

dr J. C. Willke i inni

# ŻYCIE CZY ŚMIERĆ

STARE I NOWE  
TAJEMNICE EUTANAZJI



**Dr John C. Willke i inni**

**ŻYCIE CZY ŚMIERĆ**

**STARE I NOWE**

**TAJEMNICE EUTANAZJI**

**Gdańsk 2013**

**Fundacja Klub Przyjaciół Ludzkiego Życia**

Tytuł oryginału: Assisted Suicide & Euthanasia – Past & Present

Współautorzy:

**dr med. Frederic Wertham**

**dr Cathleen Cleaver**

**dr Edward Grant**

**dr Mark Rothe**

Tłumaczenie:

**Hanna Dankiewicz**

Konsultacja medyczna tłumaczenia polskiego:

**dr Jerzy Umiastowski**

Redakcja:

**Ewa Kowalewska**

**Anna Lisiewicz**

**Małgorzata Wyszynska**

Projekt okładki:

**Elżbieta Kaczmarek**

KDP "; 9: /: 5/; 59842/2/4

Wydanie poprawione. Wersja elektroniczna

Wersja angielska Copyright Hayes Publishing Co.

Y gtulc"r qnunc'Eqr { tki j v'Ngej "Mqy crgy unk'

# Spis treści

Od wydawcy polskiego

Przedmowa

ROZDZIAŁ I Czym jest eutanazja?

ROZDZIAŁ II Lekcja historii – najbardziej zgubne doświadczenie

ROZDZIAŁ III Geranium w oknie – morderstwa eutanazyjne

ROZDZIAŁ IV Wąchanie kwiatków od spodu – masowe, zinstytucjonalizowane zabijanie

ROZDZIAŁ V Przysięgi lekarskie

ROZDZIAŁ VI Doświadczenia holenderskie

ROZDZIAŁ VII Samobójstwo wspomagane

ROZDZIAŁ VIII Opinie

ROZDZIAŁ IX Decyzja Sądu Najwyższego USA

ROZDZIAŁ X Co wydarzyło się w stanie Oregon?

ROZDZIAŁ XI Odpowiedź – opieka paliatywna

BIBLIOGRAFIA

PRZYPISY

## **DODATEK DO WYDANIA POLSKIEGO**

Katechizm Kościoła Katolickiego (fragmenty)

Encyklika Evangelium vitae Ojca Świętego Jana Pawła II (fragmenty)

Jan Paweł II Do moich Braci i Sióstr – ludzi w podeszłym wieku (fragment)

Stanowisko polskich lekarzy

Postawy Polaków wobec eutanazji

# OD WYDAWCY POLSKIEGO

W swojej długiej i niejednokrotnie tragicznej historii Polska wślawiła się szanowaniem życia człowieka i jego godności. Upominała się zresztą o to prawo wielokrotnie, również ostatnio. Jest to głęboko posadowione w naszej chrześcijańskiej tradycji i kulturze.

Jednak w ostatnich latach *przyszedł* do nas hedonizm Zachodu, a wraz z nim, coraz bardziej upowszechniająca się tendencja do *liberalnego* traktowania zasad moralnych. Ten szczególny relatywizm moralny prowadzi człowieka do wniosku, że to on sam *posiada* prawo do decydowania, co jest dla niego dobre, a co złe. Niedaleko stąd do uznania, że człowiek jest absolutnym panem swojego życia i ma również prawo do samobójstwa wspomaganego, tj. do zabicia siebie przy pomocy innej osoby.

U schyłku tysiąclecia, w 1999 r. niespodziewanie pojawiła się w polskich mediach problematyka eutanazji. Świeckie rozgłośnie radiowe o dużej słuchalności po kolei organizują otwarte debaty społeczne na ten temat. Podobne dyskusje kilkakrotnie urządziła telewizja publiczna. Emituje się filmy ukazujące tzw. sytuacje graniczne. Można powiedzieć, że w polskich mediach, bez jakiegokolwiek oczekiwania ze strony społeczeństwa, nagle podjęto akcję propagandową o prawo do śmierci.

Obserwując zachowania i wypowiedzi wielu słuchaczy, zwłaszcza ludzi młodych, trzeba stwierdzić, że nie znają oni w ogóle zagadnienia i łatwo ulegają tej propagandzie, bazując głównie na podsycanych uczuciach litości, niechęci do jakiegokolwiek cierpienia w poczuciu własnej autonomii w decydowaniu o swoim życiu. Dyskutując, często zapominają, że dotyczy to każdego z nas, zarówno młodych, jak i starych.

CBOS przeprowadził szerokie badanie opinii publicznej w tej sprawie, co również potwierdza, że tematyka eutanazji została uznana za ważny temat społeczny. Można, co prawda, mieć wątpliwości co do prawidłowości i bezstronności zadawanych pytań, jednak nie można pomijać faktu, że za zaprzestaniem karmienia terminalnie chorego pacjenta opowiedziało się 51% respondentów. Widać tu zupełny brak umiejętności rozróżnienia, co jest uporczywą terapią, a co nią nie jest. Załączamy podsumowanie wyników tego badania.

Polski Kodeks Etyki Lekarskiej jest w tej dziedzinie jednoznaczny (patrz załącznik), ale badania opinii studentów Wydziału Lekarskiego Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie (przyszłych polskich lekarzy) wykazują, że choć w większości są oni przeciwko eutanazji (58,3%), jednak spora ich liczba (41,7%) popiera samobójstwo wspomagane przez lekarza., przy czym są to osoby o zmniejszonej religijności (patrz załączniki *Postawy Polaków wobec eutanazji*).

Znikoma jest nasza świadomość i wiedza na temat tego, czym naprawdę jest eutanazja i do czego prowadzi.

Polskie prawo nie dopuszcza ani eutanazji, ani samobójstwa wspomaganego, jednakże wszelkie zmiany społeczne rozpoczynają się zawsze od przemian w świadomości ludzi. Najwyższa więc pora,

abyśmy zatrzymali się nad tym problemem i uzupełnili naszą wiedzę.

Problem eutanazji nie jest nowy, ale umiejętnie *przemilcza się* fakty historyczne. Mówienie o *programowym* zabijaniu ludzi w XX wieku, staje się prawie nietaktem, tym bardziej wskazywanie dzisiaj na te same trendy, które w przeszłości doprowadziły do ideologii kwalifikującej życie ludzkie, jako *warte lub niewarte przeżycia*. A przecież współcześnie wracamy do tych samych polemik i konfrontacji.

Naród polski w szczególny sposób doświadczył zbrodni nazizmu. Ale dzisiaj ktoś z nas, zwłaszcza ludzi młodych, wie o tym, że komory gazowe zostały przewiezione do obozów koncentracyjnych na polskich terenach okupowanych dopiero w 1941 roku, *powypróbowaniu* ich w szpitalach psychiatrycznych, gdzie zabijano Niemców, których *życie zostało uznane za niewarte przeżycia*. Warto tu przypomnieć, że *dobrodziejstwo śmierci z litości* początkowo było przeznaczone tylko dla *rasowych* Niemców, a z programu starannie wykluczano Żydów. Później jednak zmieniono zdanie! Któż z nas wie, że nie było rozkazu Hitlera, zmuszającego lekarzy psychiatrów do zabijania swoich pacjentów. Była to ich własna inicjatywa i wykonanie!

Nie sposób tutaj nie przypomnieć tak wielkich postaci jak św. Maksymilian Maria Kolbe, który przeżył męki bunkra głodowego, ale ponieważ był *zakwalifikowany jako niewarty przeżycia* dobito go *litościwie* zastrzykiem fenolu. Iluż polskich księży, więźniów Dachau, było *zakwalifikowanych jako niewarci przeżycia*. Wspominając pamięć wielu błogosławionych męczenników, przypomnijmy bł. ks. Emila Szramka, który zginął w 1942 r. w Dachau na skutek eksperymentalnego polewania lodowatą wodą. Wyniki tych *doświadczeń medycznych* są nadal cytowane i uznawane za naukowe. Jeśli rzeczywiście nie chcemy, aby kiedykolwiek się to powtórzyło, musimy rozumieć, dlaczego i jak do tego doszło. Pora odsłonić przemilczenia i *tajemnice*.

Osoby, popierające prawo do samobójstwa wspomaganego przez lekarza, z reguły nie wiedzą prawie nic o współczesnych możliwościach medycyny w uśmierzaniu bólu. Człowiek umierający został oddzielony od rodziny, ukryty przed społeczeństwem, stąd wyobrażenia wielu ludzi o umieraniu są zupełnie irracjonalne. Pozostaje tylko wielki lęk przed śmiercią. Powinniśmy więc koniecznie poznać fakty. Zainteresować się pracą hospicjów i wspomagać je.

