wyrządzi większych szkód, wtedy lekarz może uszanować stanowisko pacjenta, nawet gdy jest przekonany, że nie jest ono następstwem efektywnego namysłu. Jeżeli natomiast odmowa będzie miała dla pacjenta poważne konsekwencje, lekarz ma obowiązek przynajmniej spróbo-

²³ Z punktu widzenia interesującego nas praktycznego problemu – czy lekarz ma obowiązek respektować autonomiczną decyzję pacjenta, przez którą ten odrzuca terapię podtrzymującą życie? – to ostatnie znaczenie „autonomii” nie odgrywa jednak większej roli. Jak bowiem zauważa sam Miller, „uzależnienie obowiązku respektowania woli podmiotu od tego, czy wcześniej poddał on swoje fundamentalne wartości jakiemś rodzajowi refleksji, byłoby zbytnim zaostreniem kryteriów autonomii”.

wać skłonić pacjenta do decyzji autentycznej, podjętej na podstawie efektywnego namysłu²⁴.

Gdy chodzi o terapię podtrzymującą przy życiu, konsekwencje jej zaniechania czy też zaprzestania są zawsze jak najpoważniejsze. Jeżeli więc lekarz uważa, że zrezygnowanie z tej terapii, na które decyduje się pacjent, w danym przypadku byłoby nieracjonalne, powinien on próbować wpłynąć na pacjenta i skłonić go do zmiany jego nie w pełni autonomicznej decyzji. W jeszcze większej mierze ten obowiązek ciąży na lekarzu, gdy niesłuszna – w jego przeświadczeniu – decyzja pacjenta jest pozbawiona nie tylko autonomii niejako „pełnowymiarowej” (formalnej racjonalności i autentyczności), lecz nawet owej autonomii podstawowej, o której stanowią dobrowolność i intencjonalność (jak gdy pacjent decyduje się odrzucić leczenie pod wpływem jakiegoś nieodpartego, wewnętrznego przymusu, lub gdy sam dobrze nie wie, z czego rezygnuje).

Cierpliwe perswazje lekarza, skłaniającego pacjenta do zmiany jego nieautonomicznej (lub nie w pełni autonomicznej) decyzji i odwołującego go od rezygnacji z medycznie wskazanej terapii podtrzymującej przy życiu, częstokroć odniosą pożądany skutek: pacjent faktycznie da się przekonać. Co jednak, jeśli sprawy wezmą inny obrót i jeśli nieautonomiczna decyzja „kompetentnego” pacjenta – mimo wszelkich wysiłków lekarza – pozostanie niewzruszona? Czy lekarz ma ją wówczas respektować, czy nie? Jeżeli respektuje, wyrządza pacjentowi szkodę, pogwałcając kardynalną zasadę *primum non nocere*. Jeżeli nie respektuje, działa wbrew woli pacjenta, posiadającego zdolność decyzyjną. Jedno i drugie jest zatem niezadowolające.

Są wprawdzie autorzy, którzy znajdują pewne wyjście z tego impasu:

Domniemany dylemat rozwiązuje się, gdy uznamy, że wszystkie potencjalne powody do sprzeciwu skłaniają do wniosku, iż pacjentowi brakuje co najmniej jednej ze sprawności, koniecznych do zdolności decyzyjnej. W takich przypadkach lekarz nie powinien odwoływać się do etyków ani do sądu, aby rozstrzygnąć, czy może nie zastosować się do decyzji pacjentów, posiadających zdolność decyzyjną; powinien raczej zwrócić się do stosownego pełnomocnika, aby ustalić, jak ma traktować pacjenta, o którym stwierdzono, że nie jest aktualnie zdolny podjąć tej decyzji²⁵.

Można by zatem powiedzieć, że nie ma problemu, czy respektować nieautonomiczną decyzję kompetentnego pacjenta, podtrzymaną mimo wszelkich przeciwnych racji i perswazji, ponieważ pa-

²⁴ W tym tomie s. 126–127.

²⁵ Ravitsky, Wendler [2005], s. 1526 (tłum. moje, W.G.).

cient, który tak uporczywie obstaje przy swojej nieautonomicznej decyzji, tym samym poświadczając, że przynajmniej w tym punkcie *nie jest* kompetentny.

Odwrotnym wyjściem, rodzącym jednak podobne obiekcje, byłoby przyjęcie, że nieautonomiczna z pozoru decyzja, która tak skutecznie opiera się wszelkim perswazjom i racjom, tym samym dowodzi, że naprawdę *jest* autonomiczna (albo że nawet jeśli na początku faktycznie była pozbawiona pełnej autonomii, to z czasem nabrała jej „w ogniu krytyki”). I chociaż to ostateczne rozwiązanie, tak jak i poprzednie, nie może pretendować do powszechnej ważności lub stosowności, to jednak sam fakt, że stosuje się ono zapewne do niektórych przynajmniej przypadków, stawia przed nami jeszcze jeden problem: czy lekarz ma obowiązek respektować decyzję pacjenta, którą uważa za całkowicie błędną, aczkolwiek w pełni autonomiczną?

Odpowiedź, jakiej udziela się na to ostateczne pytanie, jest zwykle jednoznacznie, wręcz ostentacyjnie twierdząca. W jednym z artykułów brzmi ona na przykład:

Nierespektowanie racjonalnego sprzeciwu wobec leczenia, w tym również leczenia podtrzymującego przy życiu, zgłoszonego przez kompetentnego pacjenta, zawsze wiąże się z pozbawianiem pacjenta wolności, a zwykle też z wyrażaniem mu bólu. Żadna bezstronna racjonalna osoba nie zezwoliłaby publicznie na tego rodzaju paternalistyczne działania, a więc są to działania moralnie nieakceptowalne. Ponieważ ignorowanie racjonalnego sprzeciwu kompetentnego pacjenta jest zachowaniem moralnie nieakceptowalnym, nie może być ono obowiązkiem lekarza²⁶.

Należy przy tym chyba domniemywać, że gdy mowa o „racjonalnym” sprzeciwie, w grę wchodzi tutaj nie tylko sprzeciw *w pełni* racjonalny i uznawany za taki również przez lekarza – respektowanie *takiego* sprzeciwu nie byłoby przecież niczym nadzwyczajnym – lecz także sprzeciw, który jest racjonalny jedynie formalnie, czyli – w języku omówionego artykułu Millera – „oparty na efektywnym namyśle”. Ten czysto formalnie „racjonalny” sprzeciw może być jednak nieraz uważany przez lekarza za błędny i nierozumny, i w tym znaczeniu za irracjonalny (jak to zapewne będzie w wypadku kobiety chorej na raka piersi, która ze względów czysto estetycznych nie zgadza się na zalecaną mastektomię²⁷). I wówczas nawet daleki od paternalizmu lekarz może mieć wątpliwości, czy respektując ten irracjonalny sprzeciw kompetentnego pacjenta i tym samym spełniając

²⁶ Gert, Culver, Clouser [1998], s. 185.

²⁷ Por. Draper [2000], s. 131.

obowiązek poszanowania jego autonomii, nie narusza innych powinności swojego zawodu i nie daje się pacjentowi wciągnąć w poczynania, które nie licują z medycznym etosem. Obawy te zaostrzają się szczególnie, gdy sobie uświadomimy, że rezygnacja z jakiejś terapii na ogół nie jest decyzją czysto negatywną; jest ona odrzuceniem jednej możliwości, lecz równocześnie przychyleniem się do innej, która w ocenie lekarza nie jest optymalna, a mimo to zostaje mu poniekąd narzucona. Nic więc dziwnego, że ci sami autorzy, którzy w przytoczonej wyżej wypowiedzi piętnują „nierespektowanie racjonalnego sprzeciwu wobec leczenia”, zgłoszonego przez kompetentnego pacjenta, jako działanie moralnie nieakceptowalne, w tym samym tekście nieco dalej piszą:

Odrzucenie leczenia, podobnie jak odstawienie pokarmu i płynów, niemal zawsze wiąże się z pewnym bólem i cierpieniem, jeżeli pacjent nie otrzymuje stosownej opieki paliatywnej. Lekarze nie są moralnie i prawnie zobowiązani do dostarczania tej opieki. Jeżeli lekarz nie chce zapewniać paliatywnej opieki pacjentowi, który sprzeciwił się terapii podtrzymującej przy życiu, *może on nie być zobowiązany do tej opieki* (podkr. moje, W.G.)²⁸.

