

MACIEJ TARNAWSKI

CZŁOWIEK W OBLICZU ŚMIERCI*

W ostatnich latach można zaobserwować w Polsce ożywione zainteresowanie szeroko pojętą problematyką tanatologiczną. Wyrazem tego zainteresowania jest chociażby odbyta w 1974 r. w Jabłonie konferencja na temat: Etyka a problemy zdrowia i rehabilitacji, na której dość znaczną część poświęcono zagadnieniom śmierci i umierania¹ oraz krajowa konferencja lekarzy i humanistów (10-11 maja 1976 r.). Sesję tę zorganizowaną z inicjatywy Towarzystwa Krzewienia Kultury Świeckiej przy współudziale Ministerstwa Zdrowia i Opieki Społecznej, poświęcono problemowi postawy człowieka w obliczu śmierci, z uwzględnieniem etyki marksistowskiej, granic i prawa reanimacji.

Bodźcem do napisania artykułu była chęć zapoznania czytelnika z mało dostępnymi materiałami sesji gdańskiej, tym bardziej cennymi, że — jak stwierdzono w podsumowaniu dyskusji — „po raz pierwszy w naszym kraju mówiono spokojnie, czasem ciepło, a czasem dociekliwie na temat, o którym myśli się i mówi na ogół niechętnie albo w tonacji metafizycznej, albo pogrzebowej”. Podjęto także próbę własnego spojrzenia na niektóre kwestie tanatologiczne, kładąc główny nacisk na zagadnienia prawnicze.

Problemy śmierci i umierania powoli przestają być tematami „tatou”. Coraz częściej zarówno w publikacjach naukowych, jak i w publicystyce tematy te są przedmiotem wnikliwych rozważań. Opracowania z zakresu tanatologii znikają natychmiast z półek księgarskich. Ludzie coraz częściej i głębiej zastanawiają się nad sensem istnienia i nieuchronnością przemijania. A przecież przed problemami śmierci i umierania nie moż-

* Uwagi na tle lektury opracowania *Człowiek w obliczu śmierci, z uwzględnieniem etyki marksistowskiej, granic i praw reanimacji*, Gdańsk 1978, s. 186.

¹ Materiały z tej konferencji zostały opublikowane w Etyce nr 14, Warszawa 1975.

Badania problematyki tanatologicznej są tradycyjnie domeną angloamerykańskiej i niemieckiej nauki. Wśród opracowań z ostatnich lat szczególnie warte odnotowania są następujące: *Ethical Issues in Death and Dying*, New York 1977 oraz *Medizin und Recht* (Band 1 - 2), Stuttgart 1976, 1977.

na uciekać, choćby z tego względu, że zjawiska te są całkowitą, tragiczną realnością doświadczaną przez wszystkich ludzi.

Sesja gdańska — co wymaga szczególnego odnotowania — miała charakter interdyscyplinarny. Referentami i dyskutantami byli przedstawiciele różnych dyscyplin naukowych: lekarze, różnych zresztą specjalności, filozofowie, etycy, psychologowie, prawnicy, a także działacze społeczni zgrupowani w ruchu laickim.

Różnorodność materiałów z jednej strony przesądziła o dużym ich bogactwie intelektualnym, a jednocześnie znacznie utrudniła analityczny wywód. Niemożliwe byłoby w ramach naszego opracowania ustosunkowanie się do wszystkich problemów poruszonych na sesji. Konieczna była selekcja zagadnień. Na plan pierwszy wysunęły się następujące grupy tematyczne:

— filozoficzny i medyczny wymiar istnienia człowieka i łączące się z tym trudności w zdefiniowaniu pojęcia „człowiek”

— możliwości współczesnej medycyny w zakresie reanimacji człowieka i intensywnej terapii,

— psychologiczne następstwa procesu starzenia i umierania.

Na wstępie nasuwa się uwaga natury zasadniczej, sprowadzająca się do pytania czy z punktu widzenia filozofii i etyki marksistowskiej, uzasadnione jest rozważanie zagadnień tanatologicznych, czy nie należałoby raczej skoncentrować się na życiu człowieka, na drogach prowadzących do jego samorealizacji itd.

Problem ten wypłynął także w dyskusji podczas sesji gdańskiej. J. Pawlica, odwołując się do rudymenarnych wiadomości z zakresu etyki i filozofii marksistowskiej, stwierdził jednoznacznie, że „nie ma w marksizmie filozofii śmierci. Nie ma w nim tak postawionego problemu. Jest natomiast w sposób konstruktywny sformułowana wykładnia życia i walki [...] W duchu światopoglądu marksistowskiego jest [...] uczyć się żyć. To jest zgodne z podstawowymi funkcjami człowieka” (s. 113). W konkluzji Pawlica uznał, że „specjalistyczne konferencje, takie jak ta, mogły i powinny podejmować problem starości czy problem śmierci, ale wydaje się, że nie ma takiego w tej chwili społecznego powodu, nie ma takiej społecznej potrzeby [podkr. M. T.], aby rozpowszechniać i propagować filozofię śmierci, nawet z punktu widzenia i w interpretacji filozofii marksistowskiej, gdyż jest to zawsze podejście i tłumaczenie negatywne” (s. 115).

Stanowisko J. Pawlicy spotykało się z wnikliwą i, dodajmy, słuszną krytyką ze strony A. Tejchmy, która wskazała następujące kwestie:

Po pierwsze, punkt widzenia Pawlicy jest uproszczonym widzeniem filozofii marksistowskiej. Nie ulega bowiem wątpliwości, że śmierć (analogicznie jak życie — jako kategorie ze sobą złączone ontologicznie) jest realnie, obiektywnie istniejącą rzeczywistością, a więc trudno tu mówić o jakimkolwiek metafizycznym myśleniu — co sugerował Pawli-

ca. „Filozofii śmierci i godnego umierania należy się uczyć, tak jak trzeba się też uczyć godnie żyć” — stwierdza A. Tejhma. Wydaje się bowiem, że bez uświadomienia sobie wymiaru śmierci, jej znaczenia, trudno zbudować jakąkolwiek filozofię życia.

Po drugie, sposób dyskusji zaproponowany przez J. Pawlicę jest dość niebezpieczny. Jak słusznie odnotowała A. Tejhma: „Nie daje nam nic ograniczanie dyskusji do rzekomej ‚literary’ mojej filozofii, której się kiedyś uczyłam i każde zdanie czy problem, nie znany mi z mej szkolnej lektury, podjęty przeze mnie lub innych stawia mnie lub innych w sytuacji metafizyka, albo ‚niesłusznej’ postawy filozoficznej. Taka postawa w dyskusji nazywa się postawą dogmatyczną, a jest po prostu nierozsądna, bo cofająca wstecz o około 20 lat” (s. 117).

Po trzecie, trudno ograniczyć rozważania z zakresu filozofii (etyki) marksistowskiej do tych zagadnień, które były przedmiotem studiów klasyków marksizmu. Klasycy „dali nam wiele — metodologię — wskazówki metodologiczne bardzo ogólne i bardzo, na szczęście, otwarte na dalszy rozwój rzeczywistości, a więc dali nam solidne filozoficzne narzędzie badawcze. Nie jest prawdą, że wszystkie kategorie filozoficzne, na przykład życia ludzkiej jednostki, zostały do końca i na dziś już opracowane przez marksistów. Próbujmy myśleć — konkludowała A. Tejhma — nie musimy mieć koniecznie wszyscy i całkowitej racji, ale przynajmniej swobodnie rozmawiajmy” (s. 117).

Przechodząc do krytycznej analizy poszczególnych referatów i przedstawienia własnego stanowiska, na wstępie słów kilka o opracowaniu T. Kielanowskiego *Prawo człowieka do stanowienia o sobie*.

