

Marek Wichrowski
(Warszawski Uniwersytet Medyczny)

PRAWO DO ŻYCIA

Życie ludzkie jest głównym dobrem natury człowieka. Jego utrata ma charakter nieodwracalny. Śmierć osoby kończy biografię, przerywa ciąg pamięci scalającej, znosi wszelkie predyspozycje, preferencje i plany. Dezintegracja organizmu i osoby może nastąpić jednocześnie (np. rozrywająca ciało eksplozja) lub mieć charakter zdysocjowany, kiedy wzrasta entropia, ustrój przestaje istnieć jako całość funkcjonalna i kolejno wypadają poszczególne funkcje (śmierć mózgowa)¹. Ostateczny koniec całości psychofizycznej ujął precyzyjnie Ludwig Wittgenstein w słynnej uwadze tanatologicznej: „Śmierć nie jest zdarzeniem w życiu. Śmierci się nie przeżywa”². Jeśli śmierć osoby jest dla niej nieodwracalnym złem, to życie osoby powinno podlegać szczególnej ochronie. Należyta ochrona życia jest zatem podstawowym zadaniem państw i organizacji międzynarodowych, które uznają naturę człowieka za wartość na tym świecie najwyższą (*bonum honestum*) i odrzucają traktowanie jej jako środka do osiągnięcia innych celów (*bonum utile*). Od funkcjonowania osób zależą wszystkie inne wartości. Zatem zagwarantowanie jednostkom nienaruszalności egzystencji jest bezwzględnie najważniejszym celem społeczeństwa i państwa. Jeśli w tym miejscu rozważań nieco zmienimy stylistykę i posłużymy się terminologią teorii *praw człowieka*, oczywiste się staje, że wśród *praw człowieka* najwyższym suwerenem jest właśnie *prawo do życia*.

Wprawdzie nie istnieje powszechnie obowiązująca, ścisła definicja praw człowieka, możemy jednak przyjąć określenie najogólniejsze i uznać, iż fundamentalne uprawnienia przysługują na mocy samego faktu, że dana istota jest człowiekiem³. Mają charakter podmiotowy i jako takie są naszymi naturalnymi *uprawnieniami*, tzn. należnymi nam aktywnościami, obowiązkami społeczeństwa wobec nas, nakazami, których wcielenia w życie możemy zdecydowanie wymagać

¹ *Stanowisko Krajowych Zespołów Specjalistycznych w dziedzinach anestezjologii, intensywnej terapii, neurologii, neurochirurgii oraz medycyny sądowej w sprawie kryteriów śmierci mózgu*, Warszawa 1990 oraz D. Lamb, *Death, Brain Death and Ethics*, London – Sydney 1985.

² L. Wittgenstein, *Tractatus logico-philosophicus*, przeł. B. Wolniewicz, Warszawa 1970, s. 86 (uwaga nr 6.431).

³ Por. np. K. Motyka, *Wprowadzenie*, w: *Prawa człowieka*, Lublin 2001, s. 11–13; *Encyclopedia of Public International Law*, t. 8, New York 1985, s. 268; R. Scruton, *A Dictionary of Political Thought*, London 1983, s. 208–209.

i w żadnym wypadku nie traktować ich jako jakiś dar czy nagrodę. Jak zauważył Leon Petrażycki: „z punktu widzenia powszechnej psychiki prawnej prawa nie są niczym innym jak należnymi nam obowiązkami innych osób”⁴. Zatem imperatywem dla innych – zarówno jednostek, jak i kolektywów – jest wypełnianie owych obowiązków wobec każdego człowieka. Owe obligacje są człowiekowi przyrodzone (tzn. dane od chwili narodzin), uniwersalne (obejmują wszystkich), niezbywalne (nie można się ich wyrzec), nienabywalne i nienaruszalne⁵. Nie wymagają żadnego uzasadnienia, ich status zbliżony jest bowiem *per analogiam* do statusu aksjomatów w geometrii. Jako pewniki stanowią gwarancję poszanowania godności i autonomii osoby ludzkiej.

Państwa-sygnatariusze podstawowych dokumentów wchodzących w skład swego rodzaju korpusu *praw człowieka* przyjmują, że aby trwale unikać *ustawowego bezprawia*, należy nieodwracalnie podporządkować prawa państwowe ustaleniom przyjętym przez Organizację Narodów Zjednoczonych oraz Radę Europy. Najistotniejsze dokumenty, na które powołałam się, określając warstwę jurydyczną zagadnienia, to: *Powszechna Deklaracja Praw Człowieka* (ONZ, 1948), *Międzynarodowy Pakt Praw Obywatelskich i Politycznych* (1966) oraz przede wszystkim *Europejska Konwencja Praw Człowieka* (1950) z późniejszymi protokołami uzupełniającymi oraz orzeczeniami Europejskiego Trybunału Praw Człowieka.

Przy określeniu relacji, jaka *powinna* zachodzić pomiędzy prawem państwowym a opisanymi w ratyfikowanych konwencjach międzynarodowych *prawami człowieka*, przydatne jest pojęcie *przesłanki logiczno-znaczeniowej*, które wprowadził (głównie w dziele *Social and Cultural Dynamics*) rosyjsko-amerykański filozof i socjolog, uczeń Leona Petrażyckiego – Pitirim Aleksandrowicz Sorokin. Uważał on, iż kultura składa się ze znaczeń, wartości i norm powiązanych z materialnymi obiektywizacjami oraz ludźmi, którzy ją tworzą. W formie dojrzałej jest integrowana przez najogólniejszą przesłankę logiczno-znaczeniową opisującą tzw. ostateczną rzeczywistość-wartość. Przesłanka definiuje to, co dla danej społeczności jest najistotniejsze. Jest systemem odpowiedzialnym za integrację społeczeństwa, kultury i osobowości w jeden wielki system, stanowiący zwartą znaczeniowo-przyczynową całość⁶. Przesłanka podporządkowuje sobie wszystkie sfery życia i narzuca im swój sens, tak jak np. przesłanka prawdy wiary integrowała średniowieczno-scholastyczny styl życia. Otóż trawestując Pitirima Aleksandrowicza, można powiedzieć, że *prawa człowieka* powinny stanowić przesłankę logiczno-znaczeniową, która podporządkowuje sobie bez reszty system jurydyczny rzeczywistych państw. Nie mogą istnieć sfery przez nią nieintegrowane, jakież wyspy *ustawowego bezprawia*, gdzie człowiek nie jest chroniony przed barbarzyństwem. *Przesłanka logiczno-znaczeniowa praw człowieka* przenikać powinna jurysdykcję stanowioną przez każdego ustawodawcę. Innymi słowy, prawa człowieka, czyli to, co być *powinno*, na drodze jurydycacji stać się mają tym, co *realnie istnieje* – prawem państwowym. W przypadku wspólnoty

⁴ L. Petrażycki, *Teoria prawa w związku z teorią moralności*, w: tegoż, *O nauce, prawie i moralności. Pisma wybrane*, wyboru dokonali J. Licki i A. Kojder, Warszawa 1985, s. 245.

⁵ Wymienionych pięć określa się powszechnie w literaturze przedmiotu. Por. np. H. Waśkiewicz, *Prawa człowieka. Pojęcie, historia*, „Chrześcijanin w Świecie” 1978, nr 3–4; K. Motyka, *Wprowadzenie*, s. 13.

⁶ Por. P.A. Sorokin, *Social and Cultural Dynamics*, t. I, New York 1937, s. 22–47.

Europejskiej gwarantem owej integracji jest prymat norm stanowionych przez Unię Europejską nad normami prawa wewnątrzpaństwowego⁷. Dbałość o standardy jurydyzacji w zakresie pielęgnowania niezbywalnych uprawnień jest jednym z kluczowych zadań państwa prawa.

Wspomniana jurydyzacja uprawnień następowała etapami. Przed drugą wojną światową *prawa człowieka* występowały w wersji embrionalnej i rozprzestrzenione w chaotyczny sposób, nie integrowały systemów prawa państwowego. Już wtedy jednak dają się zauważyć pierwsze zwiastuny tego, co nastąpi po norymberskim procesie zbrodniarzy wojennych. Na szczególną uwagę zasługują tutaj rozmaite konwencje dotyczące sposobów prowadzenia wojny (określające *ius in bello* – np. *Genevska konwencja w sprawie polepszenia losu rannych wojskowych* z 1864 r.) oraz fragmenty dziewiętnastowiecznych kodeksów etyki lekarskiej (np. kodeksy AMA – American Medical Association). Znamienne jest, iż wzmiankowane dokumenty traktują pośrednio o interesującym nas tutaj *prawie*. Jednak pełne, wyraziste ujęcia *prawa do życia* w dokumentach międzynarodowych znajdujemy dopiero w *Powszechnej Deklaracji Praw Człowieka*, gdzie sygnatariusze we wstępie zadeklarowali „uznanie przyrodzonej godności oraz równych i niezbywalnych praw wszystkich członków wspólnoty ludzkiej”. Głośny artykuł 3. *Deklaracji* ustanawia, że „każdy człowiek ma prawo do życia, wolności i bezpieczeństwa swojej osoby”. Przyznać trzeba, iż w 1948 r. przyjęto lapidarną formę artykułu. Uprawnienie zostało dokładniej opisane w *Międzynarodowym Pakcie Praw Obywatelskich i Politycznych*, gdzie odpowiadający artykułowi 3. *Konwencji* artykuł 6. *Paktu* składa się aż z sześciu paragrafów. Najważniejszy paragraf 1. głosi, że „Każda istota ludzka ma przyrodzone prawo do życia. Prawo to powinno być chronione przez ustawę. Nikt nie może być samowolnie pozbawiony życia”. W pozostałych paragrafach opisywane są warunki dopuszczalności *kary śmierci* oraz konieczność prawomocnego wyroku (§ 2.), postępowanie w przypadku zbrodni ludobójstwa (§ 3.), zagadnienie ułaskawienia (§ 4.) oraz zniesienia wydawania wyroku kary śmierci wobec osób poniżej 18 roku życia i wykonywania wyroku wobec kobiet ciężarnych (§ 5.). Niektóre sformułowania artykułu szóstego (w szczególności sformułowanie z § 2.: „w krajach, w których kara śmierci nie została zniesiona...” oraz cały § 6.: „Nie można powołać się na żadne postanowienie niniejszego artykułu w celu opóźnienia lub niedopuszczenia do zniesienia kary śmierci przez jakiegokolwiek Państwo-stronę niniejszego Paktu”) jednoznacznie wskazują na zbliżające się w Europie zwycięstwo abolicjonistów – zwolenników zniesienia kary śmierci.

Największe znaczenie jurydyczne przypisuje się jednak wcześniejszemu, bo pochodzącemu z 1950 r. fragmentowi na temat *prawa do życia* zawartemu w słynnym artykule drugim *Europejskiej Konwencji Praw Człowieka*. Dokument ów wraz z uzupełniającymi protokołami stanowi podstawę prawną działania Europejskiego Trybunału Praw Człowieka. Z racji doniosłości cytuję artykuł *in extenso*:

⁷ Por. W. Czapiński, *Zarys prawa europejskiego*, Warszawa b.d., Helsińska Fundacja Praw Człowieka, s. 22–33, 51–56.