Inni zaś autorzy w dość podobnym duchu pozwalają lekarzowi wydobyć się z moralnego kłopotu, w jakim znalazł się wskutek sprzeciwu pacjenta, i w takich razach czyniąc użytek z pewnej prawnej furtki, która w polskim prawie medycznym nosi nazwę „klauzuli sumienia”:

Lekarze mają prawo, a może i obowiązek kontynuowania terapii, póki uważają ją za medycznie wskazaną. Jednakże z chwilą gdy upewnią się, że pacjent zgłosił wobec niej ważny sprzeciw, lekarze są moralnie zobowiązani zaniechać lub zaprzestać tej terapii, bez względu na to, czy uważają wybór pacjenta za dobry czy zły. *Jeżeli lekarze mają moralne lub religijne obiekcje, które nie pozwalają im na uszanowanie ważnego sprzeciwu pacjenta, mogą oni umożliwić pacjentowi przeniesienie się do innego lekarza* (podkr. moje, W.G.)²⁹.

Czy wolno zrezygnować z podtrzymującej przy życiu terapii, która jest medycznie niewskazana, lecz pożądana przez pacjenta?

Obok terapii niechcianej, chociaż medycznie wskazanej, istnieje również przypadek odwrotny: podtrzymującej życie terapii, która wydaje się medycznie niewskazana – np. ze względu na dodatkowe

²⁸ Gert, Culver, Clouser [1998], s. 190–191.

²⁹ Miller, Fins [2000], s. 473 (tłum. moje, W.G.).

cierpienia, jakich przysparza choremu, tylko nieznacznie przedłużając jego życie – a mimo to jest oczekiwana czy też wymagana od lekarza. Terapii takiej może wymagać sam pacjent, póki pozostaje jeszcze przytomny i zdolny do podejmowania decyzji, bardziej realistyczna jest jednak możliwość, że będą jej żądać członkowie rodziny pacjenta. Nie mogą oni wprawdzie dyktować lekarzowi, co konkretnie ma on robić, aby podtrzymać życie umierającego – to bowiem byłoby jawnym wkraczaniem na teren zastrzeżony dla samych lekarzy – ale mogą nalegać, aby zrobił „coś”, a czasem by robił „wszystko”, dla przedłużenia tego gasnącego życia. Jak więc powinien postąpić lekarz, który jest w danym wypadku przeświadczony o nieracjonalności, jeśli nie wręcz niemoralności tego typu żądań – czy ma on etyczne, a także legalne prawo sprzeciwić się im?

W obronie tego lekarskiego „prawa do odmowy” – tym razem już nie odmowy poddania się leczeniu (*refusal to treatment*), do której ma prawo pacjent, ale odmowy samego leczenia (*refusal to treat*) – występował w amerykańskim świecie medycznym pod koniec ubiegłego wieku pewien intelektualny ruch, który wysuwał hasło „terapii daremnej” (*futile treatment*). Przez „medyczną daremność” (*futility*) rozumiano przy tym właśnie cechę sprawiającą, że jakaś terapia – w tym również niejedna forma leczenia podtrzymującego życie – jest aktywnością nieobligatoryjną, czynnością, której lekarz co najmniej nie ma obowiązku podejmować, lub nawet więcej: której jest on zobowiązany zaniechać, chociażby czyniąc to, sprzeciwiał się woli pacjenta lub jego przedstawiciela.

Formalnie biorąc, medycznie daremną terapią będzie forma leczenia, która „mija się ze swoim celem”, a więc nie spełnia właściwych celów medycyny. Zakres terapii daremnej zależy więc siłą rzeczy od tego, jak określi się właściwe cele czynności lekarza. Byłby on dosyć szczupły, gdyby najważniejszym zadaniem działalności medycznej było już samo podtrzymywanie życia, zwiększanie jego długości, bez względu na jakość; co innego jednak, gdy medycynie wytycza się dalej sięgające zadania, takie jak umożliwianie chorym powrotu jeśli już nie do „zdrowia”, często nieodwracalnie utraconego, to przynajmniej do względnie normalnego życia.

Najszerze bodaj określenie terapii daremnej przyjmuje Lawrence J. Schneiderman wraz z parą współautorów, w ich ogłoszonym w 1990 r. artykule *Medical Futility: Its Meaning and Ethical Implications*³⁰. Zarysowane tam pojęcie daremności ma aspekt ilościowy oraz jakościowy. Biorąc pod uwagę ilościowy aspekt daremności, autorzy proponują:

³⁰ Schneiderman, Jecker, Jonsen [1990].

aby w wypadku, gdy lekarze (na podstawie własnego doświadczenia, doświadczeń dzielonych z kolegami lub uwzględnienia udokumentowanych danych empirycznych) stwierdzą, że pewna terapia była beзуyteczna w ostatnich 100 przypadkach, można było powiedzieć, że jest ona daremna³¹.

Pojawiające się w powyższej wypowiedzi pojęcie „terapii beзуytecznej” ma już charakter jakościowy i musi być zdefiniowane osobno. Ta kolejna, rozstrzygająca definicja nie jest w omawianym tekście całkiem jednoznaczna. W jej wyjściowej wersji brzmi ona:

Biorąc pod uwagę jakościowy aspekt daremności, proponujemy, aby jakkolwiek terapia, która jedynie podtrzymuje stan trwałej nieświadomości lub która nie uwalnia pacjenta od całkowitej zależności od intensywnej opieki medycznej, była uważana za terapię beзуyteczną, a tym samym daremną³².

Przytoczona charakterystyka budzi wszakże wątpliwości, które nasuwają się samym autorom. Bo przecież nawet gdyby zgodzić się, że ostatecznym zadaniem terapii podtrzymującej przy życiu nie jest jedynie umożliwianie poddawanych jej pacjentom jakiegokolwiek bądź dalszego istnienia, lecz raczej zapewnianie im dalszej możliwości życia przynajmniej względnie wartościowego, to jednak zakładana tutaj koncepcja terapii realizującej to zadanie, czyli użytecznej, wydaje się i tak za wąska. Czy bowiem względnie wartościowe życie można prowadzić tylko poza murami szpitala? Czy nie może go wieść również i ktoś, kto ani na chwilę nie uwalnia się od „całkowitej zależności od intensywnej opieki medycznej”? Autorzy artykułu nie wykluczają w końcu takiej możliwości, gdyż przyznają, „że istnieją dobrze znane przykłady osiągnięcia najbardziej godnych podziwu celów życiowych mimo najbardziej uciążliwego kalectwa”. Ze względu na te przypadki modyfikują swoją definicję:

Jeżeli jednak przeżycie wymaga całkowitego poświęcenia się pacjenta intensywnej terapii medycznej, do tego stopnia, że nie jest on w stanie osiągnąć żadnego innego ze swoich celów życiowych (co jest niezgodne z celem opieki medycznej), wówczas taka terapia jest skuteczna, lecz beзуyteczna; nie musi być oferowana pacjentowi, a rodzina pacjenta nie ma prawa domagać się jej³³.

Wprowadzona modyfikacja, poszerzająca nieco granice terapii użytecznej, czyli niedaremnej, nie uzgodniła jednak poglądu Schneidermana ze zdrowym rozsądkiem etycznym i nie uchroniła go przed ostrą krytyką, przeprowadzaną z co najmniej dwóch punktów widze-

³¹ Tamże, s. 951.

³² Tamże, s. 952.