Człowiek współczesny, żyjący w utylitarnym społeczeństwie, gdzie największą wartością staje się własna wygoda i przyjemność, jest szczególnie narażony na utratę wiary. Przestaje rozumieć, że tylko Bóg jest Dawcą Życia. Ulega iluzji, że ma prawo do decydowania o swojej śmierci, walczy o własną autonomię, wpada w depresję i pozostaje bardzo, bardzo samotny w tych trudnych chwilach. Nie potrafi poradzić sobie z własnym cierpieniem, którego wartość zanegował. Porównajmy to z sytuacją bł. Ojca Pio, który ofiarowując swoje wielkie cierpienie Bogu, jako ofiarę przebłagalną, marzył o śmierci, ale będąc posłuszny Bożej woli, przeżył 81 lat. Jak wiele dobra dokonał. Odrzucenie wartości cierpienia przez współczesnego człowieka, bardzo często ochrzczonego, jest dramatem negacji Krzyża jako drogi zbawienia. Jest wielkim kryzysem wiary.

Oddając do rąk czytelnika polskiego kolejną książkę dra Johna Willke, prezydenta

Międzynarodowej Federacji Prawa do Życia, mamy nadzieję, że odsłoni ona wiele tajemnic i niedomówień na temat eutanazji oraz ukaże to kolejne zagrożenie ludzkiego życia.

**Ewa Kowalewska**



# PRZEDMOWA

Dr Frederick Wertham w roku 1966 po raz pierwszy opublikował swoją książkę pt. *A Sign for Cain* (Znamie Kaina). Później dwa z rozdziałów zawartych w tej książce zostały opublikowane oddzielnie pod tytułem *German Euthanasia Program* (Niemiecki program eutanazji), które w całości cytujemy w niniejszej książce. W owym czasie zagadnienie eutanazji traktowano jako kwestię historyczną. Holokaust był taką okropnością, że zakładano powszechnie, iż nigdy już się nie powtórzy. Wiedza dotycząca jego genezy, rozwoju, a w końcu przerażającego dramatu, jakim się stał, była dostępna dla każdego zainteresowanego. Wszyscy byli pewni, że coś podobnego nie może się wydarzyć powtórnie, a kraje cywilizowane nie mogą podążać tą samą drogą, którą w latach dwudziestych i trzydziestych XX wieku wybrały Niemcy.

A jednak historia może się powtórzyć. Żyjemy w świecie, który coraz bardziej opanowuje *kultura śmierci*. Tym razem zaczęło się od aborcji. Życie ludzkie przestało być święte i bezpieczne w łonie matki. Podobnie jak niewolnictwo, zaledwie 150 lat temu, tak w XX wieku aborcja powoli niszczyła sumienie narodów. Jeśli zabijanie stało się dozwolone przed narodzeniem, dlaczego z tych samych powodów nie zabijać po narodzeniu? Jeśli społeczną aprobatę uzyskało zabijanie w pierwszych miesiącach życia z rozmaitych względów ekonomicznych i społecznych, dlaczego, z tych samych powodów, nie wprowadzić bezbolesnego zakończenia życia w ostatnich jego miesiącach?

Eutanazja nie pojawiła się w pełnym rozkwicie nagle, lecz musiała przejść stopniowy proces rozwoju. W USA zaczęło się od spisywania szczegółowych zaleceń dotyczących własnej śmierci w przypadku choroby terminalnej lub tzw. *testamentu odnośnie do ostatnich chwil życia*. Następnie, gdy w stanach Kalifornia, Oregon i Waszyngton nie powiodły się próby legalizacji działań lekarza, który zabija pacjenta na jego życzenie, zaproponowano inny „chwyt” – *samobójstwo wspomagane*.

Ten podstęp nie udał się w Australii, co oznacza że prawo federalne nie dopuszcza takiego rozwiązania. Jednak poszczególne stany mają swoją autonomię i mogą ustanawiać na swoim obszarze tzw. prawo stanowe. Samobójstwo wspomagane również zostało jednogłośnie odrzucone przez Sąd Najwyższy USA, ale zalegalizował go stan Oregon. Dyskusje wokół tego zagadnienia dopiero się zaczynają, a decydujące starcia są jeszcze przed nami.

Nasze rozważania rozpoczniemy od ogólnego zdefiniowania eutanazji. Następnie przeanalizujemy historyczne wydarzenia prowadzące do powstania Niemieckiego Programu Eutanazji. Autorami tego rozdziału są znani specjaliści: Cathleen Cleaver, Edward Grant i Mark Rothe. Historyczną analizę lekarskich i etycznych przyrzeczeń poprzedzi znakomite opracowanie dra F. Werthama (rozdziały III i IV) na temat przemocy i Holokaustu. Po czym przyjrzymy się współczesnemu holenderskiemu programowi eutanazji. Podejmiemy też polemikę na temat tzw. *samobójstwa wspomagane*, wymienimy kolejno argumenty *za* i dostarczymy zwięzłych odpowiedzi *przeciw*. Przyjrzymy się również raz jeszcze roli lekarza w dzisiejszych czasach. Przedstawimy decyzję Sądu Najwyższego USA z 1997 roku, wydarzenia w stanie Oregon oraz propozycje rozwiązań w kontekście nacisków dotyczących legalizacji eutanazji.

Mam nadzieję, że to nowe opracowanie problematyki eutanazji wraz z klasycznymi już rozdziałami pracy dra F. Werthama, okaże się pomocne dla wszystkich zainteresowanych eutanazją – najnowszym



zagrożeniem ludzkiego życia.

John C. Willke, doktor nauk medycznych

# ROZDZIAŁ I

## CZYM JEST EUTANAZJA?

Słowa są bardzo ważne. Jest oczywiste, że ludzie po raz pierwszy spotykający się z tym zagadnieniem, często sprawdzają znaczenie słowa *eutanazja* w słowniku. Trafiają wówczas na termin *dobra śmierć*. Jednak współcześnie takie wyjaśnienie powinno zostać całkowicie odrzucone, ponieważ nie ma żadnego uzasadnienia w rzeczywistości. **Współcześnie eutanazja nie jest *dobrą śmiercią*. Eutanazja dzisiaj to zabicie pacjenta przez lekarza.**

Analitycy zagadnienia eutanazji kładą duży nacisk na jej klasyfikację, tworzone są drobiazgowo podziały na eutanazję czynną i bierną, bezpośrednią i pośrednią, dobrowolną, niedobrowolną i przymusową, a także samobójstwo wspomagane. Rozróżnienia te są niekiedy potrzebne, ale według mnie, zarówno ich wykorzystywanie, jak i szczegółowa analiza różnic pomiędzy nimi, powoduje tylko zaciemnianie problemu. W tej dyskusji należy nazywać eutanazję po imieniu i konsekwentnie mówić, czym ona naprawdę dzisiaj jest: **eutanazja to zabicie pacjenta przez lekarza.**

Na przestrzeni wieków lekarze opierali swoje działania na podstawowej zasadzie etycznej. Owa zasada była bardzo jasna i jednoznaczna, począwszy od czasów jej autora, greckiego lekarza Hipokratesa, który żył 400 lat przed Chrystusem. Brzmiała ona *primum non nocere*, tzn. po pierwsze nie szkodzić. Zasada ta przyjęła się w erze chrześcijaństwa i aż do naszych czasów przyświecała służbie zdrowia. Jednak w ciągu ostatnich dziesięcioleci zaczęto ją coraz częściej łamać, ponieważ niektórzy lekarze powrócili do zasad etyki poprzedzającej postawę Hipokratesa, kiedy to lekarz miał prawo do dwóch rodzajów działań – do leczenia i do zabijania.

Na szeroką skalę eutanazja została po raz pierwszy zastosowana w XX wieku, krótko przed Holokaustem, torując do niego drogę. Fakt ten powinien stanowić dla nas lekcję, aby nigdy więcej nie powtórzyć tego strasznego błędu. Czas jednak szybko mknie naprzód, a my znów obserwujemy negowanie wartości ludzkiego życia i jego kwalifikowanie.

Bariera została przełamana w wyniku legalizacji aborcji, która pozwoliła wykwalifikowanemu lekarzowi własnymi rękami zabić nienarodzone dziecko. W tej chwili wysoce zagrożona jest kolejna bariera – zakaz zabijania ludzi już urodzonych. Mówi się nam, że eutanazja będzie dokonywana tylko w najbardziej poważnych przypadkach, wobec najbardziej cierpiących, wobec tych, którzy i tak wkrótce umrą, itd. **Ale jest to krok, którego nigdy nie powinno się uczynić. To tak, jakbyśmy umieścili na ludzkim życiu metkę z jego ceną, która pokazuje, że życie ma wartość względną, a nie absolutną i świętą.**

Kiedy człowiek zaczyna wyceniać, które życie ludzkie jest bardziej wartościowe, już jest zgubiony. Zrobili to naziści i wartość ludzkiego życia natychmiast spadła. Współcześni lekarze holenderscy postąpili podobnie i od tej chwili stopniowo obniżają cenę życia na swojej etykiecie. Pamiętamy, że na początku również aborcja była zastrzeżona tylko dla najtrudniejszych przypadków. Jednak to już była wycena i w rezultacie *cena życia* zaczęła spadać. Nie przegapmy najważniejszego momentu – przepaści, w którą tak łatwo można się niepostrzeżenie ześlizgnąć.