Artykuł 2.

PRAWO DO ŻYCIA

1. Prawo każdego człowieka do życia jest chronione przez ustawę. Nikt nie może być umyślnie pozbawiony życia, wyjąwszy przypadki wykonania wyroku sądowego skazującego za przestępstwo, za które ustawa przewiduje taką karę.

2. Pozbawienie życia nie będzie uznane za sprzeczne z tym artykułem, jeżeli nastąpi w wyniku bezwzględnie koniecznego użycia siły:

- a) w obronie jakiegokolwiek osoby przed bezprawną przemocą;
- b) w celu wykonania zgodnego z prawem zatrzymania lub uniemożliwienia ucieczki osobie pozbawionej wolności zgodnie z prawem;
- c) w działaniach podjętych zgodnie z prawem w celu stłumienia zamieszek lub powstania.

Uzupełnienie powyższego stanowi artykuł 15., w którym *Konwencja* ustanawia, że nie można uchylić zobowiązań wynikających z artykułu 2., z wyjątkiem przypadków śmierci będących wynikiem zgodnych z prawem działań wojennych. Innymi słowy, *Konwencja* dopuszcza prowadzenie tzw. wojny sprawiedliwej wraz z jej konsekwencjami. Zgodnie z przyjętą interpretacją przez pojęcie „człowiek” rozumie się nie płód, ale żyjącą istotę ludzką po narodzinach. Paragraf 1. nakazuje ustanowienie prawnej ochrony życia oraz, w przewidzianych ustawą przypadkach, dopuszcza stosowanie kary śmierci. Obligatoryjna ochrona życia przez ustawę (lub w innym przekładzie – prawo⁸) nie tylko oznacza zakaz intencjonalnego odbierania życia, ale także pozytywny nakaz jego ochrony przed np. atakami terrorystów lub pospolitych przestępców. Na państwie ciąży obowiązek aktywnej obrony życia osób znajdujących się na jego obszarze funkcjonowania. Paragraf 2. nie budzi wątpliwości interpretacyjnych, wyznaczając trzy przypadki wyjątków od zakazu pozbawiania życia: obrona kolektywna i indywidualna, pościg za osobą zgodnie z prawem pozbawioną wolności oraz interwencja w przypadku powstań zbrojnych i niebezpiecznych zamieszek. Trzeba jednak zdecydowanie podkreślić, że w każdym z owych przypadków pozbawienie życia jest dopuszczalne wyłącznie jako przewidywane, ale niechciane (tj. nieobjęte intencją – zamiarem bezpośrednim bądź ewentualnym) następstwo użycia siły w warunkach, które usprawiedliwiają tak drastyczne działania. Śmierć człowieka, jeśli już niestety ma miejsce, spełniać powinna kryteria niezamierzonej konsekwencji przeciwstawiania się przemocy.

Najistotniejszą zmianę w zakresie prawnej ochrony życia wprowadził sporządzony w Strasburgu 26 kwietnia 1983 r. *Protokół nr 6 do Konwencji o ochronie praw człowieka i podstawowych wolności dotyczący zniesienia kary śmierci*. Artykuł 1. *Protokołu nr 6* jednoznacznie ustanawia, że „znosi się karę śmierci oraz nikt nie może być skazany na taką karę ani nie może nastąpić jej wykonanie”. Jedyne wyjątek od zarysowanego ustalenia dotyczy konfliktów zbrojnych, kiedy „państwo może przewidzieć w swoich ustawach karę śmierci za czyny popełnione podczas wojny lub w okresie bezpośredniego zagrożenia wojną” (art. 2. *Protokołu nr 6*).

Cytowane akty prawa międzynarodowego tworzą – w zakresie interesującego nas uprawnienia – fundament juretryczny dla orzeczeń Europejskiego Trybunału

⁸ Przekład Marka Antoniego Nowickiego w: *Europejski Trybunał Praw Człowieka. Orzecznictwo*, t. 2: *Prawo do życia i inne prawa*, oprac. M.A. Nowicki, Kraków 2002, s. 19.

Praw Człowieka w Strasburgu, a wcześniej Europejskiej Komisji Praw Człowieka. Zarówno państwa należące do Unii Europejskiej, jak i kandydaci uznają prymat Trybunału, którego rozstrzygnięcia mają charakter ostateczny. Każdy obywatel może wnieść skargę przeciwko władzom państwowym. Trybunał dokonuje szczegółowych interpretacji ustaleń ogólnych zawartych w *Konwencji*. Z kolei kwintesencje wyroków stają się podstawą i punktem wyjścia orzeczeń w przypadkach analogicznych. Artykuł 2. *Konwencji* stanowi bezpośrednie odniesienie w szeregu procesów toczonych przed Trybunałem⁹. Analiza orzeczeń pozwala na dokonanie roboczej klasyfikacji charakteru przynajmniej części postępowań toczonych w związku z *prawem do życia*. Wydzielić można, jak sądzę, siedem grup przypadków:

1. Zarzuty pozbawienia życia domniemanych terrorystów lub przestępców podczas działań policji w wyniku nieproporcjonalnego do celu użycia siły (np. McCann i inni przeciwko Wielkiej Brytanii, orzeczenie z 27 września 1995, skarga nr 18984/91);

2. Zarzuty zaniedbań ze strony organów państwowych w zakresie ochrony życia osób zagrożonych śmiercią (np. Osman przeciwko Wielkiej Brytanii, orzeczenie z 28 października 1998, skarga nr 23452/94);

3. Zarzuty niewywiązania się państwa z domniemanego obowiązku ochrony – przedłużania – życia w zakresie zakupu kosztownych leków i procedur medycznych (np. X. przeciwko Wielkiej Brytanii, orzeczenie z 12 lipca 1978, skarga nr 7154/75)¹⁰;

4. Zarzuty braku właściwych procedur kontroli w przypadku pozbawienia życia przez funkcjonariuszy państwowych (np. Kaya przeciw Turcji, orzeczenie z 19 lutego 1998, skarga nr 22729/93);

5. Zarzuty ślepego, nieproporcjonalnego do zagrożenia użycia przemocy wobec demonstrantów, której następstwem jest śmierć osób niewinnych (np. Gülec przeciwko Turcji, orzeczenie z 27 lipca 1998, skarga nr 21593/93);

6. Zarzuty stawiane państwu, które dokonuje ekstradycji do kraju, gdzie osoba wydalana może ponieść śmierć w wyniku procesu sądowego bądź działań bezprawnych (np. Bahaddar przeciwko Holandii, orzeczenie z 19 lutego 1998, skarga nr 25894/94);

7. Zarzuty utrzymywania przy życiu wbrew woli środkami nadzwyczajnymi, nieproporcjonalnymi i powodującymi cierpienia (np. Diane Pretty przeciw Wielkiej Brytanii, orzeczenie z 29 kwietnia 2002, skarga nr 2346/02).

Zatem procesy toczne przed Trybunałem koncentrują się wokół rozmaitych przypadków rzeczywistego lub domniemanego naruszenia artykułu 2. *Konwencji*, a orzeczenia uściślają jego zasięg, znaczenie i zastosowanie w kontekście konkretnych sytuacji. W ten sposób tworzy się tradycja prawna Trybunału, którego orzeczenia wywierają dyscyplinujący wpływ na działanie organów państwowych. Przegrana w procesie dotyczącym artykułu 2. jest z reguły kompromitacją instytucji pretendującej do roli *państwa prawa*.

⁹ Por. tamże, s. 19–69 oraz strona Trybunału: www.echr.coe.int.

¹⁰ Nie miałem dostępu do wzmiankowanego orzeczenia. Przypadku nie można odnaleźć na odpowiednich stronach www. Ponieważ jednak ta kategoria zarzutów wydaje mi się istotna, cytuję na podstawie omówienia M.A. Nowickiego, *Europejski Trybunał...*, s. 21. M.A. Nowicki, na którego cytowanym dziele się opieram, przekładu dokumentów procesowych w tym przypadku nie umieścił.

Roztrząsania powyższe – może z wyjątkiem fragmentu wstępnego – mają charakter jurydyczny. Z punktu widzenia filozofii bardziej interesujące od prawnosądowych są aspekty etyczne *prawa do życia*. Dokonajmy zabiegu częściowej zmiany punktu widzenia: z prawnej przejdźmy teraz do perspektywy moralnej. Oczywiście całkowite rozdzielanie perspektyw nie jest w sensie technicznym możliwe ani potrzebne. Pomiedzy normami prawnymi i moralnymi zachodzi relacja krzyżowania się zakresów. Tworzą splot wzajemnych i nierozzerwalnych odniesień. Żywię jednak przekonanie, że w sensie historycznym u podstaw poszanowania niezbywalnych uprawnień ludzkich, w tym *prawa do życia*, leżą pewne, nierzadko rozbieżne w szczegółach, przeświadczenia moralne i orientacje etyczne stworzone przez cywilizację Zachodu. Spróbujmy nakreślić ogólną mapę systemów moralnych, które funkcjonowały od czasów homeryckiej etyki cnót po współczesny utilitaryzm.

Zacząć powinniśmy od fundamentalnego pytania: co mianowicie jest przedmiotem sądu wartościującego w sensie moralnym? Sąd taki orzeka, iż *coś* jest dobre lub złe moralnie, dopuszczalne bądź godne repulsji, obowiązkowe bądź chwalebne, ale zarazem supererogacyjne (nadobowiązkowe)¹¹. Ocena obejmować może albo cechy charakteru działającego, albo czyn (klasę czynów) delikwenta. Oczywiście pierwszy sposób oceniania (cnoty działającego) nie wyklucza drugiego (istota danej klasy czynów). Niemniej w dziejach cywilizacji Zachodu nastąpiło wyraźne rozdzielanie tych dwóch sposobów wartościowania. Klasyczna moralność grecka przybierała postać etyki cnót – kultywowaniu podlegały pewne trwałe usprawnienia charakteru składające się na ideał osobowości Greka, na przykład sokratycznego obywatela-hoplity. Od czasów Oświecenia zaczyna dominować etyka sprowadzająca się przede wszystkim do oceny i uzasadniania pewnych klas czynów. Nie wnikam tutaj w złożony proces historyczny, który do tego stanu doprowadził, warto jednak zwrócić uwagę na nieprzekładalność systemu etyki cnót na kategorie jurydyczne¹². Cnota, dobra cecha charakteru nie może wszak stać się przedmiotem prawa państwowego. Słowem, wygrały systemy moralne prezentujące różne sposoby oceniania czynów. One też stanowią temat dalszych rozważań.