³³ Tamże, s. 952–3.

nia. Według niektórych autorów słabą stroną tej skrajnej koncepcji jest nie tyle to, że zakazuje ona lekarzom oferowania terapii daremnej, ile to, jak szeroko rozumie daremność terapii³⁴. Jednakże zdaniem innych krytyków kontrowersyjna, jeśli nie kompromitująca jest w niej także pierwsza idea: supozycja, zgodnie z którą lekarze mieliby samodzielnie i jak gdyby jednostronnie uznawać jakąś terapię podtrzymującą przy życiu za daremną i bezużyteczną, i bez dyskusji odmawiać jej wdrożenia pacjentom lub członkom ich rodzin, w razie gdyby ci dopominali się o nią. Tak więc jeden z autorów, wysuwających ten ostatni zarzut, podtrzymuje go nawet w dość bezspornym – jak by się zdawało – przypadku pacjenta znajdującego się już w stanie śmierci mózgowej, którego rodzina, ze względów religijnych nieuznająca mózgowego kryterium śmierci, domaga się, aby był nadal podtrzymywany przy życiu przez sztuczną wentylację³⁵. Inny autor w podobnym duchu pisze zaś ogólnie:

Jest ważne, że istnieją sytuacje, w których leczenie jest daremne, a jego daremność często daje się z góry przewidzieć. Ogólnie biorąc, w takich sytuacjach lekarze wyjaśniają to pacjentom lub ich pełnomocnikom, ci drudzy rozumieją i akceptują sytuację, i leczenie zostaje zaniechane albo przerwane. Pojęcie daremności odgrywa w takich razach moralną rolę, pomagając uwolnić pacjentów lub pełnomocników od moralnego obowiązku kontynuowania leczenia. Daremność nie okazała się jednak przydatna jako moralna karta atutowa, za pomocą której można by rozwiązywać nieusuwalne konflikty. Jest ona raczej – i powinna być – pojęciem, którym należy posługiwać się rozsądnie i ostrożnie, tak aby pomóc pacjentom i członkom ich rodzin rozpoznać i zmienić ich postrzeganie ich własnych obowiązków moralnych³⁶.

Czy wolno zrezygnować z terapii podtrzymującej przy życiu przez jej czynne przerwanie?

Jest stosunkowo łatwo zaniechać, czy też po prostu nie podjąć terapii podtrzymującej przy życiu, ma się rozumieć przy założeniu, że spełnione są wszystkie inne warunki etycznej dopuszczalności rezygnacji z jej zastosowania. Większy jednak kłopot – przynajmniej w odczuciu niektórych – sprawia przerwanie czy też zaprzestanie tej skądinąd nieobowiązkowej lub nawet medycznie niewskazanej terapii, a jeszcze większy – takie jej przerwanie, które ma znamiona czynnego działania, jak to na przykład jest, gdy pacjent zostaje odłączony od respiratora. Ażeby lepiej uświadomić sobie trudność związaną z tym ostatnim przypadkiem – czynnym zaprzestaniem lecze-

³⁴ Por. np. Harper [1998], s. 501.

³⁵ Por. Burt [2002], s. 253.

³⁶ Lantos [2006], s. 589 (tłum. moje, W.G.).

nia przedłużającego życie – możemy wziąć pod uwagę nasuwające się rozumowanie, w którym z kilku niekontrowersyjnych na pozór przesłanek wysnuwa się wniosek, jednoznacznie potępiający takie zaprzestanie jako nieusprawiedliwione zabicie człowieka. Wnioskowanie przedstawia się następująco:

(1) Doprowadzenie do śmierci jakiejś osoby przez jej odłączenie od respiratora jest *zabiciem* tej osoby; (2) świadome skrócenie życia pewnej osoby przez jej odłączenie od respiratora jest *umyślnym* doprowadzeniem do jej śmierci; (3) tymczasem umyślne zabicie niewinnej osoby *w żadnym wypadku* nie jest moralnie usprawiedliwione; a zatem: (4) świadome skrócenie życia pewnej osoby przez jej odłączenie od respiratora jest w każdym wypadku moralnie nieusprawiedliwione.

Zarysowane rozumowanie po rozwinięciu nieszkodliwych skrótów można uznać za formalnie poprawne. Jeżeli więc nie chcemy zgodzić się na jego konkluzję – a przecież mało kto byłby gotów ją przyjąć – wypada nam zakwestionować którąś (co najmniej jedną, chociaż niekoniecznie tylko jedną) z jego pozornie niekontrowersyjnych przesłanek. W zależności od tego, którą odrzucimy, stajemy na tym lub innym z kilku głównych stanowisk, jakie można zająć w interesującej nas obecnie kwestii, tzn. w sprawie etycznego charakteru czynnego zaprzestania terapii podtrzymującej przy życiu. Przyjrzyjmy się kolejno tym kilku poglądom.

(1) *Doprowadzając do śmierci jakiejś osoby przez jej odłączenie od respiratora nie zabija się tej osoby, lecz pozwala się jej umrzeć.*

O ile zabicie jakiejś osoby rozumie się tutaj jako doprowadzenie do jej śmierci przez czynne działanie, o tyle samo „pozwolenie na jej śmierć” jest traktowane jako pewne zaniechanie – zaniechanie działania, które mogłoby przeszkodzić jej śmierci. U podstaw omawianego poglądu leży więc pewna etyczna zasada, którą można by sformułować tak oto:

zachowanie posiadające określone następstwa może być moralnie dopuszczalne lub niedopuszczalne zależnie od tego, czy polega na wykonaniu działania, które powoduje te następstwa, czy też na zaniechaniu działaniu, które mogłoby im przeszkodzić.

Etycy zwalczający podaną zasadę przeciwstawiają jej „zasadę moralnej symetrii”³⁷, zgodnie z którą spowodowanie jakiegoś skutku przez pozytywne działanie i doprowadzenie do takiego samego skutku przez zaniechanie działania, które mogłoby temu skutkowi za-

³⁷ Zob. Tooley [1994].

pobiec, stanowią zachowania, które *ceteris paribus* nie różnią się co do wartości moralnej. Tak więc zwalczaną przez nich zasadę można by w przeciwieństwie do tego nazwać właśnie zasadą pewnej asymetrii – moralnej *asymetrii działania i zaniechania* (ADZ). Na gruncie omawianej koncepcji z zasadą asymetrii łączy się oczywiście teza, że również czynne zaprzestanie terapii podtrzymującej przy życiu, np. odłączenie umierającego pacjenta od respiratora, może być traktowane jako przypadek zaniechania pewnego działania.

Jedną z ważnych wersji tego stanowiska przedstawia George P. Fletcher w swoim tekście *Podtrzymywanie życia: rozważania prawne*³⁸. Ten klasyczny artykuł obraca się wokół kwestii, w jaki sposób opisać zaprzestanie terapii podtrzymującej życie, np. odłączenie od respiratora, aby nie było ono zagrożone zarzutem zabójstwa. Właściwe rozwiązanie tego problemu Fletcher dostrzega w przyjęciu, że tego typu zachowanie powinno być interpretowane nie jako działanie (*act*), lecz jako zaniechanie (*omission*). Sam fakt, że odłączenie od respiratora wiąże się z fizycznym ruchem, nie przeszkadza jego zdaniem tej interpretacji. Możliwe jest bowiem zarówno działanie bez fizycznego ruchu (np. gdy ktoś nieruchomo siedzi za kierownicą samochodu, który za chwilę przejedzie jego znenawidzonego wroga), jak i na odwrót. Jeżeli zaś w następstwie tego „ruchu bez działania”, jakim jest odłączenie od respiratora, następuje śmierć odłączonego pacjenta, to odłączający go lekarz nie tyle tę śmierć powoduje, ile dopuszcza do niej lub zezwala na nią.

Za dopuszczenie do śmierci – jak przyznaje autor – można co prawda również ponosić odpowiedzialność, i to zarówno moralną, jak prawną. Tak np. lekarz domowy, który wzywany do chorego dziecka nie przerywa pasjonującej partii brydża i doprowadza do śmierci małego pacjenta, może być słusznie obarczony winą za tę tragedię. Jednakże wina wynikająca z zaniechania, jakkolwiek nieraz ciężka i niezaprzeczalna, ma mimo wszystko inny charakter niż ta, która wynika z działania. Jej podstawą jest zawsze pewna szczególna relacja, w tym przykładzie zachodząca między rodzinnym lekarzem a chorym: lekarz ponosi odpowiedzialność za śmierć pacjenta, wynikłą z zaniechania pewnego działania, jeżeli był zobowiązany podjąć to działanie. Tymczasem lekarz, który we właściwej chwili przestaje „na siłę” resuscytować umierającą osobę, nie ma obowiązku kontynuować tej resuscytacji, przynoszącej już więcej szkód niż pożytku; nie ponosi więc żadnej winy, gdy chorobowy proces pacjenta dobiega do nieuniknionego, a tyłko przez pewien czas odwlekanego końca³⁹.