Nie wolno nam zapomnieć słów Williama L. Shirera, który rozmawiał z nazistowskim sędzią, skazanym na śmierć przez Międzynarodowy Trybunał Wojskowy w Norymberdze. Sędzia ten wybuchnął płaczem i zawołał: *Jak mogło do tego dojść?* Shirer odparł: *Panie Sędzio, doszło do tego już wtedy, gdy po raz pierwszy zezwolił Pan na zabicie niewinnego człowieka.*

Obrońcy eutanazji łatwo oskarżają lekarzy, że nie pozwalają pacjentom umrzeć w spokoju. Najczęściej opisują przypadek starego człowieka przywiązanego do łóżka, który cały czas cierpi i rzeczywiście powoli umiera. Wszystkie naturalne i kilka sztucznych otworów jego ciała są podłączone do jakiś cewników lub sond. Lekarz utrzymuje go przy życiu prawdopodobnie dlatego, że chce otrzymać wyższą pensję albo ponieważ nie chce się przyznać do przegranej bitwy o życie pacjenta. Taki obraz funkcjonuje powszechnie w coraz bardziej starzejących się społeczeństwach Zachodu. Sędziwi ludzie boją się tego i mówią: *Nie chcę żyć z jakimiś rurkami. Nie chcę tego bolesnego, kosztownego leczenia. Pozwólcie mi odejść, kiedy mój czas nadejdzie.* Takie podejście do zagadnienia uwidacznia się podczas sondaży opinii publicznej, kiedy to pośród potoku słów większość opowiada się za *samobójstwem wspomagany*. Dla znacznej części respondentów zgoda na samobójstwo wspomagane oznacza jedynie, że chcą, aby pozwolono im umrzeć w spokoju. W rzeczywistości wcale nie myślą, że kiedyś chcieliby mieć obok siebie lekarza, który podszedłby do ich łóżka, wbił igłę w żyłę i uśmiercił ich jednym zastrzykiem. **Dlatego też wyniki takich głosowań powinny być interpretowane z wielką ostrożnością. W chwili, gdy ludzie otrzymują pełną informację o eutanazji, wyniki badania ich opinii są z reguły diametralnie różne.**

Sam jestem lekarzem i lecę ludzi od pięćdziesięciu lat. Do dziś pamiętam sytuację, kiedy byłem jeszcze studentem medycyny i na nasz oddział przyszedł profesor z jedną fiolką lekarstwa w ręce mówiąc: *Mam penicylinę.* W szpitalu uniwersyteckim leżało wówczas dwóch pacjentów, którzy nieuchronnie zmierzali ku śmierci, ponieważ ich stan był w owych czasach nieuleczalny. Jeden z pacjentów cierpiał na ciężkie zapalenie szpiku kostnego i doszło już do posocznicy. Drugi miał podostre bakteryjne zapalenie wsierdza. Mieliśmy do dyspozycji niewielką ilość penicyliny, która mogła uratować jedno życie i trzeba było dokonać wyboru między pacjentami. Podjęliśmy decyzję, która jednemu z nich dawała szansę wyzdrowienia. Bezsilni musieliśmy równocześnie obserwować, jak choroba postępuje u drugiego.

W latach 50. i 60. byliśmy świadkami ogromnego, wspaniałego postępu w leczeniu. Jego podstawę stanowiło odkrycie i rozwój antybiotyków. Nowe antybiotyki pojawiały się jeden po drugim, każdy bardziej skuteczny od poprzedniego, każdy następny leczący grupę chorób, których wcześniejszy nie był w stanie wyleczyć. Uczyliśmy się pokonywać choroby zakaźne. To wszystko umożliwiało dalszy postęp – zupełnie nowe zabiegi chirurgiczne, natychmiastową pierwszą pomoc, tworzenie oddziałów intensywnej terapii, zarówno noworodków, jak i dorosłych. Równoległe z tymi zmianami pojawiły się nowe medykamenty leczące nieprawidłowe ciśnienie tętnicze, niewydolność serca, zaburzenia krzepnięcia krwi, itd. W tamtych czasach wydawało się, że jesteśmy w stanie zapobiec śmierci, a wszyscy lekarze byli mniej lub bardziej o tym przekonani. Dysponowaliśmy nowymi, cudownymi narzędziami, aby utrzymywać ludzi przy życiu, aby leczyć różne choroby. Korzystaliśmy z nich, lecz z perspektywy czasu można powiedzieć, że nie zawsze wiedzieliśmy, jak i kiedy przestać z nich korzystać. Nie ulega wątpliwości, że w latach 50., 60., a nawet 70. wielu z moich kolegów uporczywie utrzymywało pacjentów przy życiu, nie pozwalając, aby nadeszła naturalna śmierć, choć była ona nieunikniona. Nienaturalnie długie utrzymywanie człowieka przy życiu było kosztowne i

emocjonalnie wyczerpujące zarówno dla pacjenta, jak i dla członków jego rodziny. Czasem wiązało się to z niepotrzebnym dyskomfortem pacjenta, a nawet przedłużonym bólem.

Przed wprowadzeniem nowych leków i aparatów zabiegi związane z ratowaniem życia człowieka były znacznie ograniczone. Kiedy pacjent zbliżał się do nieuchronnej śmierci, rola lekarza sprowadzała się często do pocieszania go i eliminowania bólu. Później wkroczyliśmy w okres usiłowania jak najdłuższego utrzymywania umierających przy życiu, nie wiedząc jednocześnie, kiedy *pozwolić im odejść*. Również ten etap mamy już w zasadzie za sobą. Obecnie wahadło wychyla się raczej w zupełnie przeciwnym kierunku. Dziś namawia się nas, czasami przedwcześnie, do składania oświadczeń typu *nie reanimować*. Kiedy pacjent jest przyjmowany do szpitala, prosi się go o pisemną zgodę na określone czynności medyczne. Można zastanawiać się nad sensem rezygnacji z pewnych zabiegów, ponieważ mają one swoje plusy i minusy, a każdy przypadek musi być rozpatrywany indywidualnie. Jest jednak oczywiste, że przedstawiony powyżej argument za eutanazją – wizja człowieka cierpiącego przykutego do łóżka – nie jest już argumentem znaczącym, być może z wyjątkiem rzadkich przypadków. Dzisiaj my – przedstawiciele medycznej profesji – pozwalamy ludziom umrzeć śmiercią naturalną. Obecnie jesteśmy raczej oskarżani o mało troskliwą opiekę nad pacjentem, a nie o nadgorliwość. W dobie zreformowanego systemu opieki medycznej, pacjentowi przydzielany jest lekarz ogólny, decydujący w jaki sposób go leczyć. Lekarz ów często ze względów oszczędnościowych nie kieruje pacjenta do specjalisty, czy na bardziej kosztowne badania, bo ubezpieczenie nie pokryje wysokich kosztów. Nadopiekuńczość wobec pacjenta należy już do historii, a moi koledzy w wielu przypadkach mogą mieć tylko nadzieję, że będą w stanie zapewnić pacjentom leczenie na odpowiednim poziomie.

*Biologicznie wytrzymali* to dwa słowa, które warto zapamiętać, ponieważ dotyczą pewnej grupy pacjentów – ludzi, którzy zdaniem niektórych powinni umrzeć, ale nadal żyją. Inną grupę stanowią umierający pacjenci, którzy rzeczywiście wkrótce umrą. Ale tak naprawdę zwolennikom samobójstwa wspomaganego czy eutanazji wcale o nich nie chodzi. Ludzie ci umrą, bez względu na to, czy będą leczeni, czy nie. Prawdziwymi ofiarami zwolenników eutanazji są właśnie *biologicznie wytrzymali*. Ludzie ci z reguły nie cierpią, a ich życie nie jest sztucznie podtrzymywane. Niektórzy jednak traktują ich jak wielki ciężar. Należą do nich ludzie po udarach, z postępującymi chorobami neurologicznymi, takimi jak stwardnienie rozsiane czy choroba Lou Gehriga, z całkowitym porażeniem kończyn, po urazach głowy, itd. Są to ludzie, którzy zdaniem niektórych powinni umrzeć, lecz nie umierają. To właśnie oni są na celowniku zwolenników eutanazji. Pewna grupa ludzi pragnie, aby inna grupa ludzi przestała żyć.