Nakreślenie mapy systemów moralnych, które koncentrują się na ocenie czynu, zakłada analizę tego ostatniego pojęcia. Otóż każdemu działaniu świadomemu, a tylko takie podlega wartościowaniu, towarzyszy intencja, czyli zamiar, motyw, racja. Intencja nakierowana jest na wykonanie danej czynności lub osiągnięcie celu. W intencji zawarte jest to, co działający chciałby swoim czynem osiągnąć. Poza nią istnieje materia czynu, którą wyraża precyzyjny opis tego, co rzeczywiście zostało wykonane. Należy jednak mieć na uwadze, że czynem w tym znaczeniu jest zarówno powstrzymanie się od danego działania, jak i jego podjęcie. Po czynie przychodzą następstwa. Część owych konsekwencji jest objęta intencją (pożądana), inne mogą następować wbrew intencji (przypadkowe lub/i niepożądane oraz złe moralnie) bądź też być przewidywane (objęte predykcją), ale niechciane (akceptowane jako dopuszczalne zło, jakiś „koszt” czynu dobrego). Otrzymujemy zatem cztery elementy konstytuujące działanie

¹¹ Por. M. Wichrowski, *Jodie i Mary – analiza etyczna*, „Prawo i Medycyna” 2000, t. 2, nr 8, s. 118–123.

¹² Por. A. MacIntyre, *Dziedzictwo cnoty. Studium z teorii moralności*, Warszawa 1996.

świadome: intencję, predykcję, materię czynu i jego konsekwencje. Rzetelna ocena czynu powinna uwzględniać każdy z wymienionych członów¹³.

Główną linię podziału stanowisk moralnych wywieść można z przedstawionego schematu. Pierwsza grupa systemów moralnych – przede wszystkim etyki wielkich religii monoteistycznych – koncentruje uwagę na ocenie intencji działającego. Zalecany jest czyn, którego intencja jest dobra moralnie, co oznacza jej zgodność z nadanym przez Boga obiektywnym kodeksem norm. Zła intencja dezawuuje czyn niezależnie od jego następstw. Etykę intencji określamy mianem *deontologicznej*. *Deon* w języku greckim oznacza m.in. obowiązek, stąd *etyki deontologiczne* są etykami obowiązku. Obowiązek moralny nakazuje działać zgodnie z kodeksem norm ustanowionym mocą Stwórcy. Najważniejszym w naszym kręgu kulturowym systemem deontologicznym jest katolicka teoria prawa naturalnego. Rozwiązanie przeciwstawne deontologicznemu pomija intencję w ocenie czynu. Dobre jest takie działanie, które przyniesie więcej korzyści w postaci wzbogacających świat następstw lub zredukuje cierpienia. Innymi słowy, czyn jest dobry wtedy i tylko wtedy, gdy powoduje wzrost szczęścia powszechnego, realizację preferencji lub/i redukcję cierpień we wszechświecie.

Etyki oceniające działanie przez pryzmat następstw nazywamy *konsekwencjalnymi*. Najważniejszy wśród konsekwencjalizmów jest *utilitaryzm*. Spór etyk deontologicznych z konsekwencjalistycznymi (lub wężiej – katolickiej teorii prawa naturalnego z utilitaryzmem) można odczytać w większości konfliktów moralnych epoki.

Szkic stanowisk rozpoczniemy od prezentacji tej części etyki chrześcijańskiej, która jest istotna dla *tanatologii* i w zrozumiały sposób dotyczy *prawa do życia*. Istnieją dwie zasady, które wyznaczają katolickie rozstrzygnięcia sporów tanatologicznych: koncepcja *świętości* (lub synonimicznie – wartości) *życia człowieka niewinnego* oraz *zasada podwójnego skutku*¹⁴. Pryncypia owe spełniają warunki spójności, niesprzeczności i przede wszystkim są przekładalne na kategorie prawne. *Zasada świętości życia człowieka niewinnego* głosi, iż:

1. Nie wolno w żadnym wypadku działać lub zaniechać działania z intencją odebrania człowiekowi życia;

2. Śmierć człowieka może być wyłącznie przewidywaną, ale niechcianą (nieobjętą intencją) konsekwencją czynu dopuszczalnego;

3. Dopuszczalne jest – w ściśle określonych warunkach – wycofanie się z terapii podtrzymującej życie lub/i zaprzestanie stosowania nadzwyczajnych środków leczniczych;

4. Życie człowieka jest równe, nienaruszalne oraz godne podtrzymywania¹⁵.

Część (1) zasady wyklucza sytuację, w którym działaniu naszemu przyświeca zamiar spowodowania śmierci człowieka. W każdym przypadku, gdy zmierzamy świadomie do śmierci innego, dopuszczamy się czynu złego moralnie i bezwzględnie zakazanego. W części (2) następuje wyjaśnienie relacji pomiędzy

¹³ Por. W.K. Frankena, *Ethics*, Englewood Clifs 1963, s. 11–28.

¹⁴ Por. precyzyjny wykład zasady świętości życia w: H. Kuhse, *Sanctity of Life Doctrine*, Oxford – New York 1990.

¹⁵ Por. najciekawszą, moim zdaniem, pracę na temat m.in. świętości życia napisaną z punktu widzenia filozofii analitycznej: W.R. Jacórzyński, *Wartość życia a problem eutanazji* (praca doktorska, WFiS UW), Warszawa 1993. Korzystam tutaj z kilku rozróżnień pojęciowych wprowadzonych przez Witolda Jacórzyńskiego.

predykcją a intencją w kontekście tanatologicznym. Otóż śmierć innego jest dopuszczalna wyłącznie jako przewidywane, ale niechciane następstwo działania (tzn. terapii medycznej, obrony koniecznej, obrony koniecznej w wersji kolektywnej – wojny sprawiedliwej), które jest samo w sobie dobre moralnie. W ten sposób dopuszczalne staje się wycofanie np. z bezsensownej terapii uporczywej, jeśli ta nie daje nadziei na poprawę, stosuje nieproporcjonalne środki medyczne i wzmaga cierpienia umierającego. Jeśli treścią czynu jest z kolei ochrona własnego życia lub jakiegoś innego cennego dobra, wtenczas dopuszczalna jest samoobrona, nawet jeśli doprowadzi do śmierci atakującego złoczyńcę. Na podobnej zasadzie opiera się usprawiedliwienie wojny obronnej, której – jak w przypadku obrony koniecznej – przewidywaną, ale niechcianą konsekwencją jest śmierć żołnierzy państwa-agresora. Ostatni, czwarty element zasady świętości życia wymieniane postulowane jego cechy: *równość*, *nienaruszalność* i *godność*. Równość oznacza postulat moralny abstrahowania od jakości życia w procesie terapeutycznym. Każda forma życia ludzkiego (np. embrión, noworodek, zdrowy osobnik, staruszka, pacjent hospicjum, nędzarz, milioner) jest równa sobie z uwagi na *prawo do życia*. Żadnej z nich nie wolno wyróżniać ani deprecjonować ze względu na jakość. Jak widzimy, interpretacja chrześcijańska *prawa do życia* zawiera inną definicję człowieka od tej, która towarzyszy artykułowi 2. *Konwencji*. Nienaruszalność w etyce katolickiej oznacza bezwyjątkowy zakaz intencjonalnego zabijania, także embriónu. Wreszcie na końcu podkreśla się, iż każde życie ludzkie jest godne podtrzymywania. Argumenty na rzecz tak rozumianego prawa do życia przybierają najczęściej formę *równi pochyłej*: odejście od rygorystycznej zasady *świętości* interpretowane jest metaforycznie w kategoriach stopniowego zsuwania się w dół – ku moralnemu barbarzyństwu¹⁶.

Uzupełnienie opisanego pryncypium świętości stanowi zasada podwójnego skutku¹⁷. Nie jest ona używana w naszych czasach powszechnie przez etyków katolickich. Niemniej wydaje mi się, że stanowi konieczne dopełnienie i nadal znajdujemy jej echa w medycznych dokumentach Kongregacji Nauki Wiary. Wyraziliśmy już swoistą grę, jaka ma miejsce pomiędzy *predykcją* (przewidywanie następstwa) a *intencją*. Zasada dwoistego skutku pozwala ocenić czyn powodujący zarazem dwa następstwa: dobre i złe moralnie. Otóż czyn X, który wytwarza owe dwa skutki, jest dopuszczalny wtedy i tylko wtedy, gdy:

1. X nie jest sam w sobie zły;
2. Sprawca czynu X nie ma zamiaru (intencji) wywołania złego skutku, ale tylko przewiduje (predykcja), że skutek taki wyniknie;
3. Zły skutek nie może stanowić środka do osiągnięcia dobrego skutku;
4. Dobry skutek powinien przeważać lub równoważyć zły.

Katolicka etyka stanów terminalnych wyraża się w pełni w streszczonych pryncypiach. Oczywiście nasza prezentacja ogranicza się do samej istoty tej doktryny, pomija natomiast cały bagaż historyczno-erudycyjny, który nie ma bezpośredniego związku z *prawem do życia*.

¹⁶ Por. M. Wichrowski, *Zasada „równi pochyłej” a etyka medyczna*, „Etyka” 1994, nr 27, s. 119–125; tegoż, *Dylemat moralny w bioetyce*, „Medicus” 1993, nr 7, s. 20–21.

¹⁷ J.T. Mangan, S.J., *An Historical Analysis of the Principle of Double Effect*, „Theological Studies” 1949, vol. 10, s. 41–61 oraz J. Boyle, *The Roman Catholic Tradition and Bioethics*, „Bioethics Yearbook”, vol. 1: Dordrecht 1991, s. 4–21, vol. 3: Dordrecht 1993, s. 19–41.

Przeciwstawną koncepcję etyczną znajdujemy w *konsekwencjalizmie*, występującym w wersji *areligijno-utyliarystycznej* bądź *protestancko-agapistycznej*¹⁸. Konsekwencjalizm streszcza się w doktrynie etycznej znacznie mniej złożonej od katolickiej. Zarówno *utyliaryzm*, jak i *chrześcijański agapizm* zgodnie uznają tzw. *zasadę jakości życia człowieka*, która głosi, że wartość życia jest funkcją jego jakości naturalnych. Owe jakości-cechy naturalne są zmiennymi, a człowiek dysponuje prostymi metodami doświadczalnymi, które pozwalają ustalić, czy konkretne życie ma je, czy nie¹⁹. Różne spisy jakości życia są dość proste, intuicyjne i zdroworozsądkowe. Wymienia się wśród nich zwykle długość życia, zdolność odczuwania, stopień bólu i cierpienia, zdolność do komunikacji z otoczeniem czy inteligencję. Zasada jakości uznaje, że życie pozbawione pewnej sumy cech naturalnych staje się bezsensowne i przestaje być *godne przeżycia*. W ten sposób z prezentowanego pryncypium wynika, że życie ludzkie nie jest w sposób bezwzględny równe, nienaruszalne i godne podtrzymywania. Nie istnieje we współczesnej etyce ostrzejszy konflikt od tego, który rozgrywa się pomiędzy *zasadami świętości* i *jakości życia człowieka*. Spór ten ma poważny wpływ na interpretację pewnych peryferyjnych aspektów *prawa do życia*, które zainteresują nas w dalszej części rozważań. Poniższa tabela zbiera istotne cechy ścierających się stanowisk.