³⁸ Fletcher [1967].

³⁹ Tamże, s. 100.

Na istotną różnicę między zabijaniem i przyzwalaniem na śmierć kładzie też duży nacisk Daniel Callahan w swoich artykułach. Polemizując z autorami, którzy – jak Rachels lub Tooley – kwestionują moralną wagę tego rozróżnienia – stara się pokazać, że ich stanowisko wynika z mylenia dwóch rzeczy: przyczynowości (*causality*) i odpowiedzialności czy też możliwości ponoszenia winy (*culpability*). Lekarz, który odłącza śmiertelnie chorego od aparatury podtrzymującej przy życiu, ponosi odpowiedzialność za jego śmierć, lecz nie jest jej przyczyną; chorego zabija choroba, nie lekarz. Rozwijając te idee, autor pisze więc między innymi:

(...) na płaszczyźnie rzeczywistości fizycznej zabicie i przyzwolenie na śmierć różnią się przyczynowo. „Przyzwolenie na śmierć” jest fizycznie możliwe tylko wtedy, gdy istnieje już jakaś podstawowa choroba, która stanie się przyczyną śmierci. Podłączcie mnie do respiratora teraz, kiedy jestem zupełnie zdrowy, a po jego wyłączeniu nie wydarzy się absolutnie nic. (...) Stanie się wszakże zupełnie inaczej, jeśli lekarz poda mi rozluźniający mięśnie zastrzyk, który sparaliżuje moje płuca. Czy będę zdrowy czy nie, płuca i tak przestaną funkcjonować, a ja umrę. To właśnie oznacza „zabicie” kogoś w odróżnieniu od „przyzwolenia” na jego śmierć⁴⁰.

(2) *Świadome skrócenie życia pewnej osoby przez jej odłączenie od respiratora nie musi być „umyślnym” czy też „zamierzonym” doprowadzeniem do jej śmierci.*

O ile zwolennicy poprzedniego poglądu podważają zarysowane wcześniej wnioskowanie o moralnej niedopuszczalności czynnego zaprzestania terapii podtrzymującej przy życiu, kwestionując pierwszą jego przesłankę, o tyle przedstawiciele tego kolejnego stanowiska odrzucają drugą z nich; nie przesądzając, czy tego rodzaju zachowanie lekarza jak odłączenie chorego od respiratora jest czynnym działaniem czy też zaniechaniem, lub nawet uznając je za formę działania, kładą jednak nacisk na to, że ewentualne działanie czy też zaniechanie, które na ogół prowadzi do śmierci pacjenta, w niektórych przynajmniej wypadkach nie powinno być traktowane jako *umyślne* lub *zamierzone* („intencjonalne”) spowodowanie tej śmierci. Jeżeli jednak zapytamy, w jakich to wypadkach – i z jakich powodów – ta jego „intencjonalna” interpretacja ma być niestosowna, okazuje się, że omawiane stanowisko może jeszcze występować w co najmniej dwóch różnych odmianach.

(a) Pierwsza z interesujących nas odmian koncepcji, zgodnie z którą doprowadzenie do śmierci jakiejś osoby przez jej odłączenie od aparatury podtrzymującej przy życiu może być zachowaniem mo-

⁴⁰ Callahan [2000], s. 77; w tym tomie s. 174–175.

ralnie usprawiedliwionym, *gdyż niezamierzonym*, opiera się na zasadzie podwójnego skutku. W jednym z jej możliwych sformułowań, nawiązującym w pewnej mierze do podanego wcześniej sformułowania zasady asymetrii działania i zaniechania, etyczna zasada podwójnego skutku głosi:

(PS) Działanie, które posiada zarówno pewne dobre, jak i złe następstwa, może być moralnie dopuszczalne lub niedopuszczalne zależnie od tego, czy jego złe następstwa są przez działający podmiot jedynie przewidywane, czy zamierzone jako środek lub też jako cel.

Tak rozumiana zasada (PS) może być wykorzystana w celu usprawiedliwienia czynnego zaprzestania terapii podtrzymującej przy życiu, jeżeli założymy, że to zaprzestanie powoduje z jednej strony dobry skutek, jakim jest spełnienie życzenia chorego lub uwolnienie go od uciążliwej terapii, z drugiej zaś zły skutek w postaci śmierci pacjenta, i że ten drugi jest przez wyłączającego aparaturę lekarza jedynie przewidywany (jako możliwy, wysoce prawdopodobny, czy też nawet pewny), a nie zamierzony jako pewien cel, lub nawet jako środek do pewnego celu. Tego rodzaju założenia mogą być przyjmowane najpierw w tym wypadku, gdy odłączający aparaturę lekarz czyni to na życzenie samego pacjenta:

Lekarz, który stosuje się do racjonalnego sprzeciwu kompetentnego pacjenta, nie zamierza zabić pacjenta, lecz raczej uszanować jego sprzeciw, nawet jeżeli wie, że w rezultacie pacjent umrze. Nawet jeżeli lekarz zgadza się, że śmierć jest najlepszą rzeczą dla pacjenta, uszanowanie jego sprzeciwu nie może być uważane za zamierzone spowodowanie jego śmierci. Ma się rozumieć, indywidualny lekarz może chcieć śmierci pacjenta, jednak jego zamiar w tych okolicznościach nie jest determinowany przez to, czy chce on śmierci pacjenta; jest on raczej determinowany przez fakty, które mają wpływ na jego decyzję, aby działać w taki a nie inny sposób. Jeżeli lekarz zaprzestałby leczenia, nawet gdyby nie chciał śmierci pacjenta, a nie zaprzestałby leczenia, gdyby pacjent nie sprzeciwił się mu, wówczas zamiarem lekarza nie jest zabicie pacjenta, lecz zastosowanie się do jego sprzeciwu⁴¹.

Przytoczony argument stosowałby się również do przypadku, w którym lekarz nie tylko z dużym prawdopodobieństwem przewidywa, lecz także *z pewnością wie*, że odłączenie respiratora zakończy się dla pacjenta śmiercią. Tym samym zakłada on mocniejszą wersję zasady (PS), zgodnie z którą „niezamierzonym” złym skutkiem działania moralnie usprawiedliwionego może być także skutek, który jest oczekiwany jako całkiem pewny. Można jednakże stać na stano-

⁴¹ Gert, Culver, Clouser [1998], s. 189.

wisku, że do usprawiedliwienia czynnego zaprzestania terapii podtrzymującej przy życiu wystarczy nawet słabsza wersja zasady (PS), zgodnie z którą „niezamierzonym, choć przewidywanym” skutkiem jakiegoś działania może być wyłącznie skutek przewidywany jedynie jako mniej lub bardziej prawdopodobny, a nie całkiem pewny. Jak bowiem argumentuje inny autor:

zaprzestanie wentylacji nie powoduje w sposób pewny śmierci. Jedno ze studiów dotyczących takich przypadków pokazało, że 11% pacjentów, poddanych „terminalnemu odłączeniu” od mechanicznej wentylacji, utrzymało się przy życiu i opuściło szpital. Jakkolwiek możliwe są takie przypadki, w których bylibyśmy skłonni powiedzieć, że lekarze, których pacjenci przeżyli, nie osiągnęli swojego celu, to jednak istnieją też z pewnością inne, w których celem zaprzestania wentylacji jest spowodowanie, aby życie pacjenta nie było przedłużane przez niechcianą opiekę medyczną. Ponieważ lekarze nie wiedzą, którzy pacjenci przeżyją zaprzestanie wentylacji, może to być ich celem także w tych licznych przypadkach, w których wkrótce po zaprzestaniu następuje śmierć⁴².