T. Kielanowski, którego można śmiało uznać za pioniera studiów tanatologicznych w Polsce, wychodzi ze słusznego stwierdzenia, że problemy omawiane na konferencji gdańskiej przestały być uznawane za metafizyczne (przykład Pawlicy jest wyjątkowy i zresztą niegodny polecenia). Stawia to automatycznie w innej sytuacji współczesnego lekarza, który nie może przekazywać metafizykom zadania rozstrząsania problemu życia i śmierci. Kielanowski słusznie zauważa, że współczesny lekarz nie może nie interesować się problemami z zakresu etyki pod pretekstem, że jest przyrodnikiem i poza fizykochemiczną techniką rozpoznawania i leczenia nic go więcej interesować nie musi (s. 17-18).

Nie sposób w tym miejscu nie odwołać się do słów Macintosh'a, że „Dziś medycyna jest w równym stopniu nauką społeczną, jak i przyrodniczą”². W dalszej części swego referatu T. Kielanowski przypomniał, że w ślad za decyzją Francuskiej Akademii Nauk Medycznych uważa się w świecie medycznym — niemal powszechnie — iż człowiek żyje, o ile jego mózg żyje, a tym samym za śmierć człowieka uznaje się tak zwaną śmierć mózgową. Słusznie jednak Kielanowski zastrzega, że prze-

² Cyt. według: J. Sawicki, *Przymus leczenia, eksperyment, udzielanie pomocy i przeszczep w świetle prawa*, wyd. 2, Warszawa 1966, s. 4.

cież nie można mózgu człowieka identyfikować z człowiekiem, skoro mózg jest tylko jednym, choć niezmiernie ważnym, jeśli nie najważniejszym, organem ludzkim. Píše: „Człowiek jest to bowiem istota zdolna nie tylko do przyjmowania za pośrednictwem zmysłów bodźców i wszelkich wrażeń z zewnątrz, ale także do reagowania na nie za pomocą swoich narządów ruchu, gry naczyń krwionośnych, emocji, a przede wszystkim artykułowanej mowy lub jej symboli" (s. 19). Kielanowski podkreśla szczególne trudności w zdefiniowaniu „człowieka", czego domagają się lekarze. Żądania te z punktu widzenia pragmatycznego są uzasadnione, bowiem lekarz ma obowiązek przedłużać życie człowieka, lecz — zdaniem Kielanowskiego — nie ma obowiązku przedłużać życia istoty o zewnętrznym kształcie ludzkim, lecz bez świadomości.

Trudno jednak nie podzielić sceptycyzmu Kielanowskiego co do możliwości zdefiniowania „człowieka". Przypomniał on między innymi, że definicje biologiczne oparte na liczbie par chromosomów zawiodły, zaś twierdzenie, że człowiek jest to istota spłodzona przez ludzi jest sofizmatem. Kielanowski poruszył także problem tak zwanych potworków, nie dając zresztą gotowych rozwiązań (jest to chyba niemożliwe) — jeśli pominąć niedopuszczalne z humanitarnego punktu widzenia propozycje eksterminacji tych istot, przeciwko którym zresztą Kielanowski ostro oponuje.

Warto odnotować, że trudności w zdefiniowaniu „istoty ludzkiej" były sygnalizowane w dyskusji. Na przykład O. Szczepski podał przykład noworodka, u którego udało się utrzymać krążenie przez okres 36 czy 48 godzin, z punktu widzenia prawnego uznanego za człowieka, a który właściwie nie żył. Sekcja wykazała bowiem fakt nierozprężenia płuc, brak ukrwienia mózgu. Szczepski uważa, że osobnik ten nie był człowiekiem, „nie miał powiązań ani socjalnych, ani kulturowych, to było tylko stworzenie biologiczne, u którego biło serce przez 48 godzin" (s. 59).

Do kwestii definicji „człowieka" ustosunkował się także M. Cieślak. Jego zdaniem problemy powstają w sytuacjach granicznych i na to nie ma rady, nie usuną wątpliwości nawet najdoskonalsze zabiegi definicyjne. W stosunku do samej „istoty" człowieka jako gatunku, według Cieślaka, definicja jest zbyteczna „albowiem dla każdego dość jasne jest, co to jest człowiek, i praktycznie biorąc nie zachodzi niebezpieczeństwo pomylenia tego gatunku z innymi formami świata żywego". Słusznie Cieślak wysuwa obawę, że „definicja natomiast służyłaby tylko wyrzucaniu tych zjawisk, które w niej się nie mieszczą, poza nawias ochrony należnej życiu ludzkiemu" (s. 66). Ustosunkował się też M. Cieślak do problemu potworków, a także do pojęcia człowieka nie mającego potencjalnej zdolności do życia. Uznał słusznie, że zadowalających definicji nie jesteśmy w stanie skonstruować, pozostaje tylko dyrektywa, że skoro życie ludzkie jest najwyższą wartością, to wszelkie wątpliwości (np. czy to jest życie człowieka, czy dany człowiek żyje itp.) należy roz-

strzygąc w kierunku ratowania danej istoty, opieki nad nią itd. (in dubio pro vita).

Warto odnotować także głos W. Lebidzińskiego, który stwierdził, że określenie (zdefiniowanie) „człowieka” jest aktualnie niemożliwe z dwóch zasadniczych powodów: 1) jesteśmy wciąż dalecy, mimo postępu nauki, od poznania najgłębszych struktur człowieka, 2) uwarunkowania filozoficzne poszczególnych uczonych są tak różnorodne, że akceptacja jakiegokolwiek definicji człowieka nie wchodzi jeszcze w rachubę (s. 100). W dalszej części swej wypowiedzi Lebidziński podawał przykłady biologicznego (przyrodniczego) i społecznego pojmowania istoty człowieka. Uznał między innymi, że stanowisko Marksa, iż „Istota ludzka to nie abstrakcja tkwiąca w poszczególniej jednostce. Jest ona w swojej rzeczywistości całokształtem stosunków społecznych”, było cennym przezwyciężeniem czysto biologicznego pojmowania człowieka, charakterystycznego głównie w XVIII i w połowie XIX w., ale było jednocześnie ujęciem jednostronnym, niesłusznie zawężającym określenie człowieka do strony społecznej, socjologicznej. Słusznie Lebidziński dostrzega, że czysto biologiczne rozumienie człowieka, jak i czysto społeczno-kulturowe, a więc rozpatrywane w izolacji, prowadzi do nierozstrzygalnych wniosków moralnych i prawnych. „Jeśli przyjmiemy to pierwsze, okaże się wówczas, że odpowiedzialność moralna i prawna człowieka za jego czyny musi spadać na przyrodę, nie na poszczególne jednostki. Te bowiem stanowią wyłącznie produkt natury. W drugim zaś przypadku, gdy traktujemy człowieka jako wytwór całokształtu stosunków społecznych, za jego czyny musiałyby odpowiadać społeczeństwo”. W konkluzji Lebidziński opowiedział się za integrowanym, biologiczno-społecznym pojmowaniem istoty człowieka³.