ETYKI DEONTOLOGICZNE (katolicka teoria prawa naturalnego/ personalizm chrześcijański)	KONSEKWENCJALIZM (utyliaryzm, agapizm)
<p><u>Zasada świętości życia człowieka niewinnego</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Nie wolno w żadnym wypadku działać lub zaniechać działania z intencją odebrania życia człowiekowi. 2. Śmierć człowieka może być wyłącznie przewidywaną, ale niechcianą (nieobjętą intencją) konsekwencją czynu dopuszczalnego. 3. Dopuszczalne jest – w ściśle określonych warunkach – wycofanie się z terapii podtrzymującej życie lub/i zaprzestanie stosowania nadzwyczajnych środków leczniczych. 4. Życie człowieka jest równe, nienaruszalne i godne podtrzymywania. 	<p><u>Zasada jakości życia</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Wartość życia ludzkiego jest funkcją określonych zmiennych. 2. Wartościami tych zmiennych są cechy naturalne danego organizmu ludzkiego. 3. Istnieją proste metody doświadczalne, pozwalające rozstrzygnąć, czy dany organizm ludzki ma te cechy, czy nie. 4. Życie ludzkie nie ma wartości bezwzględnej.
<p><u>Zasada podwójnego skutku</u></p> <p>Czyn X, któremu towarzyszą dwa następstwa (dobre i złe moralnie), jest dopuszczalny wtedy i tylko wtedy, gdy:</p>	<p><u>Istotne w ocenie wartości życia cechy naturalne</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Długość życia. 2. Świadomość. 3. Inteligencja.

¹⁸ Por. np. koncepcje klasyka współczesnego utyliaryzmu P. Singer (*O życiu i śmierci. Upadek etyki tradycyjnej*, przeł. A. Alichniewicz, A. Szczęśna, Warszawa 1994) i agapisty J. Fletchera (*Situation Ethics. The New Morality*, Pensylwania 1966).

¹⁹ Por. precyzyjny opis jakości życia zawarty w rozdziale pt. *Teoria jakości życia* cytowanej książki W.R. Jacórzyńskiego.

<ol style="list-style-type: none"> 1. X nie jest sam w sobie zły. 2. Sprawca czynu X nie ma zamiaru (intencji) wywołania złego skutku, ale tylko przewiduje (predykcja), iż skutek taki wyniknie. 3. Zły skutek nie może stanowić środka do osiągnięcia dobrego skutku. 4. Dobry skutek powinien przeważać lub równoważyć zły. 	<ol style="list-style-type: none"> 4. Przynależność gatunkowa. 5. Użyteczność dla innych. 6. Odczuwanie bólu i przyjemności. 7. Zdolność do komunikowania się z otoczeniem. 8. Zdolność do poruszania się w przestrzeni.
<i>Życie człowieka jest bonum honestum.</i>	<i>Życie człowieka jest bonum utile.</i>
<u>Kontekst</u> <ol style="list-style-type: none"> 1. Filozofia polityczna konserwatyzmu. 2. Teistyczna podstawa systemu. 	<u>Kontekst</u> <ol style="list-style-type: none"> 1. Filozofia polityczna liberalizmu. 2. Areligijność, indywidualizm i antropocentryzm.
<u>Argument</u> <ol style="list-style-type: none"> 1. Równia pochyła. 2. Religijny kodeks norm. 	<u>Argument</u> <ol style="list-style-type: none"> 1. Rachunek użyteczności. 2. Współczucie.

Opisane narzędzia etyczne służą analizie rozmaitych aspektów *prawa do życia*. Przyjmowane w różnych systemach moralnych interpretacje najważniejszego uprawnienia są zbieżne w zakresie bezwzględnego poparcia dla artykułu 2. *Konwencji*. Żywię przekonanie, że artykuł 2. wraz z korpusem orzeczeń Trybunału jest fundamentem, na którym opierają się współczesne wersje etyk *deontologicznych* i *konsekwencjalnych*. Jednocześnie uznanie ducha artykułu 2. można traktować jako swego rodzaju kryterium przynależności danego systemu moralnego do *pola racjonalnego wyboru systemów etycznych* cywilizacji Zachodu (lub jeśli ktoś preferuje inne określenie: judeochrześcijańskiej). Poza *polem racjonalnego wyboru* znajdują się różne formy *moralnego barbarzyństwa*, których cechą wspólną jest negowanie, repulsja *prawa do życia* w postaci chronionej przez Europejski Trybunał Praw Człowieka. Owo *moralne barbarzyństwo* znalazło wyraz w wielu zbrodniczych organizacjach i poglądach, które często próbowały odwoływać się do języka etyki (medycyna SS, światopogląd eliminacyjny, antysemityzm eliminacyjny, rasizm eliminacyjny w postaci nienazistowskiej, stalinowska koncepcja zaostrzenia walki klasowej, ludobójcze nacjonalizmy i etnocentryzmy, unikające odniesień ideologicznych, a zarazem krwawe dyktatury, kodeksy moralne przestępczości zorganizowanej, np. *cosa nostra*)²⁰. Różne formy *barbarzyństwa moralnego* znajdują się poza obszarem naszych rozważań.

Istnieją jednak takie aspekty peryferyjne *prawa do życia*, które wywołują spory moralne wewnątrz *pola racjonalnego wyboru*. Argumenty i stanowiska zajmowane w dyskusjach na temat kwestii peryferyjnych nie mają nic wspólnego z *moralnym barbarzyństwem*, chociaż w atmosferze konfliktu etycznego wysuwane są wzajemne oskarżenia o, by tak rzec, wykraczanie poza *pole racjonalnego wyboru*. Każdy *aspekt peryferyjny* przyjmuje w dyskusji etycznej

²⁰ Punktem wyjścia dla klasyfikacji przypadków *moralnego barbarzyństwa* jest terminologia D.J. Goldhagena, *Gorliwi kaci Hitlera. Zwyczajni Niemcy i Holocaust*, przeł. W. Horabik, Warszawa 1999, s. 31–120. Por. także: *When Medicine Went Mad. Bioethics and the Holocaust*, ed. A.L. Caplan, New Jersey 1992; Y. Ternon, S. Helman, *Historia medycyny SS, czyli mit rasizmu biologicznego*, Warszawa 1973; J. Radzicki, *Zbrodnie hitlerowskiej służby sanitarnej*, Zielona Góra 1975.

formalną postać sporu etyczno-prawnego i jest zarazem przykładem etycznego dylematu. Ścisłego wyjaśnienia wymaga w tym miejscu roztrząsań pojęcie *dylematu moralnego*, który występuje, wtedy i tylko wtedy, gdy:

1. Pojawia się *sytuacja X* (z reguły reprezentująca *klasę sytuacji X*), której rozwiązanie wymaga *dokonania czynu Y* bądź jego *zaniechania*.
2. Istnieją poważne *racje moralne* przemawiające za dokonaniem *czynu Y* oraz *równie godne uwagi* przemawiające za zaniechaniem.
3. Racje za i przeciw pochodzą z *różnych systemów moralnych*.
4. Systemy moralne wchodzą ze sobą w *konflikt (spór)* na tle sytuacji *X*.
5. Spór nie jest *konkluzywny* na gruncie *obiektywistycznym*.
6. Jest jasne dla delikwenta, iż na gruncie moralnym *powinien* on lub *nie powinien* dokonać czynu *Y*.

Z kolei przez pojęcie *aspektów peryferyjnych prawa do życia* rozumiem sześć zagadnień, które zawierają dylematy:

1. Spór zwolenników teorii świętości z obrońcami teorii jakości życia;
2. Spór o definicję śmierci;
3. Spór o eutanazję i samobójstwo z asystą;
4. Spór o zaniechanie/wycofanie się z terapii podtrzymującej życie;
5. Spór o aborcję;
6. Spór o zakres i metody obrony kolektywnej (zagadnienie wojny sprawiedliwej) oraz indywidualnej (zagadnienie obrony koniecznej).

W tekście tym koncentruję się wyłącznie na czterech pierwszych dylematach, gdyż są one najistotniejsze w kontekście *prawa do życia*. Pozostałe albo niezwykle rzadko goszczą w Trybunale – jak kwestia sztucznego poronienia (np. niedawno rozpoczął się proces pani Thi Nho Vo, która oskarża w kontekście aborcyjnym ginekologa o *nieumyślne zabójstwo*, a państwo francuskie o brak należytej kontroli stosowania artykułu 2.) i granic samoobrony – albo jurysdykcja Trybunału ich w zasadzie nie obejmuje, gdyż Trybunał nie zabiera głosu w zakresie tego, czym jest *wojna sprawiedliwa* i *obrona konieczna*. *Prawa człowieka* powinny być chronione podczas prowadzenia wojny (tzw. *ius in bello*), ale Trybunał nie wypowiada się w kwestii sprawiedliwego wypowiedzenia wojny (*ius ad bellum*), która nieuchronnie spowoduje śmierć osób²¹.

Konflikt dwóch przeciwstawnych koncepcji moralności – *świętości* i *jakości życia* – został już omówiony w filozoficznej części wstępnej. Kolejny (2) spór powstaje, kiedy próbujemy odpowiedzieć na fundamentalne pytanie: *czym jest śmierć?* Trzeba jednak indagacji nadać postać mniej filozoficzno-eschatologiczną, aby dostrzec związek z *prawem do życia*. Zastanawiamy się tedy nad węższym problemem i pytamy: *kiedy umiera człowiek?* W tym kontekście zaimek *kiedy* odnosi się do warunków, jakie powinny zostać spełnione, by uznać organizm ludzki za pozbawiony życia – martwy. Od tanatologii metafizycznej²²

²¹ Na temat teorii wojny sprawiedliwej por. szczególnie: R. Holmes, *On War and Morality*, Princeton 1989.

²² Tanatologia jest interdyscyplinarną i niezwykle rozległą dziedziną wiedzy. Jednym z jej działów jest tanatologia filozoficzno-medyczna, która rozpatruje następujące problemy: (1) metafizyka śmierci; (2) definicja śmierci; (3) eutanazja; (4) samobójstwo oraz (5) opieka paliatywna. W przypadku (1) poszukuje się odpowiedzi na metafizyczne pytanie o to, co stanie się z człowiekiem, kiedy umrze. W przypadku (2) poznawcza gra toczy się o to, jak prawidłowo zdefiniować śmierć. Z kolei (3), (4) i (5) dają różne odpowiedzi na pytanie, co robić w obliczu stanu terminalnego lub niskiej

przechodzimy zatem na obszar zainteresowań *anestezjologii, bioetyki klinicznej i prawa medycznego*. W dziedzinach owych roztrząsania możliwych odpowiedzi przekształcają się w analizę *definicji śmierci*.