(b) Inne uzasadnienie tezy, że zaprzestanie terapii podtrzymującej przy życiu, które prowadzi do śmierci pacjenta, nie jest jego umyślnym zabiciem, podsuwa Bonnie Steinbock w swoim artykule *Zamierzane przerwanie życia*. Jej wyjaśnienie, dlaczego tak nie jest, odnosi się szczególnie do przypadku, gdy przerywający tę terapię lekarz czyni to na wyraźne życzenie pacjenta, i ma mówić nad omówionym już wytłumaczeniem, zgodnie z którym tego rodzaju zachowanie lekarza jest raczej zaniechaniem niż czynnym działaniem. Autorka pisze:

Jednakże zaniechanie leczenia przedłużającego życie w przypadkach, które omawiałam, nie jest prawnie kwalifikowane jako uzasadnione zabójstwo, ponieważ w ogóle nie jest zabójstwem. Dlaczego tak jest? Czy dlatego, że lekarz „nic nie robi”, a więc nie może być winien zabójstwa? Z pewnością nie, ponieważ, jak wskazałam, prawo czasami traktuje zaniechanie jako przyczynę śmierci. Moim zdaniem lepsze wyjaśnienie wskazuje na fakt, że z uwagi na prawo pacjenta do odmowy zgody na leczenie lekarz nie ma prawa (*is not at liberty*) kontynuować leczenia. Wydaje się, że konstytutywną częścią zamierzonego przyzwolenia na śmierć jest to, że dana osoba mogła zrobić coś, by zapobiec śmierci. W tej sytuacji oczywiście lekarz może fizycznie zapobiec śmierci pacjenta, ale skoro nie uważamy, że lekarz *ma prawo* kontynuować leczenie, powiemy, że „nie istnieje nic, co mógłby zrobić”. Zatem nie jest prawdą, jakoby pozwalał on celowo na śmierć pacjenta⁴³.

⁴² Weithman [1999], s. 552.

⁴³ Steinbock [1979], s. 249.

(3) *Umyslne zabicie niewinnej osoby jest w niektórych wypadkach moralnie usprawiedliwione.*

Są wreszcie etycy, którzy odrzucają zarówno zasadę asymetrii działania i zaniechania, jak i zasadę podwójnego skutku, a w konsekwencji uważają, że tak pierwszy jak i drugi z dwóch omówionych dotąd głównych sposobów obrony czynnego zaprzestania terapii podtrzymującej przy życiu przed zarzutem nieusprawiedliwionego zabójstwa jest tylko niewytrzymującym krytyki wybiegiem. Zamiast podejmować beznadziejne próby wykazania, że odłączenie pacjenta od respiratora w usprawiedliwionych przypadkach nie jest jego umyślnym zabiciem, należy raczej według nich uczciwie przyznać, że tego rodzaju medyczne działanie *jest* formą intencjonalnego pozbawienia życia. To jednak nie znaczy naturalnie, aby dokonujący tego działania lekarz stawał się winny „zabójstwa”. A to dlatego, że nie jest też prawdą, aby intencjonalne pozbawienie życia niewinnej osoby było w każdym wypadku moralnie niedopuszczalne, jak również prawnie niedozwolone.

Zarysowane stanowisko w klarownej postaci przedstawia np. Dan W. Brock w swym artykule *Samobójstwo z pomocą lekarza bywa moralnie uzasadnione*⁴⁴. Chociaż głównym przedmiotem tego artykułu jest samobójstwo z pomocą lekarza, to jednak wiele zawartych w nim uwag stosuje się również do przerywania terapii przedłużającej życie. Rzecz bowiem w tym, że zaprzestanie stosowania środków podtrzymujących przy życiu jest zdaniem autora również formą zabicia pacjenta. Ci, którzy argumentują, że działający w ten sposób lekarz nie zabija pacjenta, lecz tylko pozwala mu umrzeć, wprowadzają sztuczne dystynkcje. O bezpodstawności tego stanowiska możemy się łatwo przekonać, gdy wyobrazimy sobie, że śmiertelnie chora staruszka zostaje odłączona od respiratora nie przez opiekującego się nią lekarza, lecz przez chciwego syna, który nie może się doczekać na spadek. W takim wypadku nie wahamy się ani przez chwilę powiedzieć, że wyrodny syn zabija swą matkę, i nie dalibyśmy się mu przekonać, gdyby nam tłumaczył, że nie zabił jej, lecz tylko pozwolił jej umrzeć. Tak więc trzeba uznać, że odłączenie od aparatury podtrzymującej przy życiu jest formą pozbawienia życia czy też zabicia pacjenta, tyle że jest to zabicie moralnie usprawiedliwione.

W wypadku normalnego zabójstwa zabójca działa w sposób niegodziwy i karygodny, ponieważ czyni to (a) wbrew woli zabijanego, a równocześnie (b) wbrew jego interesowi. Można zastanawiać się nad moralną kwalifikacją przypadków, w których spełniony jest tylko warunek (a), ale nie (b), czy też na odwrót – tylko drugi z tych

⁴⁴ W: Weir [1997], s. 86–103.

warunków, ale nie pierwszy. Nie ma jednak powodu – jak podkreśla Brock – aby nie usprawiedliwić tych przypadków odebrania życia niewinnej osobie, w których nie jest spełniony żaden z tych warunków, a zatem w których zabijający działa zarówno dla dobra, jak na życzenie osoby pozbawianej życia.

Czy wolno zrezygnować z podtrzymywania życia pacjentów, którzy nie są umierający?

W artykule 32 polskiego *Kodeksu etyki lekarskiej* czytamy:

W stanach terminalnych lekarz nie ma obowiązku podejmowania i prowadzenia reanimacji lub uporczywej terapii i stosowania środków nadzwyczajnych.

Przytoczony przepis nie stwierdza co prawda *expressis verbis*, że obowiązek „podejmowania i prowadzenia reanimacji lub uporczywej terapii i stosowania środków nadzwyczajnych” nie ciąży na lekarzu wyłącznie „w stanach terminalnych”, ale niedwuznacznie sugeruje to ograniczenie. Innymi słowy, w stosunku do pacjentów nieznaną się jeszcze w stanie terminalnym lekarz jednak byłby zobowiązany podejmować i prowadzić wszelką terapię podtrzymującą ich życie, bez względu na to, jak mało dawałaby im ona korzyści (jak w wypadku osób w trwałym stanie wegetatywnym), lub też jak wiele przysparzałyby im ciężarów (w wypadku innych „nieumierających” pacjentów z głębokim kalectwem).

Polski *Kodeks etyki lekarskiej* to zresztą nie jedyny dokument, w którym możliwość niepodjęcia lub zaprzestania terapii podtrzymującej pacjenta przy życiu uzależnia się od tego, czy jest to pacjent „umierający” lub też przynajmniej „w stanie terminalnym”. Podobny warunek, na ogół nieuzasadniany, pojawia się również w wielu innych miejscach, widocznie więc ma w sobie coś „oczywistego”. Ten wymóg „stanu terminalnego” bardzo zawęży kategorię pacjentów, którym – w razie zgłoszenia przez nich lub przez ich bliskich takiego życzenia – być może należałoby „pozwolić umrzeć”, choć jest do rozważenia, *jak bardzo zawęży*.

Ta ostatnia wątpliwość wynika z niejasności, a także pewnej rozciągłości tego typu pojęć, jak „pacjent umierający” lub „stan terminalny”. „Co bowiem należy rozumieć przez ‘stan terminalny’ – pyta jeden z komentatorów przytoczonego miejsca z *Kodeksu etyki lekarskiej* – agonię czy zaawansowany, rozsiany proces nowotworowy?”⁴⁵. Niewątpliwie ma on obejmować i jedno, i drugie, nasuwa się wszakże pytanie, czy zakresu tego pojęcia nie powinno się wytyczyć w sposób jeszcze szerszy.

⁴⁵ Zob. Zielonka [2000].