W samym centrum tej debaty znajduje się dyskusja na temat uśmierzania bólu oraz możliwości zapewnienia pełnej współczucia opieki. Omówimy to zagadnienie bardziej szczegółowo w rozdziałach VII i X. Zapoznamy się również z holenderskim programem eutanazji. Nikt uczciwy nie może zachęcać do samobójstwa wspomaganego przez lekarza – czyli *de facto* do eutanazji – jeśli wcześniej dokładnie i wnikliwie nie zapozna się z tym, co wydarzyło się w Niemczech i co obecnie dzieje się w Holandii. Jest to poligon doświadczalny, który pokazuje, co staje się ze społeczeństwem, które legalizuje eutanazję. Szczegóły dotyczące sytuacji w Holandii przedstawia rozdział VI. Proszę przeczytać go dokładnie, ponieważ to, co dzieje się obecnie w Holandii, jest oczywistą zapowiedzią tego, co może i co z pewnością wydarzy się w społecznościach, które zalegalizują eutanazję.

Pamiętajcie, że nadal będą nam przedstawiane, jako argumenty chwytające za serce, tzw. *ciężkie przypadki*. Jednak w momencie zalegalizowania choćby ograniczonej formy eutanazji wyłącznie dla tych *ciężkich przypadków*, decydujemy się na otwarcie furtki, a wtedy przed nami szeroka droga. Jeśli godzimy się na wycenę jakiegokolwiek ludzkiego życia, spada także wartość życia każdego z nas. Wówczas po raz kolejny przypomnimy sobie słowa Williama L. Shirera skierowane do nazistowskiego sędziego: *Panie Sędzio, to zdarzyło się już wtedy, gdy wydał Pan wyrok śmierci na pierwszego niewinnego człowieka.*

**W naszym przypadku zdarzy się to wtedy, gdy po raz pierwszy wyrazimy zgodę, aby lekarz w majestacie prawa zabił swojego pacjenta.**

# ROZDZIAŁ II

*autorzy:*

**Cathleen A. Cleaver** – Dyrektor ds. polityki prawnej w Radzie ds. Badań nad Rodziną, w Waszyngtonie.

**Edward R. Grant** – członek Rady Dyrektorów – organizacji *American United for Life* (Amerykanie Zjednoczeni za Życiem), radca Podkomisji ds. Imigracji i Zażaleń, Komisji ds. Sądownictwa Amerykańskiej Izby Reprezentantów.

**Mark A. Rothe** – prawnik prowadzący własną kancelarię adwokacką w Wirginii.

## LEKCJA HISTORII – NAJBARDZIEJ ZGUBNE DOŚWIADCZENIE

Już w roku 1895 roku w popularnym niemieckim podręczniku medycznym domagano się *prawa do śmierci*. Bezpośrednio po I wojnie światowej termin ten przyjął się w Niemczech wśród przedstawicieli zawodów medycznych i prawniczych, głównie za sprawą publikacji z 1920 roku pt. *Die Freigabe der Vernichtung lebensunwertens Leben* (Zezwolenie na zniszczenie bezwartościowego życia).

Nawiązywanie do medycznego zabijania w nazistowskich Niemczech, podczas dyskusji o legalizacji samobójstwa wspomaganego i eutanazji jest dzisiaj uważane za wysoce kontrowersyjne. Jednakże ci, którzy są świadkami obu tych odległych w czasie wydarzeń, widzą oczywiste związki. Nazistowscy lekarze zostali przez wszystkich potępieni, co zaowocowało refleksją nad potrzebą zabezpieczeń, aby podobne działania nigdy się już nie powtórzyły. W rezultacie lekarze z całego świata po raz kolejny potwierdzili fundamentalną zasadę etyki lekarskiej – *lekarzom nie wolno zabijać pacjentów*.

Zaakceptowanie przez lekarzy – w ramach niemieckiego programu eutanazji – pojęcia *życie niewarte przeżycia* stworzyło podwaliny dla horroru, który później się rozegrał. Bez zgody lekarzy na udział w tym przedsięwzięciu, program eutanazji nigdy by nie powstał. Ta podstawowa zasada obowiązuje do dziś. Doświadczenia holenderskie świadczą o tym, że udział lekarzy w zabijaniu swoich pacjentów zawsze opiera się na koncepcji *życia, które nie jest już warte przeżycia*. Publikacje filozofów, którzy opowiadają się za eutanazją – Jamesa Rachelsa, Petera Singera i Johna Harrisa – potwierdzają ten fakt.<sup>1</sup> Chociaż sytuacja polityczna i społeczna zachodnich demokracji diametralnie różni się od sytuacji w nazistowskich Niemczech, konsekwencje legalizacji samobójstwa wspomaganego przez lekarza, oraz bezpośredniej eutanazji, będą nie mniej straszne.

### Propozycja leczenia przez zabijanie

W Niemczech okresu międzywojennego lekarze i prawnicy, znajdowali się pod wpływem opinii, że przyspieszenie śmierci może być dobrodziejstwem dla pewnej grupy pacjentów. W ten

sposób *najbardziej humanitarna, wykształcona i najlepiej rozwinięta naukowo społeczność medyczna świata* w latach 1920 – 1940 doprowadziła się do samozniszczenia, formułując i promując ideę śmierci wspomaganej przez lekarza.<sup>2</sup> *Sterbehilfe* (eutanazja) – była propagowana przez elitę lekarzy w odniesieniu do nieuleczalnie chorych i uważano ją za *Wohltat* (dobrodziejstwo).<sup>3</sup>

Popularna publikacja profesorów Karla Bindinga i Alfreda Hoche’a pt. *Permitting the Destruction of Unworthy Life* (Zgoda na niszczenie bezwartościowego życia) przedstawiała *Sterbehilfe* jako pełną współczucia, humanitarną odpowiedź wobec tych, którzy proszą o śmierć, w ramach dokładnie kontrolowanego procesu. Tekst ten okazał się przełomowy i decydujący w budowaniu zgody środowiska lekarskiego na bezpośrednie medyczne zabijanie oraz na aktywny udział w programie eutanazji, który wkrótce miał zostać przyjęty.<sup>4</sup>

Profesor Binding był jednym z czołowych niemieckich specjalistów w dziedzinie prawa konstytucyjnego i kryminalnego. Dr Hoche był psychiatrą. Prof. Binding jako prawnik także się zastanawiał: *Czy dopuszczalne odbieranie życia winno ograniczać się do indywidualnego aktu samobójstwa, jak to jest w obecnie obowiązującym prawie, czy też może być rozszerzone (...) na zabijanie innych istot ludzkich i pod jakimi warunkami?*<sup>5</sup> Jego odpowiedź była twierdząca w odniesieniu do trzech grup osób: (1) *tych, którzy są już bezpowrotnie straceni na skutek choroby lub jakiegoś uszkodzenia i którzy w pełni rozumiejąc swoją sytuację, chcą i w jakiś sposób już wyrazili swoją pilną potrzebę ulgi;* (2) *nieuleczalnych idiotów, którzy nie wyrazili żadnej wiarygodnej zgody na zabicie, lecz których życie jest zupełnie pozbawione sensu i stanowi straszliwy ciężar zarówno dla ich rodzin, jak i dla społeczeństwa;* (3) *pacjentów wcześniej wydolnych, którzy z powodu urazu stali się nieprzytomni i którzy, nawet gdyby ocknęli się ze stanu śpiączki, cierpieliby wegetując.*<sup>6</sup>

Hoche zadał nieco inne pytanie: *Czy nadal jest to życie ludzkie, jeśli tak dalece utraciło atrybut wartości prawnej, że jego trwanie w sposób nieodwracalny zatraciło wszelką wartość zarówno dla tego, który żyje, jak i dla społeczeństwa?*<sup>7</sup>

Binding i Hoche kategorycznie potępiali *zabijanie z litości* wbrew woli ofiar. Podkreślali, że warunkiem koniecznym do uśmiercenia nieuleczalnie chorego pacjenta jest jego zgoda na śmierć.<sup>8</sup> W odniesieniu do pierwszej zdefiniowanej przez siebie kategorii osób, Binding podkreślał, że jedynymi kandydatami *na śmierć za pozwoleniem* są terminalnie chorzy oraz ci, *którzy albo proszą o śmierć, albo wyrazili na nią zgodę.*<sup>9</sup> Zgoda pacjenta miała zasadnicze znaczenie dla Bindinga: *Każde pozwolenie na zabicie, które wiąże się z pogwałceniem woli życia konkretnego lub potencjalnego pacjenta jest wykluczone.*<sup>10</sup>

Hoche i Binding opowiadali się za wprowadzeniem eutanazji w ramach ściśle kontrolowanego procesu, który zakładał ocenę stanu pacjenta przez trzech profesjonalistów oraz możliwość wycofania zgody pacjenta w dowolnej chwili.<sup>11</sup> Zalecali, aby inicjatywa rozpoczęcia całego procesu była podejmowana przez pacjenta w formie *wniosku o pozwolenie*. Wniosek ten miał wędrować do komisji rządowej złożonej z lekarza ogólnego, psychiatry oraz prawnika. Do uzyskania zgody potrzebna była jednomyślność. Decyzja o wydaniu pozwolenia głosiła, że w wyniku przeprowadzenia *dokładnej analizy* stwierdzono, iż pacjentowi *nie można pomóc* oraz że *nie ma*