Wracając do referatu T. Kielanowskiego, warto odnotować jego myśli na temat bólu i cierpienia człowieka, wiążące się z zagadnieniami bardzo kontrowersyjnymi, a zawierającymi się w pytaniach „czy cierpienie jest konieczne?”, „kto ma prawo decydowania o życiu człowieka?” Kielanowskiego niepokoi fakt, że pomimo olbrzymich postępów medycyny coraz więcej ludzi umiera po prostu okrutnie, w ciężkich bólach i cierpieniach. Co ma czynić lekarz, gdy brak jakiegokolwiek racjonalnej szansy na wyleczenie pacjenta? Kielanowski podkreślił, że „Niemał wszyscy lekarze świata odrzucają kategorycznie tak zwaną czynną eutanazję, to znaczy zabijanie beznadziejnie chorego na jego życzenie” (s. 21). Powstaje jednak pytanie co z eutanazją bierną, ortotanazją. Kielanowski ją dopuszcza. Pisze dosłownie: „Jeżeli jednak człowiek stary i chory albo tylko stary lub tylko nieuleczalnie chory *n a p r a w d ę* [podkr. T. K.] nie chce żyć, to nie wolno nam lekarzom wkaczać. Nie wolno nawet zwal-

³ Osobny problem stanowi kwestia wpływu (stopnia) uwarunkowań biologicznych i społecznych na zachowanie, a tym samym odpowiedzialność prawną i moralną człowieka.

czać cierpień narkotykami, jeżeli pacjent o to wyraźnie nie prosi" (s. 21). Końcówką część swego interesującego szkicu T. Kielanowski poświęcił konieczności humanizacji samego procesu umierania, stworzenia odpowiednich warunków szpitalnych dla umierających i dla ich rodzin, a dodajmy, że w Polsce w tym zakresie mamy szczególnie wiele do zrobienia.

Drugim referatem było opracowanie Z. Cackowskiego, *Ludzka więź z życiem*. Cackowski na wstępie omawia proces „uczłowieczenia organizmu ludzkiego” i stwierdza, że ma on z istoty swej charakter pozabiologiczny, to znaczy, że jest procesem socjalno-kulturowym. Twierdzenie to podbudowuje przykładami z życia człowieka, wskazującymi na kontakty rozwijającego się człowieka z przedmiotami obiektywnej rzeczywistości. To twierdzenie, mające pełnić funkcję założenia dla rozważań nad sensem i wartością życia i śmierci, nie nasuwałoby zastrzeżeń, gdyby nie było sformułowane w sposób nieco jednostronny. Cackowski w kształtowaniu procesu uczłowieczenia organizmu ludzkiego (pomijamy, że wyrażenie zaproponowane przez tego autora nie jest zbyt szczęśliwe) zdaje się nie dostrzegać genetycznego (a więc biologicznego) uwarunkowania rozwoju poszczególnych jednostek ludzkich.

W drugiej części swego referatu Z. Cackowski koncentruje się na zagadnieniu życia jako więzi z ludźmi i ludzkimi wytworami, ludzkim światem, czyli krótko mówiąc — kulturą. Słusznie stwierdza, że „dramat życia człowieka ma dwa, co najmniej, źródła” (s. 27). Pierwszym jest to, że tworzenie wymienionych więzi nie ma wyłącznie pozytywnego charakteru. Powodzeniom i radościom towarzyszą zawsze klęski, niepowodzenia, smutki i rozterki. Jak słusznie pisze, „podstawowym źródłem ludzkiego dramatu jest to, że życie człowieka, jego powstawanie i rozwój, jest jednością powstawania więzi z ludźmi i ludzkim światem oraz rozłąk, rozstań. Im mocniejsze są więzi z ludźmi i ludzkim światem, tym większy jest dramat rozstania” (s. 27).

W dalszej części swych rozważań wprowadza Cackowski rozróżnienie między „rozstaniem” a „odejściem”. Jak to wyjaśnia obrazowo, odejść można od polnego kamienia, nie można odejść od psa przyjaciela, tu już było partnerstwo, tutaj mamy do czynienia z rozstaniem. Tym mniej możliwe jest odejście od innych ludzi. „Rozstawanie się z ludźmi oznacza zrywanie nie tylko naszych związków, ale także związków, w które uwikłani są inni ludzie, które są także treścią ich życia. I z tego powodu nikt nie umiera sam [podkr. Z. C, s. 28 - 29]. Rozróżnienie zaproponowane przez Cackowskiego pozwala mu na wyciągnięcie wniosku, że śmierć, umieranie nie ma tylko wymiaru jednostkowego, ale ma doniosłość społeczną. „Śmierć nie jest odejściem, lecz rozstaniem, a rozstanie jest także aktem zubażającym cudze życie. Dysponując życiem swoim, dysponujemy i cudzym” (s. 29).

Analogicznie — zadaniem Cackowskiego — przedstawia się sprawa z życiem człowieka: „Życie każdego splecione jest z różnymi elementami

życia innych ludzi. Pojęcie 'Judzkie życie jednostki ostro oddzielonej od życia innych jednostek', niczego rzeczywistego nie oznacza. 'On' nigdy nie odchodzi od 'nas' sam [podkr, Z. C], zawsze ze sobą zabiera cząstkę życia naszego" (s. 29). Konkluzja Cackowskiego jest jednoznaczna: „Życie zatem nie jest tylko prawem, ale jest ono także obowiązkiem moralnym” [s. 30 podkr. M. T.].

Koncepcja Z. Cackowskiego jest na pewno interesująca i, co wymaga podkreślenia, konsekwentnie wywiedziona. Powstaje jednak pewne „ale”. Czy nie jest ona oparta tylko na pewnym i, dodajmy, dyskusyjnym założeniu? Rozróżnienie między „odejściem” a „rozstaniem” zaproponowane przez Cackowskiego jest chyba tylko konsekwencją językowo-semantyczną. Śmiem twierdzić, że z równym powodzeniem można by bronić twierdzenia, że odejście ma charakter jednostronnej decyzji określonego człowieka, bez aprobaty, przyzwolenia drugiego człowieka, zaś rozstanie następuje za jego zgodą. Na tej podstawie śmierć byłaby (z reguły) odejściem a nie rozstaniem.

Podejźmy jednak do propozycji Cackowskiego w sposób najbardziej życzliwy, doszukując się uzasadnienia merytorycznego. Cackowski zakłada, że życie człowieka wyznaczone jest przez więź, partnerstwo z innymi ludźmi i ich wytworami (a więc z kulturą). Śmierć ma oznaczać negację tej więzi. Każde rozstanie ma łączyć się, zdaniem Cackowskiego, ze zubożeniem życia drugiej osoby (partnera). Rozstanie ma być połączone z utratą czegoś cennego, z uczuciem żalu, „stojąc nad jego mogiłą nie tylko nad nim płaczymy, ale i nad sobą” (s. 29). Jak widać, Cackowski — może mało wyraźnie to wyraża — zakłada, że każde rozstanie jest czymś ujemnym dla osoby pozostającej w więzi z odchodzącym (umierającym). Zakłada to z kolei, że więź ta miała charakter pozytywny (np. miłość, przyjaźń itp.). Powstaje jednak pytanie, co z ludźmi umierającymi a znienawidzonymi przez najbliższych (najbliższych tylko formalnie)? Czy oni odchodzą, czy też się z nimi rozstajemy? Na pytanie to niestety Cackowski nie daje odpowiedzi.

Można mieć wątpliwości, czy z założeń Cackowskiego można wyciągnąć wniosek, że życie jest obowiązkiem moralnym każdego człowieka. Nie sposób przecież pominąć, że życie każdego człowieka jest mu wręcz narzucone przez jego rodziców, człowiek przychodzi na świat nie mając w tym żadnego udziału. Jak pisze poeta: „synku, porodziłam cię w boleści, ale może mnie przeklniesz. Ponieważ jesteś skazany na śmierć. Nie znasz tyllko daty egzekucji”⁴. Można postawić pytanie, czy rzeczywiście człowiek musi być „skazany” na „dożywotnie życie”? Czy nie chcąc żyć nie ma prawa do samounicestwienia?