Takie obszerniejsze określenie „stanu terminalnego” najwyraźniej bodaj sugeruje profesor prawa, Norman L. Cantor w swoim artykule *The Permanently Unconscious Patient, Non-Feeding and Euthanasia*⁴⁶. Ta interesująca rozprawa z 1989 r. jest w znacznej części polemiką z poglądami tych, którzy krytykowali decyzje amerykańskich sądów, zezwalających na rezygnację ze sztucznego odżywiania osób w trwałym stanie nieświadomości. Aby uzasadnić swoje stanowisko, krytycy ci wytaczali także i argument, że jeśli tylko stan tych trwale nieprzytomnych pacjentów jest stabilny, nie może on być określony jako terminalny – osób tych nie można uznać za umierające. Sam autor stara się pokazać, że kwestionowane decyzje sądów są całkowicie zgodne z tradycyjnymi teoriami prawa medycznego i posiadają mocne oparcie w zasadzie poszanowania ludzkiej godności. Rozpatrując argument z „nieterminalności” twalego stanu wegetatywnego (s. 405 nn.), przyznaje on najpierw, że uchwalone w różnych stanach Ameryki ustawy na temat „testamentu życia” ograniczają na ogół ważne dyrektywy *pro futuro* do dyspozycji składanych na okres przed śmiercią, tzn. na wypadek znalezienia się w pewnym „stanie terminalnym”, przy czym ten ostatni definiują często jako taki nieuleczalny i nieodwracalny stan, który prowadzi do bliskiej śmierci „niezależnie od” leczenia (*regardless of treatment*). Pytanie jednak, jak interpretować tę rozpowszechnioną definicję. Otóż w niektórych wypadkach rozumie się ją wyraźnie w ten sposób, że pacjentem w stanie terminalnym jest ten, kto w nieodległym czasie „tak czy tak” umrze – czy będzie się go leczyło, czy nie. Jak jednak zauważono, gdyby w testamencie życia można się było domagać zaprzestania leczenia tylko w takiej sytuacji, w której śmierć nastąpi bez względu na to, czy będzie się w ogóle leczonym, wówczas instytucja testamentu życia byłaby w zasadzie niepotrzebna. Tak więc wyrażenie „niezależnie od” – zgodnie z propozycją samego autora – lepiej jest rozumieć w sensie „w razie braku” – chory znajduje się w stanie terminalnym, jeżeli *w razie braku leczenia* wkrótce musi umrzeć. A określając pojęcie „stanu terminalnego” w ten ostatni sposób, można znacząco zwiększyć jego zakres i rozciągnąć je także na trwały stan wegetatywny. Głębokie uszkodzenie mózgu, które odbiera pacjentowi zarazem i zdolność świadomego myślenia, i zdolność naturalnego odżywiania się, można wówczas traktować jako początek procesu umierania; ten nieodwracalny proces jest tylko przedłużany przez sztuczne zabiegi medyczne, w tym również sztuczne dostarczanie pokarmu i wody.

⁴⁶ Cantor [1989].

Ta „terminalna” interpretacja trwałego stanu wegetatywnego, jaką proponuje Cantor, wydaje się w pierwszej chwili dosyć przekonująca. Tym, co każe nam na nią spojrzeć z pewną ostrożnością, jest jednakże fakt, że analogiczna argumentacja stosowałaby się również z odpowiednimi modyfikacjami do różnych innych stanów chorobowych – wszystkich tych mianowicie, gdy życie pacjenta jest bezpośrednio zagrożone przez pewien rozpoczęty już, a tylko sztucznie powstrzymany proces destrukcji, który niechybnie potoczyłby się dalej i doprowadził w niedługim czasie do tragicznego finału, *gdyby nie* odpowiednie leczenie (np. do chorych zdanych na regularne dializy). Chcąc wykluczyć te inne stany chorobowe z poszerzającej się dość niebezpiecznie kategorii „stanów terminalnych”, definicję tych ostatnich można by oczywiście wzbogacić o jakiś dodatkowy ograniczający element, dołączający się do warunku „nieuchronnej i rychłej śmierci w wypadku braku leczenia”, np. o warunek ogólnego wycieńczenia, przykucia do łóżka itp.

Jest tylko wątpliwe, czy wszystkie te pojęciowe zabiegi są całkiem celowe. Zamiast najpierw bezzasadnie ograniczać możliwość rezygnacji z podtrzymywania życia do stanu terminalnego, a potem jak gdyby nadrabiać to ograniczenie, już to rozciągając, już to przykrawiając pojęcie stanu terminalnego, być może lepiej jest od razu zgodzić się, że rezygnacja z terapii podtrzymującej przy życiu bywa moralnie i prawnie usprawiedliwiona *także w stanach nieterminalnych*.

W tym również kierunku potoczył się rozwój stosownych regulacji w Stanach Zjednoczonych. Odwołajmy się tutaj do choćby jednego przykładu. W wydanych przez Hastings Center *Guidelines for the Termination of Life-Sustaining Treatment and Care of the Dying* 28–29 (1987) wyróżnia się „trzy ważne kategorie pacjentów”, w odniesieniu do których można sensownie rozważać rezygnację z terapii podtrzymującej życie: (1) „pacjentów, którzy są terminalnie chorzy”; (2) „pacjentów cierpiących na poważne i nieodwracalne schorzenie lub też kalectwo” oraz (3) „pacjentów, u których nastąpiła nieodwracalna utrata świadomości”⁴⁷. Tak zatem ani pacjentów „cierpiących na poważne i nieodwracalne schorzenie lub też kalectwo”, ani też tych, „u których nastąpiła nieodwracalna utrata świadomości”, nie zalicza się tutaj do osób terminalnie chorych. Mimo to tak w wypadku pierwszych, jak drugich rezygnacja z terapii podtrzymującej ich życie może być sensownie brana pod uwagę.

⁴⁷ Cytuję za Cranford, Smith [1987], s. 235.

Czy wolno zrezygnować z podtrzymywania życia za pomocą zwyczajnych środków medycznych, a szczególnie przez sztuczne odżywianie?

Zgodnie z danymi, jakie znajdujemy w jednym z artykułów na temat medycznych decyzji w stosunku do pacjentów w stanie wegetatywnym, 35% ankietowanych lekarzy z Wielkiej Brytanii byłoby skłonnych uznać za stosowne zaprzestanie odżywiania i nawadniania pacjentów w ciągu pierwszych sześciu miesięcy po poważnym uszkodzeniu mózgu, podczas gdy 48% tych samych lekarzy uznałoby za stosowne nieleczenie infekcji w tym samym okresie; podobnie, 73% ankietowanych brytyjskich lekarzy uważało za stosowne zaprzestanie sztucznego odżywiania pacjentów w stanie wegetatywnym, natomiast aż 95% było zdania, że stosowne jest nieleczenie ostrych chorób u tych samych pacjentów⁴⁸.

Jak potwierdzają te statystyki, zgodnie z rozpowszechnioną także wśród lekarzy intuicją moralną dopuszczalność rezygnacji ze stosowania pewnych środków podtrzymujących życie zależałaby nie tylko od stanu pacjenta, który jest podtrzymywany przy życiu, i od efektów, osiąganych za pomocą tych środków – te bowiem w obu razach były jednakowe – lecz także od tego, *jakie* są to środki. Ta dosyć mglista intuicja krystalizuje się często w postaci bardziej już określonej, choć nadal niejednoznacznej, *doktryny środków zwyczajnych*. Zgodnie z tą teorią środkami podtrzymującymi przy życiu, z których stosowania w określonych okolicznościach wolno zrezygnować, są tylko szczególne środki nadzwyczajne, podczas gdy środki uznawane za zwyczajne byłyby – tak dla pacjenta, jak i dla lekarza – obowiązkowe bez względu na okoliczności. Lista tych środków uchodzących za zwyczajne, a w konsekwencji obligatoryjne, może być w różnych wypadkach zestawiana różnie, na pewno jednak za każdym razem znajdzie się na niej sztuczne odżywianie.

Joanne Lynn i James F. Childress w swoim artykule *Czy pacjenci zawsze powinni otrzymywać pożywienie i wodę?* wyróżniają cztery typowe argumenty, wysuwane przeciwko moralnej dopuszczalności rezygnacji ze sztucznego odżywiania: pierwszym z nich jest właśnie rzekomy obowiązek stosowania „zwyczajnych” środków podtrzymujących przy życiu; drugim obowiązek kontynuowania procedur raz rozpoczętych, trzecim pogląd, zgodnie z którym rezygnacja ze sztucznego odżywiania byłaby jednoznaczną przyczyną śmierci pacjenta; czwartym wreszcie argument wskazujący na to, że odżywianie pacjenta symbolizuje samą istotę opieki nad nim.