## Ostrzeżenia

Po opublikowaniu wypowiedzi Hoche'a i Bindinga były one szeroko dyskutowane w środowisku lekarzy niemieckich. Nad legalizacją medycznego zabijania dyskutowano, a następnie pomysł odrzucono, podczas zjazdu lekarzy w Karlsruhe [*Karlsruhe Arztag*] w 1921 roku oraz w Dreźnie na konferencji Towarzystwa Psychiatrii Sądowej w 1922 roku.<sup>12</sup>

Przedstawiciele środowiska medycznego, krytycznie oceniający nową propozycję, ostrzegali, że pełna współczucia ulga niesiona cierpiącym może być jedynie pierwszym krokiem w kierunku nowej lekarskiej etyki śmierci. Doktor M. Beer w 1914 roku napisał w swojej książce pt. *Ein schöner Tod: Ein Wort zur Euthanasiefrage* (Piękna śmierć: słowo w kwestii eutanazji), że pomoc lekarza w umieraniu może być: *pierwszym krokiem, choć mocno wątpię czy ostatnim (...) Jeśli raz zostanie nadszarpięty szacunek dla świętości życia ludzkiego poprzez wprowadzenie zabijania z litości – psychicznie zdrowych, a nieuleczalnie chorych fizycznie za ich zgodą oraz – chorych psychicznie bez ich zgody, kto da gwarancję, że na tym sprawa się skończy?*<sup>13</sup>

Krytycy Hoche'a i Bindinga z pogardą odnieśli się również do mentalności *praktycznego handlarza*, która pojawiła się wraz z tą rozprawą. Inni martwili się nieuczciwymi możliwościami ukrytymi w całym przedsięwzięciu. Jeszcze inni mieli wątpliwości co do nieodłącznej arbitralności i zgubnych skutków oceniania wartości ludzkiego życia.<sup>14</sup>

W książce pt. *Das Problem der Abkürzung „lebensunwerten“ Lebens* (Problem skracania życia, które nie jest warte przeżycia) z 1925 roku, będącej odpowiedzią na tezy Hoche'a i Bindinga, dr Ewald Meltzer gorąco sprzeciwił się twierdzeniu, że ludzie upośledzeni umysłowo zatracili ostatnie oznaki ludzkiej osobowości. Podkreślał jednocześnie ich godność oraz chęć cieszenia się życiem. [Przekonywał, że] *znacznie bardziej heroiczne jest zaakceptowanie tych istot, na ile to możliwe, „przychylenie im nieba” w życiu i w ten sposób służenie ludzkości, a nie zabijanie ich z przyczyn utylitarnych (...) Altruizm był cechą, która wyróżniała istoty ludzkie, [a] schronieniem dla ludzi niepełnosprawnych były nie tylko cenione placówki naukowo-badawcze, ale również konkretne przejawy chrześcijańskiej miłości bliźniego.*<sup>15</sup>

Mimo, że Binding i Hoche okazali się prorokami bezpośredniego medycznego zabijania, ich tezy pozostały niewiele znaczącym poglądem w dziedzinie niemieckiej psychiatrii i medycyny w okresie istnienia Republiki Weimarskiej.<sup>16</sup> Dopiero narodziny nazizmu ożywiły ideologię eugeniki, co stanowiło korzystny grunt dla tez Bindinga i Hoche'a. Współpraca ze strony czołowych postaci świata lekarskiego i naukowego umożliwiła pokonanie początkowej opozycji.<sup>17</sup>

Eugeniczne teorie promujące sterylizację i eutanazję były szeroko rozpowszechniane w niemieckim społeczeństwie poprzez edukację i innymi sposobami. Jednym z najważniejszych sposobów był film. W 1936 roku Helmut Unger wydał powieść pt. *Mission and Conscience* (Misja i sumienie) [oparty na niej film nosił tytuł *I Accuse* (Oskarżam)], w której opowiada historię młodej kobiety chorej na stwardnienie rozsiane. Jest ona przekonana, że jej życie nie ma już żadnej wartości i prosi swego męża lekarza, aby uwolnił ją od cierpienia.

W tym okresie wyprodukowano kilka innych filmów, które miały na celu propagowanie eutanazji.<sup>18</sup> Filmy te usiłowały udowodnić, że etyka lekarska głosząca podtrzymywanie życia, powoduje tylko niepotrzebny ból i cierpienie. *My, ludzie – wykorzystujemy naukę do przedłużania cierpień, podczas gdy moglibyśmy jej użyć do niesienia wyzwolenia* – twierdzono.<sup>19</sup> Przesłanie tych filmów głosiło, że taka etyka lekarska wywodzi się z *przesadnej troski o ludzkość* połączonej z religią, która jest wyobcowana z rzeczywistości oraz przestarzałymi zasadami kodeksu prawnego, które powinny zostać odrzucone.<sup>20</sup> Dopiero później uświadomiono sobie kluczową rolę, jaką obrazy te odegrały w tworzeniu ogólnej zgody na medyczne morderstwa.<sup>21</sup>

## Początki

Propozycje Hoche’a, Bindinga oraz innych niemieckich i światowych zwolenników pomocy lekarza w umieraniu zostały wprowadzone w życie w latach trzydziestych. Najpierw zezwolono na eutanazję niemowląt i dzieci dotkniętych wrodzonym kalectwem i wadami rozwojowymi. Wkrótce potem, również na gruncie współczucia, wprowadzono program *łatwej śmierci* dla dorosłych obywateli niemieckich – nieuleczalnie lub umyślowo chorych. W końcu, z programów medycznego zabijania wyrosło ludobójstwo, które stało się *ostatecznym rozwiązaniem*.

Program eutanazji opierał się na różnorodnych argumentach, zarówno statystycznych, jak i humanitarnych. Warto podkreślić, że rasowe i anty-semickie uprzedzenia nie odgrywały żadnej roli w jego opracowywaniu i wprowadzaniu w życie. **Tak naprawdę rząd niemiecki „wcale nie chciał przyznawać Żydom prawa do tego dobroczyнного aktu”.**<sup>22</sup> **Warto pamiętać, że motorem, który napędzał wczesną moralną transformację niemieckiej medycyny, nie była ideologia dyskryminacji rasowej, lecz ekonomika medycyny.**<sup>23</sup>

*Upadek moralny niemieckiej medycyny nie był spowodowany przez anty-semityzm. Na początku, o ironio, [Żydzi] nie zasługiwali na ‘dobrodziejstwo’ eutanazji pacjentów psychiatrycznych. [Upadek ten nie był również] spowodowany presją partii narodowych socjalistów. (...) Upadek ten nie zaczął się wśród felczerów i znachorów. Zaczął się na samym szczycie, wśród czołowych przedstawicieli medycyny akademickiej.*<sup>24</sup>

Co więcej, trzeba ze smutkiem zauważyć, że lekarze nie byli zobligowani czy też zmuszeni do udziału w tym programie, zostali jedynie zaproszeni.<sup>25</sup> *Lekarzom nigdy nie rozkazano zabijać umyślowo chorych pacjentów ani dzieci upośledzonych. Umożliwiono im takie działanie, które wykonali bez sprzeciwu, często z własnej inicjatywy.*<sup>26</sup>

## Zabijanie dzieci z litości

Praktykowanie eutanazji – jak ilustrują to dwa wczesne przypadki – rozpoczęły indywidualne prośby o śmierć w asyście lekarza. W marcu 1937 roku ojciec zabił swoje dziecko, ponieważ było ciężko chore psychicznie. Kiedy ojca oskarżono o morderstwo, lokalny ośrodek zdrowia wstawił się za nim, a presja wobec sądu spowodowała, że zamiast kary śmierci, której żądał prokurator, ojciec otrzymał jedynie symboliczną karę więzienia.<sup>27</sup>

W następnym roku mężczyzna o nazwisku Knauer zwrócił się do niemieckiego rządu z prośbą o *Gnadentod* (litościwą śmierć) dla swojej niewidomej, umyślowo opóźnionej córki, która urodziła się bez ramienia i nogi. Kanclerz zlecił zbadanie sprawy swojemu osobistemu lekarzowi, doktorowi Karlowi Brandtowi, a w przypadku zgodności listu z rzeczywistością, pozytywne załatwienie prośby.<sup>28</sup> Brandt ustalił, że *dziecko urodziło się niewidome, jest idiotą – lub też wydaje się nim być – nie ma jednej nogi i części ramienia*.<sup>29</sup> Według słów Brandta zawartych w sporządzonym przez niego oświadczeniu: *Rodzice nie powinni odczuwać poczucia winy w wyniku tej eutanazji – rodzice nie powinni mieć wrażenia, że to oni sami są odpowiedzialni za śmierć tego dziecka*.<sup>30</sup>

Zarówno lekarze, jak i rodzice, woleli w rozmowie używać eufemizmów, które pozwalały im stworzyć psychologiczny mechanizm obronny, a w rezultacie racjonalizację i zakwestionowanie tego, co naprawdę się wydarzyło. Po przeprowadzeniu sondażu w środowisku rodziców, rząd stwierdził że, chociaż wielu poparło *litościwą śmierć* dla swoich poważnie upośledzonych dzieci, *rodzice woleliby, aby powiedziano im, że ich dziecko zmarło na konkretną chorobę*.<sup>31</sup>

W pierwszej fazie programu zadawania śmierci z pomocą lekarza zamordowano w Niemczech aż 6 000 dzieci.