Poprawna metodologicznie definicja śmierci spełnić powinna pewne ściśle określone warunki. Pierwszy z nich nazywam *kulturowym uzgodnieniem* definicji śmierci. Otóż określenie, czym jest martwe ciało człowieka, powinno być zbieżne z przyjętymi w danej kulturze przeświadczeniami, które nie mają charakteru lokalnych przesądów, lecz są głęboko zakorzenione w umysłowości²³. Jeśli na przykład w cywilizacji Zachodu (bądź wężej: judeochrześcijańskiej czy technicznej) uznaje się, że ciało człowieka, które oddycha spontanicznie oraz zachowuje właściwe ciepło, martwe nie jest, to wykluczyć należy definicyjne uznanie tej osoby za nieżyjącą. Następny warunek najprościej określić mianem *nieodwracalności*: ciało człowieka, wobec którego *lege artis* orzeczono śmierć, przestało funkcjonować jako całość, a powrót do stanów poprzedzających śmierć w żadnym przypadku medycznym nie jest możliwy. Nieodwracalności powinno towarzyszyć precyzyjne określenie, by tak rzec, *umiejscowienia* śmierci. Ów *locus* to narząd lub grupa narządów ciała, które są monitorowane w celu określenia momentu, kiedy człowiek jako całość – w sposób nieodwracalny – ulega dezintegracji. Żeby ustalić właściwie czas wypadnięcia istotnych organów, należy rozważyć – biorąc pod uwagę wszelkie racjonalne zastrzeżenia oraz określając wyjątki – opracować *kryteria śmierci*. Do nich z kolei pozostaje dobrać *medyczne testy*, których wykonanie jest ostateczną weryfikacją: potwierdzeniem lub zaprzeczeniem zdania: *ten oto człowiek jest martwy*.

Warunki poprawności definicji zostały sformułowane w drugiej połowie XX stulecia, kiedy klasyczne określenie śmierci stało się nieadekwatne²⁴. Zgodnie z panującymi od czasów Hipokratesa przekonaniem, człowiek umiera wtedy, gdy przestają nieodwracalnie funkcjonować płuca i serce (klasyczny *locus* śmierci). Kryterium stanowił brak spontanicznego oddychania i pracy serca; test medyczny polegał na osłuchiwaniu klatki piersiowej i badaniu, czy serce przypadkiem nie bije, a płuca w sposób trudno dostrzegalny nie tłoczą powietrza. Ponieważ metody testowania okazywały się niekiedy zawodne, starano się domniemane zwłoki przed pochówkiem trzymać nawet przez kilka dni, aby uniknąć pochowania żywcem osoby w stanie głębokiego, ale jednak odwracalnego letargu²⁵. W dziejach wielokrotnie powracał społeczny lęk przed błędnym zdiagnozowaniem śmierci, który przybierał między innymi formę straszliwych opowieści o *śnie katalptycznym* osób, które obudziły się zamknięte w grobach²⁶.

jakości życia. Por. klasyczne w bioetyce dzieło Jonathana Glovera (*Causing Death and Saving Lives*, New York 1977) oraz rozbudowaną analizę tanatologii w: *Encyclopedia of Bioethics*, ed. W.T. Reich, New York 1995, t. 1, s. 477–592.

²³ Por. opis faz procesu tanatycznego z punktu widzenia antropologa kulturowego: L.-V. Thomas, *Trup. Od biologii do antropologii*, przeł. K. Kocjan, Łódź 1991, s. 8–38.

²⁴ Por. P. Jeffery, *Brain Death. A Survey of the Debate*, „The Heythrop Journal” 1992, vol. 33, nr 3, s. 307–323.

²⁵ Por. rozdział traktujący o tzw. *pozornej śmierci* w: Ph. Ariès, *Człowiek i śmierć*, Warszawa 1992, s. 387–397 oraz opis społecznych objawów braku wiary w medyczne kryteria śmierci w: J.D. Arnold, T.F. Zimmerman, D.C. Martin, *Public Attitudes and the Diagnosis of Death*, „Journal of American Medical Association” 1968, vol. 206, Nov., nr 9, s. 1949–1954.

²⁶ Ph. Ariès, *Śmierć...*, s. 369.

Klasyczny *locus* śmierci okazał się niewystarczający z innych przyczyn. W 1929 r. Philip Drinker z Uniwersytetu Harvarda wynalazł urządzenie, którego funkcja polega na wspomaganiu lub zastępowaniu oddychania chorego w warunkach niewydolności bądź zaniku naturalnej funkcji płuc. Respiratora, początkowo w formie tzw. żelaznych płuc²⁷, lekarze użyli z powodzeniem u dzieci, które zapadały na polio (choroba Heinego-Medina) w latach pięćdziesiątych i sześćdziesiątych. W przypadku tej choroby, która obecnie występuje sporadycznie (szczepionka stosowana od lat 1955/1956), często następują porażenia mięśni oddechowych, a wtedy jedynie sztuczne wentylowanie ratuje dziecko i pozwala na przeżycie krytycznej fazy polio²⁸. Respirator w końcu lat sześćdziesiątych staje się maszyną bardziej złożoną. Włacza powietrze przez rurkę intubacyjną lub tracheotomijną i znajduje zastosowanie w intensywnej terapii wszelkich przypadków zagrożenia życia, kiedy spontaniczne oddychanie jest zablokowane. Stał się standardowym wyposażeniem oddziałów intensywnej opieki medycznej. Mechaniczne sztuczne oddychanie uratowało życie milionom pacjentów na świecie. Wymuszanie wentylacji respiratorem szybko zrodziło jednak pewne trudności natury zarazem medycznej i filozoficzno-prawnej. Jak wiadomo, pień mózgu w górnej części zawiera centra odpowiedzialne za aktywizację świadomości, która jest warunkiem istnienia biografii osoby (sfera operacji abstrakcyjnych, wolicjonalna, emocjonalna oraz pamięć scalająca). W dolnej części pnia znajduje się z kolei centrum odpowiedzialne za oddychanie organizmu²⁹. Sfera mózgu „zamieszkivana” przez świadomość nie może istnieć bez funkcjonującego pnia. Niemniej sam pień może działać bez wyższych partii mózgu! Nie zapominajmy też, że serce ma własne centrum, które w części przypadków pozwala pompować krew nawet wówczas, gdy z pnia nie dochodzą żadne sygnały. Zatem jeśli pień mózgu obumarł, a organizm jest mechanicznie wentylowany, serce może nadal pracować, aż do odłączenia respiratora. W związku z zastępowaniem naturalnego oddychania maszyną powstały nowe klasy przypadków medycznych, wobec których całkowicie bezradna okazała się klasyczna definicja śmierci. Do nich zaliczamy: (1) przypadki zniszczenia lub zawieszenia w działaniu tylko wyższych partii mózgu (półkul, kory); (2) przypadki zniszczenia pnia oraz mózgu jako całości. Obie grupy przypadków stanowią poważny problem wówczas, gdy respirator włacza mieszaną gazów, a serce pacjenta nadal pracuje. Czy pacjenci z grupy (1) i (2) mają *prawo do życia*?

Opisane trudności medyczne, prawne i filozoficzne stanowiły wyzwanie, na które częściowej i budzącej spory odpowiedzi doczekaliśmy się w 1968 r., kiedy w Harvardzkiej Szkole Medycznej powołano *ad hoc* komisję do zbadania definicji śmierci mózgu³⁰. Raport jednoznacznie określił nowy *locus* śmierci: za

²⁷ Respirator w okresie między wynalezieniem go przez Philipa Drinkera w 1929 r. a latami sześćdziesiątymi był względnie prostym urządzeniem, składającym się z metalowej skrzyni i przyrządów zmieniających ciśnienie (w pierwszej wersji były to dwa odkurzacze!). Pacjenta umieszczano we wnętrzu z głową wystającą poza skrzynię. Wokół szyi przebiegała gumowa uszczelka. Zmiany ciśnienia w skrzyni powodowały ruch płuc. Por. J.E. Meyer, *A Practical Mechanical Respirator, 1929: the „Iron Lung”*, „The Annals of Thoracic Surgery” 1990, Sept. 50(3), s. 490–493; J. Maxwell, *The Iron Lung: Halfway Technology or Necessary Step*, „Milbank Quarterly” 1986, 64, s. 3–29.

²⁸ J.R. Paul, *A History of Poliomyelitis*, New Haven 1971.

²⁹ Por. jeden z najpełniejszych opisów relacji umysł – mózg w: A. Smith, *Umysł*, przeł. B. Kamiński, Warszawa 1989, s. 70–178.

³⁰ Por. tekst raportu komisji: *Ad Hoc Committee of the Harvard Medical School to Examine the Definition of Brain Death, A Definition of Irreversible Coma*, „Journal of American Medical

organ, którego obumarcie stanowi wystarczający dowód na śmierć człowieka jako całości, komisja uznała mózg³¹. Charakterystyczne, że odwołała się do słynnych słów Piusa XII z roku 1957 na temat zwyczajnych i nadzwyczajnych środków leczniczych oraz potrzeby wycofania się z terapii uporczywej. W tym samym tekście papież stwierdził, iż orzekanie o tym, kiedy dochodzi do zniszczenia mózgu, jest poza obszarem kompetencji Kościoła i zależeć powinno od racjonalnej decyzji społeczności lekarskiej³².

Definicja śmierci mózgu przeszła ewolucję od ogólnikowych konstatacji harwardzkich na temat *śpiączki nieodwracalnej* po współczesne, precyzyjne instrukcje anesteziologiczne o *śmierci pnia mózgowego*. Nowa definicja została uznana przez prawo medyczne na całym świecie (a przynajmniej tam, gdzie prawo w ogóle istnieje), a jej istotę wyjaśniam, posługując się dokumentem obowiązującym w Polsce, czyli cytowanym już *Stanowiskiem Krajowych Zespołów Specjalistycznych w dziedzinach anesteziologii, intensywnej terapii, neurologii, neurochirurgii oraz medycyny sądowej w sprawie kryteriów śmierci mózgu*.

Autorzy *Stanowiska* już we wstępnych założeniach ogólnych ustalają, co następuje: „W klasycznej definicji śmierci czynnikiem kwalifikującym jest ostateczne ustanie krążenia krwi. Definicja ta miała i ma nadal uzasadnione powszechnie zastosowanie z wyjątkiem tych przypadków zgonu, w których w sposób szczególnie wyraźny ujawnił się zdysocjonowany charakter śmierci. Są to przypadki, w których śmierć objęła już mózg, a pozostało krążenie krwi czynne jeszcze przez pewien czas”³³. Definicja śmierci mózgu przybierała dwie postaci: (1) nieodwracalne ustanie funkcji mózgu jako całości (w terminologii autorów *Stanowiska* jest to definicja *nowa*); (2) nieodwracalne ustanie funkcji pnia mózgu (definicja *nowa zmodyfikowana*). Wyrażając poglądy zwolenników definicji śmierci pnia w kategoriach teorii systemów, można powiedzieć, że mózg jest systemem odpowiedzialnym za integrację wszystkich innych systemów organizmu, a jego zniszczenie jest warunkiem wystarczającym do uznania, iż *człowiek jako całość* przestał istnieć. W pewnych przypadkach system mózgowy nie umiera w całości, lecz kolejno wypadają jego funkcje lub części, z których najważniejszą jest pień mózgu. Jego obumarcie oznacza zerwanie więzi łączących inne systemy w organizmie, ale nie oznacza, że te ostatnie przestały istnieć. Człowiek nie żyje jako całość, kiedy umarł jego mózg, ten z kolei martwy jest jako całość, kiedy przestał funkcjonować pień.