⁴⁸ Andrews [2004], s. 299–300.

Drugi z wymienionych argumentów – obowiązek kontynuowania procedur raz rozpoczętych – możemy tutaj zostawić na boku, gdyż mieści się on właściwie w omówionej już problematyce czynnego zaprzestania terapii podtrzymującej przy życiu. Poświęcimy natomiast chwilę uwagi trzem pozostałym.

Czy sztuczne odżywianie jest obowiązkowe ze względu na jego znaczenie symboliczne?

Argument czwarty – z symbolicznego znaczenia, które w różnych kulturach łączy się z naturalnym karmieniem i które można łączyć także ze sztucznym odżywianiem – wysuwają ci, którzy wskazują, że „odżywianie i nawadnianie symbolizują, wyrażają czy też ujawniają samo sedno idei opieki i współczucia”. Lynn i Childress odnoszą się do tego argumentu w sposób pojednawczy. Przyznają więc, że jeśli rodzina, przyjaciele, opiekunowie uważają, iż procedura sztucznego odżywiania, niezależnie od tego, czy przynosi korzyść pacjentowi, niesie ze sobą jakieś inne istotne wartości, to przekonania tego nie należy ignorować. Niemniej jednak zauważają, że „medyczne sposoby odżywiania i nawadniania bardziej przypominają inne procedury medyczne niż zwykle ‘ludzkie’ sposoby przyjmowania jedzenia i płynów, na przykład łyk wody”, wobec czego „powinniśmy móc ocenić związane z nimi korzyści i obciążenia, tak jak oceniamy każdą inną medyczną procedurę”.

Norman L. Cantor w cytowanym już artykule na temat pacjentów w trwałym stanie nieświadomości⁴⁹ odpowiada na ten argument podobnie, lecz ostrzej:

Dopatrywanie się jakiegokolwiek symbolicznej różnicy między sztucznym odżywianiem a konwencjonalną opieką medyczną wydaje się naciągane. Troska, która objawia się w sztucznym karmieniu, niewiele różni się od troski, która znajduje wyraz w podawaniu antybiotyków, przetaczaniu krwi lub masażu serca. A przecież z wszystkich tych procedur w odpowiednich okolicznościach można zrezygnować.

Nawet jeśli karmienie normalnie posiada ważne znaczenie symboliczne, nie jest tak w każdym wypadku. W stosunku do pacjenta śmiertelnie chorego, karmienie może nie przynosić pacjentowi żadnej korzyści, a więc działanie to może tracić swój zwyczajny symboliczny charakter. Jest tak zwłaszcza wtedy, gdy pacjent przechodzi dręczący proces umierania, zaś aparat sztucznego odżywiania powoduje zwiększone cierpienie, przedłużając ten proces.

⁴⁹ Cantor [1989], s. 391.

Czy rezygnacja ze sztucznego odżywiania jest bezpośrednią przyczyną śmierci pacjenta?

Trzeci argument, zgodnie z którym kontynuacja sztucznego odżywiania jest we wszelkich okolicznościach moralnie obowiązkowa, ponieważ rezygnacja z niego byłaby jednoznaczną przyczyną śmierci pacjenta, wysuwają np. Weisbard i Siegler w swym artykule *Zabijanie pacjentów z litości – apel o ostrożność*:

w odróżnieniu od rezygnacji ze stosowania respiratorów lub aparatów do dializy, odstawienie pokarmu i napojów nie może być tak łatwo zinterpretowane jako „przystanie na naturalny tok zdarzeń” (*letting nature take its course*). Odwodnienie lub brak pokarmu staje się bezpośrednią przyczyną śmierci, za którą nie sposób wówczas uniknąć odpowiedzialności⁵⁰.

Odpowiedzi krytyków tego argumentu są zróżnicowane. Lynn i Childress nie kwestionują w zasadzie relacji bezpośredniej przyczynowości, jaka w wypadku odstawienia sztucznego odżywiania ma zachodzić między działaniem lekarza a śmiercią pacjenta, podkreślają jednak, że nie odróżnia ona rezygnacji ze sztucznego odżywiania od innych przypadków zaprzestania terapii podtrzymującej przy życiu, które mimo to uważa się za usprawiedliwione.

Daniel Callahan w artykule *Zabicie a przyzwolenie na śmierć*⁵¹ broni koncepcji, zgodnie z którą właściwą przyczyną śmierci niedożywionego pacjenta, którego przestaje się sztucznie odżywiać, jest toczący się w nim proces chorobowy; stara się również pokazać, że właśnie ta koncepcja była przez całe lata obowiązująca w tradycyjnej etyce medycznej⁵².

Norman L. Cantor w cytowanej pracy również nawiązuje do owej odmiennej koncepcji przyczynowości, bronionej między innymi przez Callahana:

Istnieje także inny pogląd na przyczynowość. Zgodnie z tym poglądem, przyczyną śmierci jest wstrząs lub proces chorobowy, który spowodował niesprawność pokarmowego układu pacjenta. Innymi słowy, patologia, która trwale zniszczyła u pacjenta odruch przełykania, stworzyła potrzebę sztucznego odżywiania w celu podtrzymania pacjenta przy życiu. Gdyby nie sztuczne odżywianie, pacjent umarłby naturalną śmiercią wskutek choroby lub wstrząsu. Usunięcie sztucznego odżywiania jedynie pozwala naturalnemu procesowi umierania potoczyć się w jego terminalnym kierunku⁵³.

⁵⁰ Weisbard, Siegler [1986], s. 218; w tym tomie s. 160.

⁵¹ Callahan [2000].

⁵² Tamże, s. 80–81.

⁵³ Cantor [1989], s. 394.

Analiza samego Cantora jest wszakże bardziej zniuansowana. Przyznaje on bowiem, że w omawianej sytuacji istnieją raczej dwie różne „przyczyny, bez których nie” („*but for*” causes) – bez których nie doszłoby do śmierci pacjenta. Jedną jest choroba, drugą zaś rezygnacja ze sztucznego odżywiania. Powstaje pytanie, czy wprowadzając tę drugą przyczynę lekarz nie ponosi odpowiedzialności za śmierć pacjenta. Jak jednak zauważa autor, sprawa ma się tutaj tak samo, jak w innych wypadkach rezygnacji z terapii podtrzymującej życie. Jeżeli ta rezygnacja jest usprawiedliwiona wcześniejszą dyspozycją pacjenta lub troską o jego dobro, wówczas przyjmuje się, że śmierć pacjenta jest powodowana przez proces chorobowy, a nie przez działanie lekarza (s. 395). Podobnie ma się sprawa w przypadku, gdy kompetentny pacjent odmawia zgody na kontynuację terapii ratującej życie. Nawet jeżeli zamiarem pacjenta jest zakończenie życia, przyjmuje się, że właściwą prawnie determinującą przyczyną jego śmierci jest w takich razach proces chorobowy, a nie zaprzestanie terapii przez lekarza. Ostatecznie zatem sam Cantor skłania się w interesującej nas kwestii – co z punktu widzenia prawa oraz moralności stanowi „właściwą przyczynę” śmierci pacjenta, którego przestaje się sztucznie odżywiać? – do pewnego rodzaju relatywizmu:

Ustalenie prawnej przyczyny śmierci może zależeć od uprzednich instrukcji pacjenta. Jeżeli pacjent wydał wcześniejsze oświadczenie, w którym upoważnił lekarzy, aby odłączyli go od aparatury podtrzymującej przy życiu, w razie gdyby znalazł się w pewnym krytycznym stanie, wówczas za przyczynę śmierci uważa się jego chorobę. Jeżeli zaś lekarze odłączają pacjenta od aparatury podtrzymującej życie wbrew wcześniejszym instrukcjom pacjenta, wówczas to oni powodują śmierć⁵⁴.

Czy sztuczne odżywianie jest obowiązkowe jako stosowanie zwyczajnych środków medycznych?