W dalszej części opracowania Z. Cackowski przypomina, zresztą od czasów Horacego powielane stanowisko, że „Po ustaniu życia biologicz-

⁴ J. Kurek, *Godzina X. Rzecz o umieraniu*, Warszawa 1978, s. 56.

nego i psychicznego jednostki trwa jeszcze jej życie społeczne, utrzymują się jeszcze (czasem intensyfikując się nawet) więzi ludzkie pośrednie — poprzez dzieła owej jednostki, poprzez rzeczy z nią związane, poprzez umiejętności ludziom przez nią przekazane. Życie społeczne człowieka jest więc dłuższe od jego życia biologicznego i psychicznego" (s. 31). Wydaje się, że pogląd ten jest jedynie próbą przedstawienia życia człowieka (jego części) przez jego wytwory i niczym więcej, a wytwory człowieka nie są przecież tożsame z jego życiem. Stanowisko to pomija także całkowicie cielesność życia, a jak słusznie wskazuje cytowany już J. Kurek w swym poemacie filozoficznym: „Bo poezja to rzecz nie pozaludzka, bo potrzebuje prochów, które stale się rozwiewają, a więc związana niestety z naszym cielesnym opakowaniem; chociaż jest eksplozją ducha”⁵.

Ma także rację M. Cieślak, gdy twierdzi — nawiązując tym samym do egzystencjalizmu ateistycznego — że z punktu widzenia jednostki ludzkiej, śmierć jest niczym innym jak końcem świata”⁶.

Bardzo cenne są wywody J. Blicharskiego, który słusznie podkreślił, że z punktu widzenia przyrodniczego śmierć człowieka jest na pewno zjawiskiem biologicznym, zgodnym z naturalnymi prawami przyrody i jest nieunikniona: „Tragedią jest nie to, że ludzie odchodzą opuszczając swe biocenotyczne środowisko — bo tę konieczność i prawidłowość musi uznać każdy. Nie protestuje się przeciw oznakom starzenia, przeciw siwieniu, marszczeniu, narastaniu ułomności; owszem usiłuje się te objawy tuszować, ale je się rozumie i w końcu każdy jakoś z tym się godzi. Natomiast człowiek nie rozumie i nie znajduje sensu w konieczności wycofywania się ze świata kultury, z tego świata, który jest co prawda sztuczny, gdyż został stworzony przez samych ludzi, ale który stanowi o istocie człowieczeństwa. Nasz gatunek ten świat stworzył i wrósł w niego tak daleko, że tylko cienkimi korzonkami tkwi jeszcze w swym animalizmie. I z tego świata człowiek musi odejść, ze świata swoich myśli, swych idei, wierzeń, ze świata swych miłości i niechęci, z ukochanego domu swego, spośród swych książek, obrazów, muzyki, starych fotografii i pamiątek. Od tego wszystkiego musi odejść. I to jest właśnie ta niewytłumaczalna tragedia (s. 29).

Cackowski swoją koncepcję przedstawił jako opozycyjną wobec koncepcji religijnej: „O ile wedle naszej koncepcji człowiek schodzi z tego świata [podkr. M. T.] ,tyłem, ku światu temu ,twarzą' odwrócony, o tyle wedle koncepcji religijnej postawa wobec śmierci jest postawą wobec absolutnie innego świata. Wedle koncepcji religijnej świadomość człowieka umierającego odwrócona jest od życia. Ogląda się ona — owszem — za siebie, ale tylko po to, by rozstrzygnąć główne pytanie umierania [podkr. M. T.]: ,Co mnie czeka'”? Pomijając już, że do

⁵ J. Kurek, op. cit., s. 22.

⁶ M. Cieślak, *Głos w dyskusji...* s. 64.

wypowiedzi powyższej wkrađło się niefortunne wyrażenie „z tego świata”, co mogłoby sugerować, że Cackowski dopuszcza istnienie „innego świata”, wydaje się, że samo odgraniczenie postaw „tyłem” czy „przodem” do świata jest dość uproszczone. Schodzenie ze świata „tyłem”, a więc umieranie przy jednoczesnym zwróceniu się ku życiu „twarzą” odwrócony, ma oznaczać, że całe swe istnienie człowiek koncentruje wokół życia, zaś po śmierci zapada w nicłość (nie-Byt). Jest to wyraz — jak widzimy — areligijnej postawy wobec śmierci. Zbyt kategoriyczne jest twierdzenie Cackowskiego, że wedle koncepcji religijnej świadomość człowieka umierającego odwrócona jest od życia. Doprowadziłoby to do zanegowania wszystkich, rozbudowanych w system, zasad moralności (na przykład katolickiej), które przecież nakładają na człowieka wiele obowiązków, są wytycznymi jego postępowania. Cackowski uważa, że oglądanie się ku życiu człowieka wedle tej koncepcji ma miejsce tylko z pozycji pytania: co mnie czeka po śmierci. Pytanie to jest bardzo wąsko, praktycystycznie, a nawet utylitarystycznie postawione. Człowiek wierzący, religijny, wie dzięki nauce swego kościoła, religii, jakie są konsekwencje takiego czy innego życia doczesnego. Czyżby Cackowski pomijał, że życie wieczne według teologii moralnej jest wyznaczone przez życie doczesne?

Referat B. Kamińskiego, *Lekarz wobec śmierci*, dotyczył bardzo ważkiego zagadnienia postępowania z pacjentami umierającymi, nieuleczalnie chorymi, w tym i kwestii informowania czy nieinformowania chorego (jego rodziny) o chorobie. Sprawa należytej opieki i postępowania z umierającymi jest problemem o dużej doniosłości społecznej. Kamiński podaje, że w 1968 r. spośród wszystkich ludzi, którzy zmarli w USA, 53% umierało w szpitalach. W 1974 r. odsetek ten sięgał 70. Szkoda, że Autor nie przytoczył analogicznych danych polskich.

Kamiński wyszedł z założenia, że sprawy śmierci wymagają dwojakięgo spojrzenia; czym innym jest sprawa stosunku do umierającego, a czym innym sprawa stosunku do rodziny umierającego (s. 38 - 39). Uważając, że zadania lekarza wobec człowieka umierającego sprowadzają się przede wszystkim do złagodzenia jego cierpień fizycznych, nie należy jednak pomijać, że lekarz powinien być ponadto tym, który przytłumi świadomość umierania, będzie tym mitologicznym Charonem, umożliwiającym przejście przez nieunikniony, a jednak tragiczny brzeg do nicości (czy ewentualnie krainy szczęśliwości). B. Kamiński stoi na stanowisku informowania pacjenta o zbliżającym się nieuchronnie kresie jego życia, ale uważa, że powinna to być informacja o odcieniu optymistycznym, jednakże bliska prawdy. „Jestem przeciw temu — kontynuował referent — by człowiekowi, który umiera i bardzo często zdaje sobie z tego sprawę, mówić, że ,wszystko dobrze i ,niech pan się nie martwi. Taka postawa to po prostu formacja obronna lekarza, wynikająca z jego nieprzygotowana psychologicznego. Lekarz nie potrafi stawić czoła czło-

wiekowi, któremu musi powiedzieć, że przypuszczalnie jest to koniec jego życia" (s. 39). Całkiem słusznie oponuje Kamiński wobec mówienia choremu „prawdy w oczy”, bez żadnych zatajeń. Ewentualną dopuszczalność takiego postępowania mogą uzasadniać wyjątkowe względy prawne, socjalne czy majątkowe.

Kamiński uwzględnił jeszcze jedną ważną kwestię, a mianowicie samoobronę psychiczną ciężko chorego pacjenta. Podał z własnej praktyki przykłady chirurgów, którzy umierali na nowotwory, znając doskonale ich objawy, a mimo to do ostatniej chwili byli przekonani, że jest to banalna sprawa. Niszczenie tej swoistej bariery ochronnej byłoby całkiem słusznie — zdaniem Kamińskiego — ze szkodą dla pacjenta i, dodajmy, byłoby wysoce niehumanitarne. Referent wyraża pogląd, że czym innym jest informacja o chorobie przekazywana rodzinie chorego. Rodzina powinna znać prawdę. Jednak bliscy chorego są z reguły nastawieni na jego wyleczenie, wierzą, i tę wiarę należy — zdaniem Kamińskiego — wzmacniać a nie osłabiać (s. 40).