### **Zabijanie z litości dorosłych – śmiertelnie chorych i niepełnosprawnych**

Rząd niemiecki otrzymywał również prośby o litościwą śmierć od dorosłych, cierpiących z powodu raka i poważnych kalectw.<sup>33</sup> Wielu ludzi wierząc, że działają z humanitarnych pobudek, życzyło swoim upośledzonym krewnym *uwolnienia od cierpień*.<sup>34</sup> W maju 1939 roku, jako ciało doradcze, powstał Komitet ds. Naukowego Leczenia Ciężkich i Dziedzicznych Chorób, który miał ustalić jak funkcjonuje program eutanazji dzieci i dorosłych.<sup>35</sup> Siedziba placówki zajmującej się eutanazją dorosłych znajdowała się w Berlinie przy ulicy Tiergartenstrasse 4, co dało początek utajnionej nazwie – T-4. Na początku wydawało się, że przedsięwzięcie cieszy się szerokim poparciem w całym kraju.<sup>36</sup> ö

W szpitalach i innych placówkach opieki medycznej zaczęto zabijać pacjentów za pomocą śmiertelnego zastrzyku. Tzw. doktorzy T-4 nie uważali siebie za morderców, lecz przedstawicieli opieki medycznej, choć istniały wątpliwości, czy ich działania powinny być prawnie usankcjonowane.<sup>37</sup>

We wrześniu 1939 roku pod wpływem nacisków tego środowiska kanclerz wydał prawny immunitet dla lekarzy zaangażowanych w uśmiercanie z litości oraz ogłosił memorandum, w którym czytamy:

*Reichsleiter [Philip] Böhler oraz dr [Karl] Brandt otrzymują pełnomocnictwo rozszerzenia zakresu działań grupy lekarzy – wyznaczonych z nazwiska – którzy mogą po dokładnym zbadaniu stanu chorobowego zastosować uśmiercenie z litości wobec ludzi ewidentnie nieuleczalnie chorych*.<sup>38</sup>

Prawo legalizujące śmierć z pomocą lekarza zostało formalnie zaproponowane w roku 1940. Podobnie, jak jego wersja z 1933 r., głosiło:

*Każdy cierpiący na nieuleczalną chorobę, która prowadzi do poważnej utraty sił jego samego lub innych, może, po wyrażeniu prośby przez pacjenta i za zgodą specjalnie wyznaczonego lekarza, otrzymać pomoc lekarza w umieraniu.* Dodatkowa klauzula dopisana w uzupełnieniu, stwierdzała, że o ludziach psychicznie chorych, niezdolnych do decydowania o sobie w odniesieniu do tego nowego prawa, mogą decydować inni w ich imieniu.

Prawo to nigdy nie zostało formalnie zatwierdzone, ponieważ podjęto decyzję, aby *kwestia eutanazji pozostała „prywatną sprawą” pomiędzy lekarzami i ich pacjentami.*<sup>40</sup> Niemieckie środowisko medyczne było zdecydowane utrzymać tę praktykę wyłącznie w swoich rękach. *Miejsce igły jest w ręku lekarza* – powiedział w 1939 roku Viktor Brack, nadzorujący program eutanazji. Brandt zgodził się z tym, podkreślając, że *gazowanie powinno być dokonywane wyłącznie przez lekarzy.*<sup>41</sup>

Rządowe władze ustawodawcze planowały początkowo, że program T-4 i *Sterbehilfe* będą prawnie uzasadnione tylko w tych przypadkach, gdy lekarze, w wyniku swojej osobistej decyzji, mogą przynieść ulgę w cierpieniu nieuleczalnie chorym pacjentom poprzez podanie lekarstwa powodującego szybką śmierć.<sup>42</sup> W krótkim czasie powstała sieć około trzydziestu ośrodków zajmujących się uśmiercaniem, które miały swoje siedziby w już istniejących instytucjach.<sup>43</sup>

Początkowo w ramach projektu T-4 używano zastrzyków morfiny, skopolaminy i kwasu pruskiego (cyjanek), ponieważ były to środki bardziej medyczne w swej naturze niż gaz. Jednakże sprzeciw wobec stosowania tlenu węgla został wkrótce zakwestionowany, gdyż był on nie tylko bardziej skuteczny, ale również, jak mówił Brandt, był bezbolesny i zapewniał *najbardziej humanitarną formę śmierci.*<sup>44</sup>

W styczniu 1940 r. w szpitalu psychiatrycznym w Berlinie Brandt i Brack wraz z innymi przeprowadzili, po raz pierwszy na dużą skalę próbę uśmiercenia z pomocą lekarza nieuleczalnie chorych pacjentów.<sup>45</sup> Było to *zagazowanie w specjalnie przygotowanej do tego łaźni z ławkami, gdzie gaz – tlenek węgla – został doprowadzony z zewnątrz rurami i ulatniał się przez zrobione w nich niewielkie otwory.*<sup>46</sup>

Przykład tego, co działo się w ramach programu eutanazji dla dorosłych, stanowi szpital w Hadamarze, jednej z głównych instytucji T-4. W okresie od stycznia do sierpnia 1941 roku *bezbolesną śmiercią* w gazowych łaźniach w Hadamarze uśmiercono ponad 10 tys. psychicznie chorych Niemców.<sup>47</sup> Kierownikiem administracyjnym placówki był tam Alfons Klein.

W procesie o zbrodnie wojenne zeznał on, że od października 1940 r. do stycznia 1941 r. w zakładzie [w Hadamarze] leczono psychicznie chorych Niemców. W styczniu 1941 r. powstał plan wymordowania pacjentów i pogrzebienia ciał. Proceder ten był stosowany aż do sierpnia 1941 r., kiedy go przerwano.<sup>48</sup>

W 1941 r. pojawiły się pogłoski o zabijaniu ludzi wbrew ich woli. W sierpniu 1941 r. programy uśmiercania w asyście lekarza psychiatry w Hadamarze oraz w innych szpitalach T-4 zostały, odgórnym nakazem, oficjalnie przerwane. Do tego momentu w ramach programu T-4 zginęło od 80 do 100 tysięcy ludzi.<sup>49</sup> Jednak w Hadamarze program ten nigdy nie został zakończony. Zmieniono

jedynie metodę uśmiercania. Od sierpnia 1941 do sierpnia 1942 r. zabito śmiertelnym zastrzykiem 3,5 tys. osób.<sup>50</sup>

## Od eutanazji do ludobójstwa

Druga wojna światowa spowodowała wzmożenie i przyspieszenie procesu mordowania. Zapasy były niewielkie i twierdzono, że siły zbrojne mają większe prawo do żywności, ubrań i lekarstw niż chorzy, psychicznie upośledzeni oraz inni *niepotrzebni* z marginesu społecznego. W związku z tym rząd wykorzystał wojenną zawieruchę, aby pozbyć się tego *ludzkiego ciężaru*.