Pojęcie zwykłych (a więc nie nadzwyczajnych) środków podtrzymywania życia – rozumianych jako środki, ze stosowania których sam pacjent, a także i lekarz, nie może w żadnym wypadku zrezygnować, nie obarczając się moralną winą – wywodzi się z katolickiej etyki medycznej. Jeden z jej ważnych dokumentów, „Deklaracja Świętej Kongregacji Doktryny Wiary o eutanazji” z 1980 r.⁵⁵, powiada na przykład:

Jest zawsze rzeczą godziwą poprzestać na zwykłych środkach oferowanych przez medycynę. Nie można więc nikomu narzucić obowiązku poddania się tego rodzaju kuracji, która, chociaż jest już w użyciu, nie jest jeszcze wolna

⁵⁴ Tamże, s. 395.

⁵⁵ Polska wersja: Kongregacja Doktryny Wiary [1980].

od niebezpieczeństwa i wiąże się z nadmiernymi kosztami. Odmowa chorego nie jest równoznaczna z samobójstwem: oznacza raczej zwykłą akceptację losu człowieka lub pragnienie uniknięcia wprawienia w ruch skomplikowanego aparatu medycznego, nieproporcjonalnego do spodziewanych rezultatów, bądź też niechęć do nakładania poważnego ciężaru na barki rodziny lub społeczności.

Jak widać z przytoczonej wypowiedzi, kategoria „nadzwyczajnych” środków oferowanych przez medycynę jest tutaj dosyć szeroka i rozciągliwa. Obejmuje ona zarówno środki ryzykowne, jak i nadmiernie kosztowne, jak wreszcie środki „nieproporcjonalne”, tzn. niezapewniające stosownej proporcji korzyści, jakie mogą przynieść pacjentowi, i przysparzanych mu uciążliwości. Wydawałoby się zatem, że jeśli „nadzwyczajne” środki medyczne rozumie się w tak elastyczny sposób, to przypuszczalnie nie ma takich wyjątkowych środków, których w pewnych okolicznościach nie dałoby się zaliczyć do tej kategorii, a już na pewno za tego rodzaju wyjątek nie może uchodzić sztuczne zaopatrywanie pacjenta w pokarm i wodę. Czyż bowiem stosowane obecnie sztuczne odżywianie, z całym jego technicznym wyrafinowaniem i z wszystkimi jego uciążliwościami, nie może być nieraz traktowane jako rodzaj „skomplikowanego aparatu medycznego, nieproporcjonalnego do spodziewanych rezultatów”? Nie tylko może, lecz faktycznie było, i to również przez wielu członków Kościoła katolickiego, którzy przynajmniej tam, gdzie było to już formalnie możliwe, a więc przede wszystkim w Stanach Zjednoczonych, życzyli sobie nieraz w „testamencie życia”, aby odłączyć ich od tego „aparatu”, w razie gdyby zdarzyło się im kiedyś znaleźć w trwałym stanie wegetatywnym.

Tym większe więc zaskoczenie w katolickich kręgach wywołała wypowiedź Jana Pawła II, zawarta w jego w przemówieniu pt. „Opieka nad pacjentami w trwałym stanie wegetatywnym” („Care for Patients in a Permanent Vegetative State”) z 2004 r. Papież wygłosił wówczas opinię:

Dostarczanie wody i żywności, nawet za pomocą sztucznych środków, zawsze stanowi naturalny sposób podtrzymywania życia, a nie zabieg medyczny. Następnie zaś, jego stosowanie powinno się w zasadzie uważać za [postępowanie] zwyczajne i proporcjonalne, a tym samym moralnie obowiązkowe⁵⁶.

⁵⁶ „The administration of water and food, even when provided by artificial means, always represents a natural means of preserving life, not a medical act. Its use, furthermore, should be considered in principle ordinary and proportionate and, as such, morally obligatory” (tłum. moje, W.G.). Cytuję za: Paris [2008], s. 944.

Można się domyślać, jakie to przesłanki stoją za przytoczoną wypowiedzią papieża – jest ona zapewne jeszcze jedną emanacją idei świętości życia. Niemniej jednak jej normatywna konkluzja – teza o zasadniczej i bezwyjątkowej obowiązkowości sztucznego dostarczenia żywności i wody – wydaje się bezzasadna, i to z kilku względów.

Po pierwsze, określając „dostarczanie wody i żywności, nawet za pomocą sztucznych środków” jako „naturalny sposób podtrzymywania życia, a nie zabieg medyczny”, Jan Paweł II zdaje się zupełnie mijać z realiami praktyki klinicznej. Jak zauważa jeden z krytyków jego stanowiska, *notabene* zakonnik, a równocześnie profesor medycyny Myles Sheehan, S.J., „zarówno decyzja o użyciu rurek pokarmowych, jak opieka nad pacjentem z takimi rurkami wymaga wyszukanej wiedzy medycznej, klinicznej zręczności i stałej uwagi lekarzy”⁵⁷.

Po drugie, gdyby nawet wszelkie sztuczne odżywianie można było uznać za „naturalny sposób podtrzymywania życia”, to i tak nie wynikałoby stąd jeszcze, że jest to postępowanie w każdym wypadku „proporcjonalne”, tj. przysparzające więcej korzyści niż uciążliwości. Nie jest przecież powiedziane, że podtrzymując życie w sposób naturalny, automatycznie uzyskuje się właściwą proporcję pożytków i szkód.

Po trzecie wreszcie, nie bardzo wiadomo, jaki sens ma stwierdzenie papieża, że podtrzymywanie życia przez sztuczne odżywianie stanowi postępowanie, które powinno być uznane za zwyczajne – czy określenie „zwyczajne” znaczy tutaj tyle, co „naturalne”, czy tyle samo, co „obowiązkowe”, czy też ma wносить jeszcze inną treść.

Ta ostatnia interpretacja wydaje się w pierwszej chwili najbardziej obiecująca. Istnieją wszak pewne formy *podstawowej opieki medycznej*, której sprawowanie jest bezwarunkowym obowiązkiem personelu medycznego. Należy do nich na przykład uśmierzanie bólu, utrzymywanie pacjenta w czystości, uwalnianie go od trudności z oddychaniem czy też od nudności itp. Czy zatem nie można powiedzieć, że do tych podstawowych sposobów troszczenia się o pacjenta zalicza się także dostarczanie mu żywności i wody, i że w tym właśnie sensie ów kolejny sposób określany jest jako „zwyczajny”?

I takie jednak postawienie sprawy – potraktowanie sztucznego odżywiania na równi z uśmierzaniem cierpienia, czy nawet jako odmiany tego ostatniego – byłoby trudno obronić. Jak zauważają inni autorzy, wręcz zalecający rezygnację ze sztucznego odżywiania jako alternatywę do samobójstwa z pomocą lekarza:

⁵⁷ Cytuję za Johnem Parisem, art. cyt.

Wbrew temu, co się powszechnie sądzi, proces umierania z powodu braku pożywienia i napojów nie jest fizycznie nieprzyjemny lub bolesny, jeżeli tylko łączy się z choćby minimalną opieką pielęgniarstwa. Jeżeli nie ma medycznej terapii, która mogłaby zachować pacjenta przy życiu, odstawienie pokarmu i napojów może być najlepszym sposobem dopuszczenia do śmierci pacjenta⁵⁸.

Ponadto, podstawową i obowiązkową formą opieki medycznej, równorzędną do łagodzenia bólu, mogłoby być co najwyżej uśmierzenie pragnienia i łaknienia. Ale to, jak wiadomo, daje się w razie potrzeby osiągnąć także innymi środkami, niekoniecznie przez sztuczne dostarczanie wody i żywności.

Samobójstwo z pomocą lekarza

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

(1) Czy samobójstwo w niektórych wypadkach jest moralnie usprawiedliwione?

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

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

(4) Czy (medycznie wspomagana) pomoc w samobójstwie powinna zostać prawnie dozwolona?

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

Czy samobójstwo w niektórych wypadkach jest moralnie usprawiedliwione?

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

⁵⁸ Gert, Culver, Clouser [1998], s. 187.