W dalszej części swego wystąpienia, Kamiński poruszył problem niewłaściwego podejścia do umierania w szpitalach. Jak pisze: „Śmierć należy do rutyny szpitalnej”. Trudno zresztą jej uniknąć, jeśli zważyć, że w szpitalu, w którym pracuje referent (nie jest to odosobnione) umiera dziennie około 12 pacjentów. Dodać do tego należy złe warunki panujące w szpitalach, wieloosobowe sale, brak niekiedy możliwości kontaktu umierającego z najbliższymi, kontaktu tak bardzo potrzebnego, złe warunki mieszkaniowe, uniemożliwiające właściwie umieranie w domu chorego itd. Rzutuje na tę sytuację niedostateczne przygotowanie psychologiczne lekarzy, niekiedy brak zwykłego taktu w postępowaniu z umierającymi.

Wszystko to powoduje niestety, że człowiek umiera w osamotnieniu, i to nie tylko w sensie filozoficznym (Pascal), ale w sensie czysto ludzkim. A przecież szczególnego podkreślenia wymaga potrzeba kontaktu z człowiekiem umierającym, eliminowanie bardzo ciężkiego dla niego osamotnienia. Jak trafnie odnotował Z. Ziemiński, „nasza epoka jest epoką ogromnej liczby ludzi, którzy chcieliby się innym z wielu swoich spraw zwierzyć, i bardzo małej liczby ludzi, którzy by tych cudzych zwierzeń chcieli słuchać. Przy postępującej reifikacji stosunków międzyludzkich uczyliśmy się powstrzymywać od zwierzeń, nakładać maskę zrównoważenia i samowystarczalności. Kiedy samowystarczalność się kończy, rośnie też zapewne potrzeba wyjścia z osamotnienia, potrzeba kontaktu personalnego z kimś życzliwym. [. . .] Nie chcemy być osamotnieni w godzinie śmierci naszej — konkluduje Ziemiński — ale ogromnie trudno jest współczesnym ludziom nie opuścić bliskich ludzi w tej ostatniej potrzebie, nawet gdy możliwe jest spełnienie tego obowiązku”⁷.

⁷ Z. Ziemiński, *Prawne i moralne problemy śmierci i umierania*, Etyka 1975, nr 14, s. 113 - 114.

W końcowej części swego bardzo interesującego referatu B. Kamiński wskazał niedoskonałość przepisów prawnych w zakresie stwierdzenia zgonu i postępowania ze zwłokami (np. prowadzącą do przerażających faktów, takich jak chociażby leżenie niekiedy przez kilka godzin w centrum miasta zwłok, przykrytych jedynie prześcieradłem itp.). Jest to po prostu wyraz braku szacunku dla zwłok ludzkich.

Spośród problemów poruszonych przez Kamińskiego największy odzew znalazła kwestia informowania pacjenta (czy jego rodziny) o stanie choroby. Na przykład cytowany już M. Cieślak (s. 68) uznał, że trudno jest tutaj znaleźć jakąś regułę i to bez wyjątków. Mogą być bowiem choroby, którym bardzo zależy na uregulowaniu swych spraw rodzinnych, majątkowych, zawodowych itp. Są jednak i tacy — i tu chyba Cieślak ma rację twierdząc, że są w większości — którzy po prostu śmierci bardzo się lękają, czy też nie tyle śmierci, co raczej świadomości nicości, która następuje po śmierci. Nie powinniśmy tego lęku traktować jako coś patologicznego, jest to normalny objaw, tym przecież człowiek różni się od i pozostałego świata żywego, że ma świadomość nieuchronności śmierci. A ta świadomość może wyzwalać różnorodne reakcje, powodować niekiedy bardzo zróżnicowane stany psychiczne, do głębokiej depresji włącznie.

Bardzo cenne uwagi w tym zakresie sformułowali K. Gibiński i Z. Gonciarz: „Lekarz w postępowaniu z chorym musi działać logicznie i musi uwzględniać właśnie postawę chorego, a nie własną. Jest w ogóle rzeczą barbarzyńską zmuszać kogoś siłą do przyjmowania swoich przekonań [...] Byłoby barbarzyństwem człowiekowi żyjącemu w panicznym lęku przed śmiercią lub niezdolnemu do racjonalnego pojmowania istoty śmierci — jako nieodzownego etapu istnienia — przedstawiać w sposób suchy i ścisły twardą i bezlitosną rzeczywistość. Lekarz ma obowiązek w każdej sytuacji nieść pomoc choremu; nawet wtedy, kiedy nie może leczyć. Tą pomocą jest także utrzymywanie jego równowagi psychicznej i emocjonalnej, skoro już nie da się utrzymać równowagi procesów somatycznych”. Wymienieni lekarze — doświadczeni klinicyści — przypominają starą prawdę, niestety dość często zapominają, że „Niecześnie możemy chorego czynnie wyleczyć, częściej pomagamy przetrwać chorobę, a niekiedy możemy tylko ukoić” (s. 80).

J. Blicharski (s. 97 - 98) także podkreślił konieczność bardzo oględnego informowania pacjenta o tragicznym dla niego rozpoznaniu. Zamiast mówić choremu „białaczka”, co ma jednoznaczną właściwą wymowę, proponuje mówić „uporczywa anemia ze wzrostem liczby leukocytów”.

Natomiast M. T. Nowakowska, odwołując się do badań E. Kübler-Ross⁸, która ustaliła, że około 50% pacjentów pragnie rozmawiać o swym

⁸ E. Kübler-Ross, *On Death and Dying*, New York 1969.

stanie, chce znać całą prawdę', nawet najgorszą, uznała, że informowanie pacjenta o jego stanie jest celowe. Jej zdaniem „rozmówcą tym powinien być lekarz leczący, który w atmosferze głębokiego szacunku dla chorego, rozumienia jego problemów i autentycznego ciepła emocjonalnego, będzie gotów do rozmowy na tematy chorego dręczące, osobiste, budzące niepokój" (s. 105 - 106)⁹.

Wydaje się, że wypracowanie jakiegokolwiek jednoznacznej dyrektywy postępowania w omawianej kwestii jest niecelowe, nie uwzględnia konieczności zindywidualizowania oceny stanu (przede wszystkim psychicznego) pacjenta.

Ma w pełni rację H. Haškovcova, autorka interesującej pracy *Między życiem a śmiercią*, która uważa, że „problem ten pozostanie na zawsze dla lekarzy otwarty, a decyzja będzie zależna od umiejętności, wiary i zrozumienia sprawy. Jeśliby nawet lekarz uważał w zasadzie, że słuszne jest przedstawienie sytuacji zgodnie z rzeczywistością, wyjawiać prawdę nawet tę nieprzyjemną, to musi mieć zawsze na uwadze konkretny przypadek konkretnego pacjenta i osądzić, czy prawda będzie mu bardziej pomocna niż nieprawda. Sytuacja ta jest dla lekarza stale aktualna, ponieważ każdy pacjent jest inny i ma inny stosunek do rozpatrywanego problemu" ¹⁰.