Przyjrzyjmy się teraz wskazaniom, wykluczeniom, kryteriom i testom do kryteriów śmierci pnia mózgowego. Aby rozpoznać i potwierdzić śmierć pnia, należy, po pierwsze, wysunąć podejrzenie i zweryfikować je w dwóch etapach: (1) stwierdzenia i (2) wykluczenia. Konieczne stwierdzenia dla pozytywnej weryfikacji zniszczenia pnia obejmują: (a) stan śpiączki chorego; (b) sztuczne wentylowanie; (c) precyzyjne rozpoznanie przyczyny śpiączki; (d) udowodnienie

Association” 1968, vol. 205, nr 6, August, s. 85–88. Początkowo śmierć mózgu komisja nazwała śpiączką nieodwracalną.

³¹ Raport nie wlicza kryteriów i medycznych testów do nich, które anesteziolodzy opracowali później. W krótkim dokumencie czytamy: „we suggest that responsible medical opinion is ready to adept new criteria for pronouncing death to have occurred in an individual sustaining irreversible coma as a result of permanent brain damage. If this position is adopted by the medical community, it can form the basis for change in the current legal concept of death” (*Ad Hoc Committee...*, s. 87).

³² Pius XII, *The Prolongation of Life*, „Pope Speaks” 1958, nr 4, s. 393–398.

³³ *Stanowisko...*, s. 1.

strukturalnego uszkodzenia mózgu, które (e) jest nieodwracalne, wyczerpano bowiem wszystkie możliwości terapeutyczne. Jednocześnie wyklucza się z procesu kwalifikacyjnego następujących chorych: (a) zatrutych i będących pod wpływem środków farmakologicznych, takich jak np. narkotyki, środki nasenne, uspokajające czy zwiotczające; (b) w stanie hipotermii, tj. obniżonej temperatury ciała spowodowanej czynnikami zewnętrznymi; (c) z drgawkami i prężeniami oraz (d) dzieci do lat pięciu. Jeśli warunki z list (1) i (2) zostały spełnione, wysuwane jest podejrzenie śmierci pnia. Wtedy, zgodnie z cytowanym *Stanowiskiem*, ordynator oddziału anestezjologii i intensywnej terapii wykonuje dwukrotnie w odstępach trzygodzinnych szereg badań potwierdzających nieobecność odruchów pniowych oraz bezdech. Pomijam szczegółowy, anestezjologiczny opis badań, nie wniósłby bowiem niczego nowego do naszych rozważań³⁴.

Definicja śmierci pnia mózgowego sama w sobie nie wywołała istotnych kontrowersji, co najwyżej stała się przyczyną nieporozumień i przesądów antytransplantacyjnych³⁵. Diagnozowano ją względnie rzadko i stała się, jak wiadomo, koniecznym elementem w zabiegach transplantologów³⁶. Przeszczep z dawcy martwego możliwy jest przecież tylko w przypadku pozytywnej kwalifikacji śmierci pnia. Istotne dla *prawa do życia* klasy przypadków rozgrywają się jednak, by tak rzec, w cieniu nowej definicji. Przyjrzyjmy się grupie pacjentów, którzy spełniają takie oto warunki: (1) mają odruchy pniowe, zatem pień żyje; (2) kora mózgową lub/i półkule są zniszczone lub ich funkcje są zawieszony; (3) oddychają spontanicznie bądź za pomocą respiratora; (4) pomiędzy nimi a otoczeniem nie ma przepływu informacji z wyjątkiem reakcji pniowych; (5) wymagają stałej opieki, sztucznego odżywiania i nawadniania; (6) leżą bez ruchu. Opisany syndrom nazwano *stanem wegetatywnym*³⁷. Liczne trudności moralno-prawne mają związek z utrzymywaniem przy życiu tej grupy pacjentów. Ponieważ medycyna nie dysponuje technikami, które pozwoliłyby ustalić, czy istnieje strumień przeżyć w umyśle chorych, trudno jest powiedzieć, czy wegetacji towarzyszy jakaś forma życia psychicznego. Nie ma żadnych naukowych dowodów na brak lub obecność strumienia przeżyć, z wyjątkiem pozbawionych podstaw empirycznych wierzeń anestezjologów³⁸. Trudno jest autorytatywnie

³⁴ Wszystkie znane mi instrukcje są do siebie podobne w zakresie badań potwierdzających. Por. np. *Medical Consultants on the Diagnosis of Death to the President's Commission for the Study of Ethical Problems in Medicine and Biomedical and Behavioral Research, Guidelines for the Determination of Death*, „Journal of American Medical Association” 1981, vol. 246, nr 19, s. 2184–2187.

³⁵ Np. P. Byrne i S. O'Reilly przeciwstawili definicji śmierci mózgu argument, iż oznacza ona redukowanie człowieka wyłącznie do tego organu, co nie jest zgodne z koncepcjami relacji *mind – body* wielkich religii monoteistycznych. Wydaje mi się, że w kontekście wypowiedzi Piusa XII argument powyższy jest pozbawiony podstaw. Por. P. Byrne, S. O'Reilly, *Brain Death; An Opposing Viewpoint*, „Journal of American Medical Association” 1979, vol. 242, nr 18, s. 1985–1990.

³⁶ Por. D. Lamb, *Organ Transplants and Ethics*, London – New York 1990.

³⁷ B. Jennet, *Persistent Vegetative State after Brain Damage. A Syndrome in Search of a Name*, „The Lancet” 1972, April 1, s. 734–737; A.J. Macheta, *Przetwały stan wegetatywny – aspekty medyczne, moralne, prawne i ekonomiczne*, „Folia Medica Cracoviensia” 1998, vol. XXXIX, nr 3–4.

³⁸ Na początku lat dziewięćdziesiątych, jako asystenci w Zakładzie Filozofii, zainteresowaliśmy się z cytowanym już Witoldem Jacórzyńskim problematyką stanu wegetatywnego w Polsce. Odwiedziliśmy szereg warszawskich OIOM i rozmawialiśmy z lekarzami, którzy bez wyjątku utrzymywali, że pacjenci wegetujący nie mają żadnej formy świadomości. Autorytet w interesującej nas dziedzinie, David Lamb, pisał: „Neurologists are not certain whether the cessation of higher brain functions

sądzić, co byłoby zgodne z najlepiej pojętym interesem osoby w stanie wegetatywnym: nicość, czyli brak strumienia przeżyć, czy też jakaś szczątkowa forma życia psychicznego. David Lamb wynotował z *Księgi rekordów Guinnessa* przerażający w kontekście zadanego pytania przypadek niejakiej Elanie Eposito, która zapadła w stan wegetatywny po operacji wykonanej 6 sierpnia 1941 roku i umarła 25 listopada 1978 r. Spróbujmy wyobrazić sobie 37 lat wegetacji³⁹. W kontekście analogicznych przypadków należy zastanowić się, czy sztuczne odżywianie i nawadnianie nie jest formą uporczywej terapii. Sprawę *prawa do życia* dodatkowo komplikuje tutaj niehomogeniczność omawianej grupy chorych i notoryczny brak pewności co do przyszłych losów konkretnego pacjenta. Zdarzają się bowiem przypadki odzyskania przytomności po wielu miesiącach stanu wegetatywnego, zatem uznanie syndromu za równoważny śmierci człowieka nie spełniałoby definicyjnego kryterium *nieodwracalności* oraz *kulturowego uzgodnienia* (ciało zachowuje właściwe organizmowi ciepło, serce pracuje, płuca często funkcjonują bez wspomagania maszyną). Zgodnie z prawem pacjent jest żywy, chociaż trudno powiedzieć, co właściwie żyje: ciało należące w przeszłości do osoby X czy także osoba X. A może należałoby uznać, iż wegetacja ciała jest dalszym ciągiem biografii X, a osoba X jest tożsama z jej ciałem?

Prowadzone w tym tonie dywagacje skłoniły część badaczy (a byli to przeważnie filozofowie) do sformułowania nowej definicji śmierci, określanej mianem *ontologicznej* bądź też synonimicznie – *śmierci wyższych partii mózgu*. Zbierzmy istotne argumenty jej zwolenników⁴⁰. Siedliskiem świadomości są tzw. wyższe partie mózgu: półkule mózgowe i przede wszystkim kilkumilimetrowa warstwa kory. Jedyne tam przepływa strumień przeżyć, nad którym rozpięty jest most pamięci scalającej indywidualną biografię osoby. Zniszczenie materialnego fundamentu strumienia świadomości oznacza przerwanie życia osoby. To ostatnie równoważne jest śmierci. Człowiek umiera wtedy, gdy przestaje istnieć osoba. Jak nauczał Sokrates, człowiekiem jest jego *psyché*, rozumiana jako myśląca i działająca świadomość. W słynnej rozmowie z Alkibiadesem⁴¹ czytamy:

Sokrates: Czy człowiek nie posługuje się również całym ciałem?

Alkibiades: Owszem.

Sokrates: Czym innym zaś posługuje się i to, czym się posługuje?

Alkibiades: Tak.

Sokrates: Człowiek różni się przeto od własnego ciała?

Alkibiades: Wydaje się, że tak.

Sokrates: Czym przeto jest człowiek?

Alkibiades: Nie wiem, co powiedzieć.

Sokrates: W każdym razie wiesz, że jest tym, co się posługuje ciałem.

Alkibiades: Tak.

Sokrates: Czy zaś co innego posługuje się nim niż dusza?

Alkibiades: Nic innego.

entails a total loss soft consciousness and awareness. It is extremely difficult to prove that there is total absence of sentience when the brain stem is still functioning and some systems may still be functioning in deeper parts of the brain” (D. Lamb, *Death...*, s. 43).

³⁹ Tamże, s. 6.

⁴⁰ Najpełniej stanowisko zwolenników definicji ontologicznej wyraziła K.G. Gervais, *Redefining Death*, New Haven – London 1986.

⁴¹ Platon, *Alkibiades*, I, 128 d – 130 e.

Techniki medyczne w oddziałach intensywnej terapii *umożliwiają* przetrwanie ciała po śmierci *psyché*. Biografia osoby znika, a pozostaje wegetujący, sterowany pniem organizm. Korzystając z terminologii Arystotelesowskiej, można powiedzieć, że człowiek w stanie wegetatywnym ma duszę roślinną, podczas gdy dusze zwierzęca i rozumna już nie istnieją⁴². Jeśli przestał bytować człowiek-*psyché*, po co utrzymywać w stanie wegetacji człowieka-roślinę?