Początkowy projekt dokonywania eutanazji na poważnie chorych został rozszerzony na zabijanie praktycznie każdego, kogo śmierć była pożądana w świetle nowego programu „14f13”.<sup>51</sup> Hospitalizowanym Żydom, którym wcześniej odmawiano prawa do *szybkiej i łatwej śmierci*, przyznano tzw. *Sonderbehandlung* (leczenie specjalne), w wyniku którego w ramach programu eutanazji byli mordowani na równi z Niemcami. Później wydano rozkaz, aby Żydów wraz z innymi *jednostkami nieprzydatnymi dla społeczeństwa* przewozić z obozów koncentracyjnych do ośrodków, wyznaczonych w ramach programu T-4.<sup>52</sup>

Ogółem szacuje się, że *śmiercią z litości* zginęło 5 tysięcy dzieci oraz od 80 do 100 tysięcy dorosłych w ramach programu T-4 oraz 20 tysięcy więźniów obozów koncentracyjnych w ramach projektu „14f13”; *specjalne leczenie* Żydów w szpitalach uśmierciło kolejne tysiące osób.<sup>53</sup> **Niektórzy oceniają, że całkowity bilans śmierci z pomocą lekarza wynosi 275 tysięcy ludzkich istnień.**<sup>54</sup> Inne oceny sięgają nawet liczby 400 tysięcy osób, biorąc pod uwagę zarówno eutanazję dzieci, T-4, *Sonderbehandlung* i operacje pod kryptonimem „14f13”.<sup>55</sup> **Jednak prawdziwa liczba ofiar, nigdy na jaw nie wyjdzie.**<sup>56</sup>

## Zeznania podczas procesów norymberskich w sprawach z zakresu medycyny

Prawdopodobnie najlepszy argument na rzecz wycofania społecznej zgody na jakąkolwiek formę zabijania przez lekarza, stanowią zeznania ludzi, uczestniczących w tych zbrodniach oraz osób prowadzących śledztwo i oskarżających. W czasie procesów norymberskich oskarżeni przekonywali, że kierowali się współczuciem i względami humanitarnymi. Valentin Faltlhauser upierał się, że dla *niegodzącym motywem było współczucie*.<sup>57</sup> Pediatra Ernst Wentzler twierdził: *Czułem, że moja działalność jest czymś pozytywnym i że miałem swój niewielki udział w procesie postępu ludzkości*.<sup>58</sup>

W większości przypadków wśród oskarżonych panowało przekonanie, że ich działania jako lekarzy nie powinny być analizowane przez prawników i sędziów. Dr Hermann Pfannmuller, dyrektor medyczny zamkniętego szpitala w Elgging-Haar, żalił się w czasie swojego procesu przed Trybunałem w Norymberdze: *Jako lekarz stoję naprzeciwko prawnika i nasze punkty widzenia są diametralnie różne*.<sup>59</sup>

Brandt, który odegrał niesławną rolę w początkowym okresie wprowadzania programu eutanazji, przemawiał wprost w obronie jego słuszności, dowodząc ustami swego adwokata, że władza państwowa miała prawo wprowadzić taki program. W ostatnim słowie Brandt wygłosił

oświadczenie: *Czy uważacie, że była to dla mnie przyjemność, gdy otrzymywałem rozkaz wydania zgody na eutanazję? Przez piętnaście lat ciężko pracowałem przy łóżku chorego i każdy pacjent był dla mnie jak brat. Martwiłem się o każde chore dziecko, tak jakby było moim własnym. (...) W pełni zdaję sobie sprawę z problemu; jest on tak stary jak ludzkość, lecz nie jest zbrodnią przeciwko człowiekowi czy ludzkości. Jest to w rzeczywistości współczucie dla nieuleczalnie chorych. Nie mogę nagle stać się osobą wierzącą, jak duchowny, czy zacząć myśleć jak prawnik. Jestem lekarzem i prawa natury postrzegam jako prawa rozumu. Zarówno w sercu jak i w sumieniu mam miłość dla ludzkości. Dlatego właśnie jestem lekarzem! (...) Śmierć może oznaczać wyzwolenie. Śmierć to życie – w takim samym stopniu jak narodziny. Nigdy nie chodziło o mordowanie.*<sup>60</sup>

Podobne argumenty były przytaczane przez Kleina i innych oskarżonych w procesie pracowników szpitala w Hadamarze. Klein upierał się, że pacjentom *pomagano* umrzeć, aby oszczędzić im pełnego cierpienia powolnego umierania, jedynie w skrajnych przypadkach, takich jak ostatnie stadia gruźlicy. *Umierali tylko ci ludzie, którzy i tak byli już u progu śmierci* – mówił Klein. Inni oskarżeni uzasadniali mordowanie jako akt *współczucia i wyzwolenia*.<sup>62</sup>

Trybunały ds. Zbrodni Wojennych niezmiennie odrzucały tę linię obrony. Ukazuje ona jednak podejście oskarżonych do ich pracy w schroniskach czy szpitalach, podejście wywodzące się – zdaniem jednych – od Hoche’a i Bindinga, zdaniem innych – wynikające z ówczesnego sposobu myślenia niemieckiego społeczeństwa. Współcześnie, w jednym z ważniejszych procesów dotyczących eutanazji, który miał miejsce w 1986 r., oskarżeni powtórzyli stwierdzenie, że *zabijali z miłości i współczucia*.<sup>63</sup> Powtórzenie linii obrony sprzed czterdziestu lat, wówczas nieskutecznej, świadczy o szczerości tych wypowiedzi oraz mylnych domysłów, że próby usprawiedliwienia się zostały z premedytacją obmyślane dopiero po fakcie. Ci przestępcy byli w pełni przekonani o słuszności tezy – *życie niewarte przeżycia* – zarówno przed, w czasie i po dokonaniu zabójstwa. Ci, którzy prowadzili dochodzenie i oskarżali za te zbrodnie, zaakceptowali fakt, że lekarze byli w pewnym sensie zdemoralizowani, nie tylko przez nazistowską ideologię, ale w głównej mierze w wyniku zgody na fundamentalną zmianę podejścia do roli lekarza wobec ludzi przewlekłe chorych.

Amerykański generał brygady Telford Taylor, w Norymberdze stojący na czele Komisji ds. Ścigania Zbrodni Wojennych, w ten sposób opisał wybitnych lekarzy, przeciwko którym prowadzono procesy i którzy zostali skazani za morderstwa:

*Oskarżonym (...) zarzuca się morderstwo, tortury i inne okrucieństwa popełnione w imię medycyny (...) Nie zabijali z zimną krwią czy dla zysku (...) nie są zboczeńcami. Nie są ludźmi ograniczonymi. Większość z nich to wykształceni lekarze, a niektórzy to wybitni naukowcy. Perwersyjne myśli i wynaturzone koncepcje, które doprowadziły do tego bestialstwa, nie umarły. Nie można ich zabić siłami zbrojnymi. Nie można dopuścić, aby stały się rakiem tocącym ludzkość. Muszą zostać odrzucone i publicznie zdemaskowane.*<sup>64</sup>

Dr Leo Alexander – biegły ds. medycyny w procesach norymberskich – pisał w ten sposób o pochodzeniu oraz uporczywym funkcjonowaniu tych idei: *Bez względu na skalę, jaką osiągnęły te zbrodnie, wszyscy, którzy je badali, są świadomi, że ich początek wyglądał niewinnie. Zaczęło się od subtelnej zmiany akcentu w postawie lekarza. Od zaakceptowania nowego podejścia,*

*fundamentalnego dla całego zjawiska eutanazji, że istnieje coś takiego jak życie, które nie jest warte dalszego przeżycia.*<sup>65</sup>

Sędzia Robert Jackson, przewodniczący Amerykańskiej Rady w procesach norymberskich, wygłosił ostrzeżenie, które nie powinno zagać wśród wielu debat, podczas których głoszono, że amerykańska medycyna nigdy nie zniży się do legalizacji samobójstwa z pomocą lekarza: *Ludzie kochający wolność, w aktach zbrodni wojennych znajdą wskazówki dotyczące dróg, prowadzących do reżimu oraz ledwo zauważalne pierwsze kroki, do których nie wolno dopuszczać.*<sup>66</sup>

## **Wnioski**

Alfred Hoche, *sfrustrowany etyką ochrony każdego istnienia, bez względu na to jak jest bezwartościowe*, w 1920 r., przewidując przyszłość, napisał: *Nadchodzi nowa epoka – oparta na wyższej moralności i większym poświęceniu – która w praktyce zrezygnuje z zasad wybudowanego humanizmu i przeceniania wartości podrzędnych istnień.*<sup>67</sup> Również dzisiejsi obrońcy eutanazji z wielkim zapalem pragną wkroczyć w nową epokę. Mówią słowami, przypominającymi minione czasy, o okrucieństwie wobec tych, którzy cierpią, gdy pozbawia się ich upragnionych środków, prowadzących do spokoju i wyzwolenia od bólu. Podobnie jak Binding przestrzegają: *Nieprzyniesienie ulgi w postaci bezbolesnej śmierci ludziom nieuleczalnie chorym, którzy jej pragną – nie jest już współczuciem, lecz czymś wręcz przeciwnym.*<sup>68</sup>

Pierwsi propagatorzy eutanazji wydawali się być szczerzy w swoim przekonaniu o zaletach niesienia śmierci powodowanej litością. Współcześni zwolennicy samobójstwa wspomaganego przez lekarza być może również są szczerzy, jednakże ta szczerzość zrodziła się z niewybaczalnej beztroski. W przeciwieństwie do poprzedników, dzisiejsi zwolennicy eutanazji mogą skorzystać z lekcji historii, która ukazała prawdziwą naturę zabijania z pomocą lekarza, jako fałszywe współczucie i wynaturzoną litość. Historia ostrzega, że śmierć z pomocą lekarza stanowi poważne zagrożenie podkopujące fundamenty etyki lekarskiej oraz dla podstawowej zasady równej godności i naturalnej wartości, jaką jest życie każdej istoty ludzkiej.