Autorem kolejnego referatu zatytułowanego *Możliwości i granice reanimacji i intensywnej terapii*, był M. Sych. Autor w wstępie podkreślił, że w ostatnich kilkunastu latach reanimacja i intensywna terapia w sposób bardzo drastyczny wkroczyły w proces umierania. Wiąże się to ściśle z rozpowszechnieniem akcji ratunkowych polegających na resuscytacji i reanimacji. Szczególne problemy w świetle klasycznej definicji człowieka (za żywego uważa się człowieka, u którego co najmniej krążenie krwi jest czynne) powstają z utrzymaniem krążenia krwi pomimo ustalenia metodami klinicznymi zniszczenia mózgu (tzw. śmierć mózgowa). Ludzi tych w świetle tradycyjnego spojrzenia musi traktować się jako osobników żyjących i z tego względu poddawani są intensywnemu leczeniu, mogącemu trwać wiele miesięcy, ale nie prowadzącemu do przywrócenia funkcji innych układów, w szczególności ośrodkowego układu nerwowego (OUN). Sych słusznie zauważa, że jest to kwestia nie tylko natury medycznej. Ma ona swój wydźwięk moralny i prawny. Po zasygnalizowaniu tych trudności autor cytowanego referatu przechodzi do przed-

⁹ Stanowisko to spotkało się z polemiką ze strony H. Góry, który podkreślił, że sprawa informowania czy nieinformowania pacjentów powinna być każdorazowo indywidualnie rozpatrywana; chodzi o to, by pełna informacja nie wywołała u chorego dodatkowego szoku psychicznego, w: *Człowiek w obliczu śmierci...*, s. 135. Por. także Z. Uniejewska, *Komunikat naukowy z badań przeprowadzonych w szpitalach na terenie Szczecina w 1976 roku*, op. cit., s. 154 - 155.

¹⁰ H. Haškovcova, *Między życiem a śmiercią* (tłum. z czeskiego), Warszawa 1978, s. 64.

stawienia propozycji, znajdujących zresztą coraz powszechniejsze uznanie w świecie lekarskim. Obiektem zabiegów reanimacyjnych jest człowiek umierający, jednakże nie każdy umierający — zdaniem Sycha — jest i powinien być reanimowany. Proponuje, by ludzi umierających podzielić na dwie grupy:

Pierwsza, to ci, którzy nagle znaleźli się na progu śmierci, u których proces umierania rozpoczął się nieoczekiwanie od ustania co najmniej jednej z trzech podstawowych funkcji życiowych: oddychania, krążenia krwi lub czynności OUN. Ludzie ci są obiektem obowiązkowych zabiegów reanimacyjnych.

Druga, to ci, u których zatrzymanie krążenia krwi lub ustanie oddychania czy zniknięcie funkcji OUN kończy proces umierania. Przykładem może tu być człowiek umierający na uogólnioną chorobę nowotworową z przerzutami, uniemożliwiającymi kontynuację życia. Zdaniem Sycha wobec tej grupy chorych lekarz ma prawo podjąć zabiegi reanimacyjne, jednakże z prawa tego nie korzysta, znając w tym przypadku nieuchronne ukierunkowanie procesu umierania. Jak pisze: „Działanie lekarskie jest tutaj bardzo ograniczone i mieści się w ramach ortotanzji. Oznacza to, że lekarz wobec bezsilności terapeutycznej w tym przypadku rezygnuje z nadzwyczajnych, często heroiczych metod i pozwala na postęp umierania i ostateczną śmierć” (s. 44). Sych odnotowuje jednak, że pojęcie nieuchronności ma charakter relatywny, w tym sensie, że musi być rozpatrywane jedynie w świetle aktualnego stanu wiedzy lekarskiej. Ponadto w kwalifikacji do ewentualnych zabiegów reanimacyjnych postuluje Sych posługiwanie się kryterium potencjalnej zdolności do życia, co oznacza, że człowiek ten byłby w stanie kontynuować swoje życie, gdyby nie nagle wystąpienie epizodu śmiertelnego zagrożenia.

Zdaniem M. Sycha potencjalna zdolność do życia uzależniona jest od trzech czynników (s. 45):

— obecności fizjologicznych uwarunkowań skuteczności zabiegów reanimacyjnych (jak np. drożność naczyń wieńcowych, drożność naczyń płucnych i drożność naczyń mózgowych),

— przydatności serca i płuc do symulacji czynności oddechowej i krążeniowej (np. rozdarcie płuca na dużej przestrzeni z wylewem krwawym do jamy opłucnowej wybitnie utrudnia lub uniemożliwia wykorzystanie tego płuca do symulacji naturalnej wentylacji),

— czynnika czasu (upływ czasu na przykład 3-4 minut od ustania ukrwienia mózgu powoduje nieodwracalne uszkodzenie mózgu).

Sych w dalszej części swego opracowania podkreślił, że na całym świecie lekarze nie mają wątpliwości, że o śmierci osobniczej decyduje śmierć mózgową. W myśl nowej definicji — będącej odwróceniem od klasycznej — człowiekiem żywym (w sensie osobniczym) jest ten tylko, którego mózg żyje. Jednocześnie dostrzega, że to nowe spojrzenie

budzi pewne opory u nie-lekarzy, zaś wyłączenie aparatury od sztucznej wentylacji płuc i roztwory influzyjne traktują jako przypadek „eutanazji biernej”, w której przyspieszanie śmierci zachodzi wskutek zaniedbania terapeutycznego¹¹. Referent aprobuje praktykę polegającą na wyłączaniu wspomnianej aparatury, możliwą na mocy decyzji kolegiatnej i tylko wtedy, gdy zespół lekarski dysponuje dowodami wskazującymi niewątpliwie na śmierć mózgu. Możliwe są tu, zdaniem Sycha, dwie sytuacje:

1) Gdy w wyniku akcji ratunkowej udało się wprowadzić przywrócić krążenie, ale mózg uległ mechanicznemu zniszczeniu (np. podczas wypadku komunikacyjnego). Zaprzeszanie intensywnej terapii w takich przypadkach jest oczywiste.

2) Gdy udało się przywrócić krążenie krwi, ale do zniszczenia mózgu doszło nie w drodze mechanicznej, lecz wskutek niedotlenienia, wynikłego na przykład z zatrzymania krążenia krwi. W takim przypadku zniszczenie mózgu nie jest oczywiste, zaś dowody zniszczenia się pośrednie (s. 49). I tu Sych nie podaje dowodów śmierci mózgu, bo po prostu współczesna medycyna ich jeszcze nie opracowała. A problem jest niezmiernie ważki. Z jednej strony — zaprzestanie intensywnego leczenia może być oparte na błędnym rozpoznaniu, a z drugiej — dalsze prowadzenie takiego leczenia może doprowadzić do przywrócenia do życia człowieka z nieodwracalnymi zmianami jego psychiki.

Na zakończenie M. Sych incydentalnie omówił — choć łączy się to na pewno z nową definicją śmierci — zagadnienie transplantologii, możliwości pobierania potrzebnych organów od człowieka z zachowanym krążeniem krwi i oddychaniem, ale po stwierdzonej śmierci mózgu.

Ostatnim referentem był W. Szewczuk, który przedstawił opracowanie *Jakość starości a bilans życia*. Na wstępie wskazał, że nasz sposób podchodzenia do zagadnienia śmierci, nasz sposób myślenia o śmierci, są w dużym stopniu rezultatem wielowiekowej tradycji w tym względzie, a mianowicie tradycji wierzeń religijnych różnego rodzaju. Jak powiedział: „przez dziesiątki wieków zostaliśmy [...] skazani na przewycięzanie śmierci” (s. 52).

Przewycięzanie śmierci — zdaniem Szewczuka — sprowadzić można do dwóch sposobów. Pierwszy tkwi w nurcie religijnym, przewycięza się wówczas śmierci przez nieśmiertelność duchową. Drugi to przewycięzanie śmierci poprzez realizację wartości, które mają charakter ponadjednostkowy, mają charakter ogólnoludzki (np. walka w obronie wolności).

Szewczuk ponadto podkreślił, że problem życia nie powinien być rozpatrywany z pozycji jego zakończenia, to jest z pozycji śmierci. „Życie

¹¹ Można by dyskutować, czy w tym przypadku mamy do czynienia z zachowaniem biernym. Por. niżej.

ludzkie należy rozpatrywać z pozycji jego treści, jego stawania się, jego spełniania się" (s. 53). Konieczne jest przy tym — zdaniem Szewczuka — uświadamianie człowieka, wychowywanie go w tej świadomości, że jednostkowe ludzkie istnienie ma charakter przemijający, że jest nietrwałe. Stawia przy tym tezę dość dyskusyjną, że człowieka od dzieciństwa powinniśmy przygotowywać do takiego widzenia i przeżywania swego życia¹².