Przywołane argumenty brzmią przekonująco dopóty, dopóki nie rozważymy ich praktycznych następstw, to znaczy rzeczywistego wpływu na decyzje medyczne i *prawo do życia*. Na główną trudność zwróciłem już uwagę wcześniej: przyjęcie definicji ontologicznej oznaczałoby uznanie za martwe osób w stanie wegetatywnym. Szkopuł w tym, że nie mamy pewności, czy taki pacjent się nie obudzi⁴³. Na ten kontrargument zwolennicy definicji *ontologicznej* odpowiadają, że nowoczesne techniki diagnostyczne (np. dynamiczna tomografia komputerowa) pozwalają ustalić, czy wyższe funkcje mózgu uległy destrukcji, oraz określić stopień zniszczeń. Najwybitniejszy krytyk definicji *ontologicznych*, David Lamb, głosi niepokojącą tezę: tzw. wyższe funkcje mózgu są jedynie filozoficzną metaforą⁴⁴. W rzeczywistości mózg jest powiązaną całością, którą niejako koncentruje pień. Dopiero śmierć tego ostatniego jest gwarancją nieodwracalnego rozpadu funkcjonującej wcześniej całości. Tylko kryteria i testy monitorujące pień mają charakter obiektywny, są weryfikowalne oraz wykluczają arbitralność i woluntaryzm decyzyjny. Przyjęcie w prawie medycznym definicji *ontologicznej* z konieczności prowadziło do arbitralnych decyzji lekarzy w zakresie uznawania osoby za martwą i w ten sposób naruszyło *prawo do życia*.

Powszechna akceptacja definicji śmierci *pnia mózgowego* w prawie europejskim stanowi, jak sądzę, gwarancję ochrony najistotniejszego spośród wszystkich uprawnień człowieka. Definicje *ontologiczne*, z racji zagrożeń dla *prawa do życia*, pozbawione są wszelkich szans na zwycięstwo w europejskich legislacjach.

Przejdźmy teraz do sporów o eutanazję i wycofanie się z terapii podtrzymującej życie. Na wstępie wyjaśnienia wymagają znaczenia podstawowych terminów. Uznajemy, że X dokonał eutanazji wobec Y wtedy i tylko wtedy, gdy X przyczynił się do śmierci Y, motywowany jego interesem oraz współczuciem⁴⁵. Oczywiście X działał intencjonalnie, tzn. jego bezpośrednim zamiarem było pozbawienie życia Y. Z kolei Y ewidentnie cierpiał, a jego życie cechowała bardzo niska jakość. Taka obiektywistyczna definicja czynu eutanatycznego pozwala na przeprowadzenie klasyfikacji, oddzielenie eutanazji właściwej od czynów o charakterze pokrewnym oraz tych, które mają charakter wyraźnie nie-eutanatyczny. Istnieją dwie podstawowe formy eutanazji: *czynna* (bezpośrednie

⁴² Por. Arystoteles, *Etyka nikomachejska*, przeł. D. Gromska, Warszawa 1956, s. 423–424.

⁴³ Por. G.A. Rosenberg, S.F. Johnson, R.P. Brenner, *Recovery of Cognition after Prolonged Vegetative State*, „Annals of Neurology” 1972, nr 2, s. 167–168. Autorzy opisują przypadek powrotu świadomości pacjenta po 18 miesiącach stanu wegetatywnego.

⁴⁴ D. Lamb (*Death...*, s. 48) z przekąsem pisze: „The brain stem ability to generate the capacity for consciousness and cognition is often overlooked by exponents of higher brain formulations – particularly by those who have not done their physiological homework”. Por. też szczegółowe i dogłębne analizy sporów o śmierć mózgową toczonych przez filozofów analitycznych w: I. Ziemiański, *Zagadnienie śmierci w filozofii analitycznej*, Lublin 1999, s. 101–130.

⁴⁵ Por. W.R. Jacórzyski, M. Wichrowski, *Spór o eutanazję*, „Medicus” 1992, maj, s. 18–20; J. Rachels, *The End of Life. Euthanasia and Morality*, New York 1986, s. 106–128.

działanie, które powoduje śmierć Y) i *bierna* (zaniechanie działania z intencją odebrania życia). Świadoma decyzja pacjenta bądź jej brak (np. w stanie wegetatywnym) pozwalają na wyróżnienie formy *świadomej* oraz *nieświadomej*. W wyniku złożenia dwóch podziałów otrzymujemy cztery rodzaje eutanazji właściwej: (1) czynna świadoma, (2) czynna nieświadoma, (3) bierna świadoma i (4) bierna nieświadoma. W każdym przypadku „przyczynianiu się do śmierci” towarzyszy jasna intencja odebrania życia motywowana interesem pacjenta oraz współczuciem. Posłużmy się przykładami. Kiedy lekarz holenderski, na prośbę pacjenta i przy honorowaniu wszystkich warunków formalnoprawnych, wykonuje śmiertelny zastrzyk, wówczas spełnione są kryteria eutanazji czynnej świadomej. Gdy jednak pacjent nie może wyrazić jakiegokolwiek prośby, ponieważ jest np. noworodkiem z wielowadziem czy nieprzytomną ofiarą wypadku komunikacyjnego, a lekarz, motywowany współczuciem, powoduje jego śmierć, wtedy mówimy o eutanazji czynnej nieświadomej. Z bierną świadomą spotykamy się, gdy lekarz na prośbę pacjenta nie wykonuje operacji ratującej życie. Bierna nieświadoma ma miejsce, kiedy np. lekarz zaniechał operowania obciążonego nieusuwalną wadą noworodka, a owo zaniechanie było przyczyną śmierci dziecka.

Z przedstawioną klasyfikacją wiąże się pewna trudność interpretacyjna. Otóż powszechnie uważa się, że eutanazją są dwa pierwsze rodzaje czynów. Natomiast to, co tutaj określiłem mianem eutanazji biernej, nazywane bywa wycofaniem się z terapii podtrzymującej życie. Uważam, że kluczowe znaczenie ma tutaj intencja. Różnica pomiędzy eutanazją bierną a zaniechaniem jakiejś procedury medycznej sprowadza się właśnie do intencji. Eutanazji biernej towarzyszy zamiar odebrania życia, który nie występuje, a przynajmniej nie powinien występować w przypadku zaniechania terapii. Wycofanie się z terapii podtrzymującej życie lub/i zaniechanie terapii uporczywej stosowane jest często w beznadziejnych przypadkach. W dodatku zaniechanie leczenia narządowego przedstawiane jest słusznie jako warunek rozpoczęcia opieki paliatywno-hospicyjnej⁴⁶. Wcześniej opisałem katolicką *zasadę świętości życia człowieka niewinnego*. Owo pryncypium zostało dokładnie uzasadnione przez katolickich bioetyków i wydaje się, że zdecydowana większość systemów prawnych (z wyjątkiem holenderskiego, który dodatkowo uznaje prawo do eutanazji w dwóch postaciach czynnych) integrowana jest przez tak rozumiany schemat moralny. Uznanie kluczowej roli intencji w prezentowanej klasyfikacji pozwala na rozróżnienie czterech rodzajów eutanazji właściwej oraz pojęć pokrewnych, do których zaliczam *samobójstwo z asystą* oraz *zabójstwo z litości*. W wielu wypadkach trudno jest określić, jaki czyn miał miejsce, gdyż dostarczenie metody i środka pozbawiającego życia może być określone jako eutanazja czynna świadoma lub samobójstwo z asystą (np. lekarz holenderski na prośbę pacjenta dostarcza mu roztwór powodujący śmierć, ale to sam pacjent środek ten wypija, bez pomocy lekarza). Pomimo rozmytego, nieostrego zakresu analizowanych pojęć sensowne wydaje się wprowadzenie rozróżnień, które pomogą nam zrozumieć istotę omawianego konfliktu moralnego. Schemat poniższy zawiera kilka poziomów znaczeniowych: od definicji po czyny nieeutanatyczne, które występują w kontekście eutanazji. Wyjaśnienia wymaga termin *sedacja terminalna*.

⁴⁶ Por. dwa klasyczne teksty: C. Saunders, *Chwila prawdy: opieka nad człowiekiem umierającym*, w: *Śmierć i umieranie*, pod red. L. Pearsona, Warszawa 1973, s. 46–74; E. Kübler-Ross, *Rozmowy o śmierci i umieraniu*, Warszawa 1979.

Stosuje się ją, gdy technicznie nie jest możliwe zwalczanie bólu. Pacjent wprowadzany jest środkami nasennymi, uspokajającymi i analgetykami w sen, który na ogół trwa aż do śmierci. Oczywiście wymienione środki nie powodują śmierci pacjenta, która nie leży w zamiarze stosującego sedację.

EUTANAZJA I POJĘCIA POKREWNE

I. Elementarne rozróżnienia:

Eutanazja czynna – Eutanazja bierna [X – osoba dokonująca eutanazji]

Eutanazja świadoma – Eutanazja nieświadoma [Y – pacjent]

II. Właściwa klasyfikacja:

1. Czynna świadoma;
2. Czynna nieświadoma;
3. Bierna świadoma;
4. Bierna nieświadoma;

III. Pojęcia pokrewne:

5. Samobójstwo z asystą;
6. Zabójstwo z litości;

IV. Czyny nieeutanatyczne:

7. Sedacja terminalna;
8. Paliatywne wycofanie się z leczenia, którego konsekwencją jest śmierć pacjenta.

W sporze o eutanazję można wyróżnić dwa poziomy rozważań. Na poziomie pierwszym, wyznaczanym przez etykę indywidualną, interesuje nas odpowiedź na pytanie, czy jednostka ma prawo podjąć decyzję o pomocy w umieraniu i czy jest to w ściśle uzasadnionych przypadkach decyzją dobra moralnie. Rozpatrujemy tutaj wyjątkowe, pojedyncze okoliczności, w jakie uwikłana jest ludzka osoba. Na poziomie drugim rozważań – etyka społeczna i prawo państwowe – zajmuje nas kwestia dopuszczalności (legalizacji) prawnej eutanazji. Istnieją trzy stanowiska w tym konflikcie moralno-prawnym. Zgodnie z pierwszym, reprezentowanym przez towarzystwa proeutanatyczne, eutanazja jest dobra moralnie i powinna zostać zalegalizowana przez ustawodawcę. Jako argument podstawowy stanowiska proeutanatycznego występuje zazwyczaj *współczucie* dla osoby cierpiącej, która *ma prawo do godnej śmierci*. Stanowisko przeciwstawne oznacza zaprzeczenie: cała klasa czynów jest zła moralnie i w żadnym wypadku nie należy eutanazji legalizować, gdyż zabijanie na prośbę chorego jest złamaniem jego *prawa do życia*. Trzecie stanowisko głosi, że eutanazja jest dobra moralnie, ale nie należy jej legalizować, ponieważ istnieje poważne ryzyko nadużyć, a lekarz w żadnym razie nie powinien intencjonalnie przyczyniać się do śmierci pacjenta. Trzeba jednak stworzyć takie warunki leczenia, które umożliwią pacjentowi godną śmierć. Służyć temu ma między innymi wprowadzenie *testamentów życia* oraz ściśle przestrzeganie zasady *autonomii pacjenta*⁴⁷. Stosowany w Stanach Zjednoczonych testament życia (*living will*) jest swoistym dysponowaniem własnym życiem i śmiercią. W dokumencie tym wolno nam

⁴⁷ Por. B.D. Colen, *The Essential Guide to a Living Will. How to Protect Your Right to Refuse Medical Treatment*, New York 1991. Autor cytuje i analizuje wszystkie wzory testamentów życia, które są używane w USA.

zastrzec, jakich terapii nie życzymy sobie w przypadku utraty przytomności i w jakich warunkach nakazujemy wycofanie się z leczenia podtrzymującego życie. Określić możemy także pełnomocnika do podejmowania decyzji dotyczących opieki medycznej (*health care proxy*). W testamencie życia odzwierciedlamy zatem własny system wartości, określamy granice dopuszczalnych z naszego punktu widzenia terapii. W Europie tego typu rozwiązanie formalne nie funkcjonuje.

TRZY STANOWISKA W MORALNO-PRAWNYM SPORZE O EUTANAZJĘ

I. Elementarne rozróżnienia:

Eutanazja jest zła moralnie – Eutanazja jest dobra moralnie [poziom etyki indywidualnej]

Eutanazji nie należy legalizować – Eutanazję należy zalegalizować [poziom prawa i etyki społecznej]

II. Właściwe stanowiska w sporze:

1. Eutanazja jest dobra moralnie i należy ją zalegalizować [stanowisko towarzystw prawa do śmierci]. Argument współczucia i interesu chorego pochodzący z etyki indywidualnej.

2. Eutanazja jest dobra moralnie i nie należy jej legalizować [stanowisko umiarkowane]. Argument współczucia i interesu chorego pochodzący z etyki indywidualnej oraz argument równi pochyłej pochodzący z etyki społecznej. Autonomia pacjenta, testamentowe dysponowanie życiem, pełnomocnictwo do podejmowania decyzji w sprawie własnej opieki medycznej.

3. Eutanazja jest zła moralnie i nie należy jej legalizować [stanowisko Kościoła i organizacji prawa do życia]. Argument równi pochyłej i/lub argument religijny.

Konflikt między zasadami *jakości* i *świętości życia* występuje często pod postacią sporu pomiędzy zwolennikami *prawa do śmierci* i obrońcami *prawa do życia*. W Europejskim Trybunale Praw Człowieka miał miejsce w 2002 r. interesujący proces wytoczony przez Diane Pretty z Luton. Pani Pretty cierpiała na postępujące zaburzenia ruchu oraz paraliż ciała od szyi w dół. Lekarze karmili ją i nawadniali rurką. Sparaliżowana postanowiła odebrać sobie życie, ale nie mogła uczynić tego bez pomocy drugiej osoby. Mąż pani Pretty wyraził zgodę na spowodowanie śmierci żony. Niemniej brytyjski Director of Public Prosecutions nie zgodził się na gwarancję bezkarności dla męża⁴⁸. Pretty wniosła przeciw Wielkiej Brytanii pozew do Trybunału. Jej adwokaci twierdzili, że naruszony został przede wszystkim artykuł 3. *Europejskiej Konwencji Praw Człowieka*, zakazujący tortur oraz nieludzkiego lub poniżającego traktowania. Państwo brytyjskie, odmawiając bezkarności osobie, która pomoże w samobójstwie (lub raczej dokona eutanazji), zmusza tym samym Pretty do życia w cierpieniu. Jednocześnie powołała się na artykuł 2., z którego próbowała wywieść *prawo do godnej śmierci*. Uzupełnienie stanowiła interpretacja artykułu 8. (*prawo do poszanowania życia prywatnego i rodzinnego*), 9. (*wolność myśli, sumienia i wyznania*) oraz 14. (*zakaz dyskryminacji*). Prawo do prywatności zostało, zdaniem Pretty, naruszone, nierespektowane są bowiem w Wielkiej Brytanii jej osobiste przekonania na temat godnego końca życia⁴⁹. Preferencje i wierzenia

⁴⁸ Por. opis przypadku w: M.A. Nowicki, *Bezwzględny szacunek dla życia*, „Rzeczpospolita” z 08.05.2002, nr 106. Pozostałe informacje czerpałem ze strony internetowej Trybunału: www.echr.coe.int/eng/press/2002/jan/prettyprioritypress.htm.

⁴⁹ Charakterystyczne, że na prawo do prywatności powołali się w USA także rodzice Karen Ann Quinlan. Przypadek Quinlan, która dziesięć lat znajdowała się w stanie wegetatywnym, jest najśłyn-

powinny być zawsze brane pod uwagę i nie należy, mówiła, dyskryminować osób niemogących samodzielnie odebrać sobie życia⁵⁰. Trybunał oddalił pozew w całości. W uzasadnieniu sędziowie napisali, iż z artykułu 2. w żadnym razie nie należy wywodzić tzw. *prawa do śmierci*, które w sensie jurydycznym nie istnieje wśród *praw człowieka*. Jak zauważył komentujący przypadek Marek Antoni Nowicki: „nawet gdyby uznać za zgodne z art. 2. konwencji istnienie w danym kraju przepisów o niekaralności samobójstw z pomocą innej osoby, nie ma to większego znaczenia w okolicznościach tej sprawy”⁵¹. Z kolei artykuł 3. dotyczy intencjonalnego działania funkcjonariuszy państwa, którzy wyrządzają szkodę osobie. W tym przypadku choroba i dysfunkcjonalność nie pozostaje w związku przyczynowym z zachowaniem funkcjonariuszy państwowych, którzy przecież nie spowodowali paraliżu Diany Pretty. Zatem powołanie się na artykuł 3. jest bezzasadne. Brak zgody brytyjskiego Dyrektora ds. Oskarżeń Publicznych na zwolnienie pana Pretty z odpowiedzialności karnej nie jest oczywiście *poddawaniem* pani Pretty *torturom* czy *niehumanemu traktowaniu*. Taka rozszerzona interpretacja pojęcia *traktowania* jest całkowicie nieuzasadniona, orzekli jednogłośnie sędziowie. Artykuł 8. chroni *życie prywatne* osoby, ale z tego nie wynika, że człowiek może żądać spowodowania własnej śmierci oraz gwarancji bezkarności dla zabójcy. Niemniej dopuszczalne jest, aby pacjent otrzymał zgodę na *przerwanie uporczywej terapii podtrzymującej życie*. Takie zaniechanie nie jest tym samym, co *zabójstwo z litości*, forma *zabójstwa uprzywilejowanego*. Przed tym ostatnim należy chronić społeczeństwo. Zatem nie mieliśmy, zdaniem Trybunału, do czynienia z naruszeniem artykułu 8. Niestety w istniejącym systemie prawa Diana Pretty nie może popełnić samobójstwa z asystą w taki sposób, aby pomagający jej mąż nie został oskarżony o *zabójstwo z litości*. Z uzasadnienia wyroku nie wynika potępienie rozwiązań prawnych, które umożliwiają eutanazję i samobójstwo z asystą (np. medyczne prawo holenderskie). Trybunał po prostu dokonał uzgodnienia dotyczącego interpretacji kilku artykułów *Konwencji* w kontekście eutanatycznym i doszedł do wniosku, iż w dokumentach *praw człowieka* nie istnieje *prawo do śmierci*. Podkreślił jednak, że wyrażenie zgody na *niekaralność samobójstwa z asystą* mogłoby otworzyć drogę nadużyciom. Zamiast negatywnego *prawa do śmierci* pielęgnować powinniśmy *prawo do życia*.

niejszym kazusem w dziejach bioetyki. Por. M. Wichrowski, *Karen Ann Quinlan*, „Gazeta Lekarska” 1995, nr 7–8, s. 24–25.

⁵⁰ Prawnicy reprezentujący Pretty tak argumentowali: „Article 3. says it is everyone’s absolute right not to be subjected to inhuman or degrading treatment – treatment that causes intense physical and mental suffering. By not allowing Diane’s choice that someone help her end her life, the law condemns Mrs Pretty to prolonged suffering and increasing loss of dignity.

Article 8. is the right to privacy and to personal autonomy over one’s own body, free from state interference. Because of her physical condition Diane requires help in order to exercise her autonomy – and so the law should allow her to request this assistance.

Article 14. outlaws discrimination. If Diane were less physically disabled she could end her own life legally because suicide is not a criminal offence. However, motor neurone disease has weakened Diane physically and she would need a third party’s assistance, but she is prevented from receiving such assistance by the 1961 Suicide Act, which criminalized assisted suicide. Hence she is being discriminated against”. Passus powyższy znajduje się na cytowanej stronie Trybunału.

⁵¹ M.A. Nowicki, *Bezwzględny szacunek...*

Wydaje się, że analizowane tutaj *prawo do życia* jest obecnie dobrze chronione w europejskiej kulturze prawnej i praktyce administracyjnej. Europejski Trybunał Praw Człowieka orzeka w kwestiach wątpliwych, daje interpretacje artykułu 2. oraz przedstawia pogłębioną wykładnię *Konwencji*. Jednocześnie unika rozstrzygnięć przypadków dylematycznych i wydawania orzeczeń, które mogłyby doprowadzić do konfliktów o charakterze filozoficzno-prawnym w Europie. Nie narzuca ogólnych rozwiązań w klasach przypadków jawnie dylematycznych (np. eutanazja czy aborcja) i odwołuje się do prawa danego państwa (np. brytyjskiego w przypadku *Pretty*). Nie potępia systemów prawa medycznego, które zdominowane zostały przez zasadę *jakości życia* (Holandia czy Belgia), ale równocześnie unika bezpośrednich odwołań do katolickiego pryncypium *świętości*. W sposób, który pozwalam sobie nazwać *obiektywistycznym*, interpretuje najważniejsze wśród praw fundamentalnych.

THE RIGHT TO LIFE

Summary

The aim of the article is to present the issues related to human life protection. First, the author discusses the legal matters related to the *European Declaration of Human Rights* in the context of value of life. Then, principles of sanctity of life of an innocent human according to the Catholic ethics (from Saint Agustin through Pius XII to John Paul II) are investigated. The Christian attitude is dominant in the continental and broader Anglo-Saxon medical law systems. Utilitarianism with Dutch law as the juridical representative brings the opposing solution. From the point of view of these two fundamental systems, the author presents contemporary thanatology and its notions: the definition of brain stem death, euthanasia, abortion, medical futility, suicide, death penalty, palliative care. Reference to the EU law allows to understand why in case of contentious issues, the member states are free (with the exception of capital punishment) to choose solutions. Thus, certain medical law systems (e.g. Polish solutions) are determined by the principle of the sanctity of life of an innocent human (*prima facie*), while others (e.g. Holland) to a greater extent follow the utilitarian models. In any case, however, human life is precisely protected under the *Declaration of Human Rights*.

Trans. Izabela Ślusarek