W. Szewczuk poruszył też zagadnienie starości. Opierając się na własnych badaniach empirycznych doszedł do wniosku, że jeśli człowiek stary „jest przekonany, że to, co chciał w życiu osiągnąć, do czego w życiu zmierzał, zostało zrealizowane, jego postawa wobec śmierci jest taka, niemal bez wyjątku, jaką należałoby postulować. Jest to akceptacja odejścia w ramach sekwencji: przyjście, spełnienie, odejście. [...] We wszystkich tych przypadkach, gdzie spełnienie miało miejsce, gdzie życie w jakiś sposób zaprogramowane w zasadniczych swoich elementach dokonało się — tam nie ma lęku przed śmiercią, tam jest spokojne godne odchodzenie. Natomiast we wszystkich innych przypadkach zdarzają się dramatyczne sytuacje" (s. 54).

Przechodząc do dalszych kwestii, szczególnie odnotować należy fakt, że stosunkowo mało miejsca zarówno w referatach, jak i w dyskusji poświęcono problematyce szeroko pojętej eutanazji. Nie odnotowano — poza jednym wyjątkiem — głosów domagających się legalizacji eutanazji; jak bowiem wiadomo, polski kodeks karny w art. 150 stanowiąc, że „Kto zabija człowieka na jego żądanie i pod wpływem współczucia dla niego podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 5", uznaje karalność tak zwanej eutanazji na żądanie. Jedynie K. Toeplitz w swoim głosie w dyskusji (s. 82 - 86) opowiedział się za celowością legalizacji eutanazji, jednakże dopiero po dogłębnych badaniach empirycznych i rzeczowej dyskusji ze strony lekarzy, etyków i prawników¹³.

Powstaje pytanie, skąd bierze się u lekarzy głównie taka niechęć do dyskusowania problemu eutanazji, a ewentualne kończenie wszelkiej dyskusja krótkim „nie wolno". Najbardziej charakterystyczna jest może wypowiedź T. Kielanowskiego, który tak polemizował z Toeplitzem: „O problemie dobrowolnej eutanazji mówił dr Toeplitz. Jakkolwiek niewiarygodnie by to może brzmiało, muszę oświadczyć, że nas, lekarzy, te sprawy zawodowo nie interesują. Chcemy i musimy być zawsze tylko obrońcami życia. Jeśli ktoś chce umrzeć, może to doskonale uczynić bez naszej pomocy. My zaś działając zawsze na życzenie pacjenta, możemy

¹² Por. także Z. Ziemiński, op. cit., s. 111 - 112 oraz wypowiedzi w dyskusji tegoż, s. 138 oraz J. Jaroszyńskiego, s. 133.

¹³ Należy odnotować, że także na sesji odbytej w 1974 r. K. Toeplitz w swym wystąpieniu *Teologiczne kontrowersje wokół eutanazji*, *Etyka* 1975 nr 14, s. 118 - 124, poruszył na obszernym tle historycznym i porównawczym problem legalizacji eutanazji.

starać się o przedłużanie mu życia. Gdybyśmy mieli prawo zabijania — bano by się nas, a tego przede wszystkim nie chcemy. Gdyby adwokat w procesie karnym miał prawo przerodzenia się nagle w oskarżyciela, nie powierzaliby mu ludzie bolesnych spraw i kłopotów" ¹⁴. W podobnym duchu na sesji gdańskiej wypowiadał się B. Kamiński: „W ramy moich rozważań w ogóle nie wchodzi problem skracania życia, ponieważ żadne przygotowanie lekarskie nie daje umiejętności ani uprawnień do skracania życia. Naszym zadaniem jest przedłużanie życia, nawet wbrew oczywistym — zdawałoby się — przesłankom filozoficznym, socjologicznym czy psychologicznym" (s. 39). Wskazywano także, że eutanazji nie można zalegalizować chociażby z tego względu, że nadużyto tego pojęcia dla zwykłych morderstw, realizowania polityki eksterminacji rasowej i politycznej (głosy A. Lebedzińskiego, H, Góry).

Jednocześnie nie odmawiano prawa do tak zwanej ortotanazji, czy po prostu zaprzestania leczenia pacjentów, co do których w świetle aktualnego stanu wiedzy medycznej jest niewątpliwe przekonanie o niecelowości dalszego ich sztucznego utrzymywania przy życiu. Kwestia ta ściśle się łączy z niewystarczającą ilością wysoce specjalistycznej aparatury, uniemożliwiającej jej zastosowanie do wszystkich koniecznych, uzasadnionych klinicznie przypadków. Za ortotanazją wypowiadali się między innymi W. Kozłowski (s. 87 - 88), który postawił wręcz pytanie: „Czy rygorystyczna postawa etyczna nie koliduje w tym przypadku z zasadą „primum non nocere"?”, dalej A. Lewiński (s. 109), a przede wszystkim T. Kielanowski (s. 19).

Nie sposób jednak nie przytoczyć wypowiedzi S. Raszei, który przypomniał, że problem dopuszczalności ortotanazji był dyskutowany na kilku międzynarodowych kongresach medycyny sądowej. Wyrażane tam były niejednokrotnie sprzeczne opinie, z tym, że „uchwalone ostatecznie dezyderaty potwierdziły jednocześnie zasadę odrzucającą ortotanazją, a więc przyspieszanie śmierci przez zaniechanie zabiegów, na równi z odrzuceniem wszelkich form eutanazji" [podkr. M. T.]¹⁵.

Chciałbym też przedstawić swoje uwagi dotyczące omawianej kwestii:

1) Dość dyskusyjne jest traktowanie jako ortotanazji przypadków odłączenia pacjenta od aparatury medycznej i powodowanie tym samym zejścia śmiertelnego. Nie mamy tu do czynienia z samoistnym zaniechaniem czynności leczniczych. Zaniechanie stosowania leczenia w tym przypadku za pomocą nadzwyczajnych środków leczniczych (tzw. dystanazja) połączone jest przecież z wyraźnym działaniem. Tym działaniem jest odłączenie od aparatury.

¹⁴ T. Kielanowski, *Głos w dyskusji*, *Etyka* 1975, nr 14, s. 135.

¹⁵ S. Raszeja, *Walka o życie i walka z cierpieniem*, w: *Człowiek w obliczu śmierci...* s. 73.

Jako ortotanazję można natomiast traktować zaniechanie podawania na przykład środków farmakologicznych pacjentowi, co do którego jest niemal pewne przekonanie o braku szans na wyleczenie.

2) W świetle art. 150 k.k. ortotanazja musi być traktowana pod względem kwalifikacji prawnej na równi z eutanazją czynną, co oczywiście nie przesądza kwestii ewentualnego różnicowania wymiaru konkretnej kary. Przypomnieć się tylko godzi, że omawiany przepis mówi o zabiciu człowieka. A w doktrynie prawa karnego (polskiej) nie budzi wątpliwości twierdzenie, iż zabicie może być popełnione zarówno przez działanie, jak i przez zaniechanie. Przyjmuje się przy tym, że odpowiedzialność za zaniechanie ograniczona jest do tak zwanego gwaranta, czyli osoby, która ma szczególny obowiązek działania w określonej sytuacji¹⁶.

Nie wchodząc z braku miejsca w szczegóły tego zagadnienia, wypada stwierdzić, że opieranie się na koncepcji tak zwanego gwaranta prowadzi do dość zróżnicowanej odpowiedzialności karnej. Na przykład świadome i celowe zaniechanie lekarza — a więc osoby szczególnie zobowiązanej do ratowania życia człowieka — polegające na zaprzestaniu stosowania środków leczniczych będzie mogło podlegać kwalifikacji z art. 150 k.k., zaś zaniechanie osób nie będących gwarantami, choć tożsame pod względem strony przedmiotowej i podmiotowej nie będzie podpadać pod cytowany przepis k.k.

Powstaje pytanie czy przepisy k.k. nie stwarzają możliwości uwolnienia od odpowiedzialności karnej w poruszonym dość często przypadku odłączenia pacjenta od wysoce specjalistycznej aparatury medycznej. Nie można zapominać, że życie niesie różne sytuacje i istnieje może merytoryczna, z punktu widzenia medycznego, celowość takiego odłączenia. Na przykład, gdy z aparatury tej korzysta aktualnie pacjent, co do którego rokowanie jest zdecydowanie niekorzystne, a przywieziono do szpitala pacjenta, który ma dużo większe szanse przeżycia, oczywiście po podłączeniu go do tej jedynej aparatury.

Trzeba odnotować, że kwestia ta już była przedmiotem rozważań prawnych. Jak podaje M. Sośniak¹⁷, można wyróżnić następujące próby rozwiązania omawianego zagadnienia:

1) Lekarz nie ma prawa porównywania wartości życia ludzkiego. Dlatego odłączając jednego chorego od aparatury medycznej w celu ratowania drugiego chorego postępuje zawsze bezprawnie.

2) Lekarz postępuje bezprawnie, ale nie w sposób zawiniony.

¹⁶ Por. np. W. Świda, *Prawo karne*, Warszawa 1978, s. 489; I. Andrejew, *Polskie prawo karne w zarysie*, wyd. 4, Warszawa 1976, s. 354; a także A. Wąsek, *Odpowiedzialność karna za nieprzeszkodzenie przestępstwu*, Warszawa 1973; L. Kubicki, *Przestępstwo popełnione przez zaniechanie. Zagadnienia podstawowe*, Warszawa 1975.

¹⁷ M. Sośniak, *Śmierć*, Państwo i Prawo 1970, nr 3 - 4, s. 516.

3) Lekarz poświęcając jednego pacjenta dla ratowania drugiego działa w stanie wyższej konieczności, zakładając, że spełnione są wszystkie wymogi dla tego stanu.

Sośniak uważa, że lekarz ma prawo do odłączenia chorego od aparatury w przypadku, gdy przyłączono go tylko dlatego, by nie mieć nic sobie do zarzucenia, iż nie podjęto prób ratowania człowieka, choć beznadziejnie chorego¹⁸.

Z. Ziemiński¹⁹ generalnie przyjmuje, że w przypadku ograniczonej liczby aparatów nie można odłączyć chorego, którego podtrzymuje się w ten sposób przy życiu, choćby przywieziono do szpitala chorego w gorszym stanie zdrowia czy też chorego, co do którego są większe szanse utrzymania go przy życiu. Dostrzega jednak dylemat moralny, gdy pacjent korzystający aktualnie z aparatury nie ma żadnych szans przeżycia. W tego rodzaju sytuacji powstaje ewentualnie podstawa dla stosowania przepisu o wyższej konieczności (art. 23 k.k.), choć jak podkreślił Ziemiński, sprawa to wielce dyskusyjna, bo przecież poza jakimiś wyjątkowymi przypadkami życie ludzkie jest jednakowo cenne z punktu widzenia prawa.

Przede wszystkim co do propozycji ewentualnego powołania się na wyższą konieczność, trzeba stwierdzić, że stosowanie przepisu art. 23 k.k. w omawianej sytuacji *prima facie* byłoby dopuszczalne. Spełnione byłyby bowiem wszystkie przesłanki do jego zastosowania (zasada bezpośredniości, subsydiarności, proporcjonalności). Szczególnie brzemienne jest tu zasada proporcjonalności, która zakłada, że dobro poświęcone nie może mleć -oczywiście wartości (a więc znacznie) większej niż dobro ratowane. Prawo karne w tym kontekście nie zezwala na jakiegokolwiek wartościowanie życia ludzkiego, po prostu życie jednego człowieka jest równowarte z życiem drugiego. Pamiętać przy tym należy, że możliwość stosowania przepisu art. 23 k.k. nie jest bezwzględna. Jak słusznie przed laty zauważył J. Sawicki²⁰, na przykład dla dokonania zabiegu operacyjnego powołanie się na wyższą konieczność nie wystarcza, w świetle art. 17 ustawy z 1950 r. o zawodzie lekarza konieczna jest z reguły zgoda pacjenta na tenże zabieg.

W kontekście omawianego odłączenia pacjenta od aparatury i spowodowania tym samym świadomie śmierci tego pacjenta podkreślić trzeba, że wprawdzie przepis o wyższej konieczności pozwoliłby ewentualnie na ekskulpację lekarza (gdy na przykład nie ma możliwości uzyskania zgody pacjenta na to odłączenie), ale jednocześnie można zapytać, czy lekarz ma prawo dysponowania życiem ludzkim. Wydaje się, że le-

¹⁸ Ibidem.

¹⁹ Z. Ziemiński, op. cit., s. 109.

²⁰ J. Sawicki, op. cit., s. 84.

karz takiego prawa nie ma, a wynika to z generalnego założenia, że nikt nie ma prawa decydowania o cudzym życiu²¹.

Ponadto przeciwko dopuszczalności praktyki odłączania pacjenta od aparatury przemawiają takie okoliczności, jak: możliwość błędu diagnostycznego czy też, czego wykluczyć nie można, zła wola personelu leczącego, prowadząca do różnego rodzaju nadużyć.

Kończąc swoje, z konieczności skrótowe, refleksje po przeczytaniu materiałów z sesji gdańskiej, chciałbym wyrazić aprobatę dla jej organizatorów. Konieczna jest dalsza wymiana poglądów na tematy życia i śmierci, są to bowiem problemy najdonioślejsze, zawierające się w pytaniu: jaki jest sens istnienia?

L'HOMME DEVANT LA MORT

Résumé

Cet article contient l'analyse critique des matériaux de la conférence scientifique des médecins et des humanistes qui a eu lieu le 11 et le 12 mai 1976 à Gdańsk dont le sujet était "L'homme devant la mort — la prise en considération de l'éthique marxiste, du droit de la réanimation et de ses limites".

L'auteur concentre son raisonnement autour des problèmes suivants:

- la dimension philosophique et médicale de l'existence humaine,
- les difficultés de définir la notion de "l'homme",
- les possibilités de la médecine contemporaine en matière de réanimation de l'homme et de thérapeutique intense,
- les conséquences psychologiques des processus du vieillissement et de la mort.

Il traite les questions de l'euthanasie, de l'ortothanasie et de la disthanasie vivement discutées dans les dernières années. La partie finale de l'article concerne les questions juridiques liées au devoir du médecin de sauver la vie de tous, les malades. On y souligne aussi le problème de la défense absolue de provoquer la mort précoce du malade.

²¹ Autor tych uwag jest zwolennikiem bezwzględnej ochrony życia ludzkiego, od której zresztą są wyjątki (np. prawo do zabicia napastnika powołując się na obronę konieczną, prawo do zabicia na wojnie itp.). Można wyrazić myśl na pewno dyskusyjną, by na przykład prawo do obrony koniecznej nie obejmowało prawa do zabicia napastnika, a tylko ewentualnie spowodowania uszkodzenia ciała. Dość należy, że jesteśmy świadkami niedostatecznego wyposażenia służby zdrowia w wysoce specjalistyczną aparaturę medyczną. Zmusza to lekarzy do wartościowania życia ludzkiego. Chodzi tu głównie o ograniczenie możliwości stosowania hemodializy, dializy. Jednakże to wartościowanie nie ma oblicza tak drastycznego, jak w przypadku doraźnego odłączenia pacjenta od aparatury, ma ono miejsce w fazie nie terapeutycznej, lecz diagnostycznej.