# ROZDZIAŁ III

dr med. Frederic Wertham

Od wydawcy:

*Rozdziały III i IV są fragmentem książki Frederica Werthama pt. A Sign for Cain (Znamię Kaina), która należy do klasyki literatury na temat przemocy. Fragment ten został również opublikowany oddzielnie pt. The German Euthanasia Program (Niemiecki Program Eutanazji) i nie był wznawiany. Z przyjemnością przypominamy go Państwu jako część niniejszej książki. Ponieważ drukujemy go w całości, pojawią się pewne powtórzenia, zwłaszcza na początku. Tekst ten jednak zawiera wiele bardzo ciekawych faktów.*

## GERANIUM W OKNIE - morderstwa eutanazyjne

Jeśli chcemy zrozumieć istotę przemocy, nie możemy pomijać wiedzy o jej znaczących przejawach. Niestety, tak właśnie się dzieje z wydarzeniami bez precedensu – z masową przemocą i celowym mordowaniem przez lekarzy psychiatrów dużej liczby psychicznie chorych pacjentów. Zarówno opinia publiczna, jak i środowisko lekarzy psychiatrów, nie zna do końca ani szczegółów, ani podłoża tych wydarzeń. A jest to nie tylko rozdział w historii przemocy, ale również rozdział w historii psychiatrii. Nie wymaże go ani milczenie, ani minimalizowanie zjawiska. Trzeba się z nim zmierzyć. Musimy spróbować je zrozumieć i przeanalizować.

Na początku warto przypomnieć, że po wiekach walki z różnymi przeciwnościami wielkim osiągnięciem psychiatrii stało się naukowe i humanitarne traktowanie pacjentów chorych psychicznie. W toku tego postępu, jak ogólnie wiadomo, psychiatrzy niemieccy odegrali znaczącą rolę, a niemieckie publiczne szpitale psychiatryczne należały do najlepszych i najbardziej humanitarnych w świecie.

Pod koniec 1939 roku w obecności całej grupy lekarzy i eksperta – chemika – zamordowano z premedytacją czterech mężczyzn przy użyciu gazu – tlenku węgla. Mężczyźni ci nie zrobili nic złego, nie zakłócili porządku publicznego, byli za to pełni ufności i chęci współpracy. Należeli do grupy zwykłych pacjentów państwowego szpitala psychiatrycznego, który był – albo raczej powinien być – odpowiedzialny za opiekę zdrowotną nad nimi. Ten *udany* eksperyment doprowadził do zainstalowania komór gazowych w wielu szpitalach psychiatrycznych (Grafeneck, Brandenburg, Hartheim, Sonnenstein, Hadamar, Bernburg).

Wyobraźmy sobie taką oto scenę wziętą z historii. Doktor Max de Crinis jest profesorem psychiatrii na Uniwersytecie Berlińskim oraz dyrektorem oddziału psychiatrycznego jednego z najbardziej znanych szpitali w Europie – Charité. Należy do czołówki naukowców i organizatorów masowego eliminowania pacjentów z problemami psychicznymi. Doktor de Crinis odwiedza klinikę

psychiatryczną Sonnenstein niedaleko Drezna, aby nadzorować wykonywanie zadań. Chce osobiście sprawdzić, jak realizowane są plany. Sonnenstein jest szpitalem państwowym o długoletniej tradycji psychiatrycznej. W towarzystwie psychiatrów pracujących w tej klinice doktor de Crinis dokonuje inspekcji najnowszej inwestycji, komory podobnej do łaźni. Przez mały otwór w ścianie sąsiedniego pokoju obserwuje dwudziestu nagich mężczyzn wprowadzanych do komory. Drzwi zamykają się za nimi. Nie są pacjentami kłopotliwymi, lecz spokojnymi i chętnymi do współpracy. Do komory zostaje wpuszczony tlenek węgla, a mężczyźni stają się coraz słabsi, rozpaczliwie próbują oddychać, chwieją się i w końcu upadają. Kilka minut później ich cierpienie się kończy, wszyscy nie żyją. Ta scena powtarza się wielokrotnie podczas realizacji programu. Psychiatra lub inny lekarz z personelu odkręca kurek gazu, czeka chwilę, a następnie ogląda nieżywych pacjentów: mężczyzn, kobiety i dzieci.

Masowe zabijanie chorych psychicznie pacjentów było dużym projektem, zorganizowanym równie dobrze, jak inne ówczesne projekty w dziedzinie psychiatrii, a może nawet lepiej. Rozpoczęły go wnikliwe przygotowania oraz etap wstępny. Następnie opracowano szczegółowe metody działania, utworzono agencje zajmujące się transportem pacjentów, ich rejestracją i podobnymi zadaniami (istniały aż trzy duże agencje o dumnie brzmiących biurokratycznych nazwach). W placówkach psychiatrycznych zainstalowano też piece do kremacji zwłok. W końcu przystąpiono do realizacji programu. Wszystko działało jak w zegarku, jak w klepsydrze odmierzającej czas do śmierci. Struktura organizacyjna obejmowała swym zasięgiem sieć szpitali i placówek psychiatrycznych, profesorów psychiatrii renomowanych uniwersytetów, dyrektorów i personel szpitali psychiatrycznych. Lekarze psychiatrzy całkowicie odwrócili swoje historyczne powołanie i zaczęli wydawać wyroki śmierci. Z czasem wszystko stało się rutyną. Lekarze psychiatrzy, bez przymusu, bezpośrednio wcielali w życie powiedzenie jednego z najgłośniejszych komendantów obozów koncentracyjnych – Kocha (męża Ilse Koch) który mówił: *W moim obozie nie ma chorych. Są albo zdrowi albo trupy.*

Całe przedsięwzięcie realizowane było pod różnymi hasłami: *pomoc dla umierających, śmierć powodowana litością, zabijanie ze współczucia, niszczenie życia pozbawionego wartości, akcje współczucia*, albo po prostu *akcje*. Wszystko to łącznie nazwano górnolotnie brzmiącym, zwodniczym terminem – ***eutanazja***. Co dziwniejsze – a może jednak nie jest to wcale dziwne – nazwa przetrwała. Nadal słyszymy i czytamy o programie eutanazji, eksperymentach z eutanazją, kampanii na rzecz eutanazji, aktach eutanazji czy próbach eutanazji. W rzeczywistości to masowe zabijanie nie miało nic wspólnego z eutanazją, która ma być podobno dobrą śmiercią. Nie była to żadna śmierć z litości, lecz bezlitosne mordowanie. Była to okrutna eksterminacja bezbronnych ludzi przez tych, którzy mieli ich leczyć i troszczyć się o nich. Nie było tam miejsca na indywidualne ludzkie historie; była to systematyczna, zaplanowana operacja masowego mordu. Całe przedsięwzięcie cechował zupełny brak współczucia, litości, czy miłosierdzia dla pojedynczego człowieka. To, co lekarz czyni lub powinien czynić wobec indywidualnego pacjenta specjalnej troski, w specjalnych okolicznościach, nie ma absolutnie nic wspólnego z tamtą masową eksterminacją.

Możemy popełnić największą pomyłkę, jeśli stwierdzimy lub uwierzmy, że ten program był moralnie, medycznie czy społecznie uzasadniony, a to, co złe, spowodowane było jedynie przez

nadużycia. Nie było żadnych nadużyć. Rzadko która cywilna akcja społeczna była planowana, organizowana i realizowana z taką precyzją. To nie była *dobra śmierć*, jak sugerowałby termin – *eutanazja* (od *eu* – dobrze i *thanatos* – śmierć), lecz zła śmierć; nie była to *eutanazja*, lecz raczej *dystanazja*. Zanim pacjenci umierali, dusili się i cierpieli około pięciu minut. Jeśli zakwestionujemy związane z tym okrucieństwo (lub uwierzmy tym, którzy je minimalizują), pacjenci ci zostaną oszukani po raz wtóry. Często była to dla nich powolna, straszna śmierć. Pielęgniarka pracująca w państwowym szpitalu psychiatrycznym tak opisuje typową scenę z komory gazowej, widzianą przez otwór ukryty w ścianie: *Pacjenci wykrzywiali się, skręcali, aż w końcu upadali jeden na drugiego*. Inni opisywali, że zagazowane ofiary miały wargi poddane do przodu, a pomiędzy nimi wystawiony język, co jasno dowodzi, że próbowali złapać oddech.

Termin *eutanazja* był błędnie używany przez ludzi, którzy planowali, organizowali i realizowali te akcje. Obecnie jest nadal używany przez tych, którzy nie wiedzą lub nie chcą wiedzieć, co naprawdę się wydarzyło.

Starożytni pod pojęciem *eutanazji* rozumieli *sztukę i dyscyplinę umierania w pokoju i z godnością*. Jedynym uzasadnionym medyczno-społecznym poszerzeniem tego znaczenia jest *pomoc* w obliczu zbliżającego się końca, ze szczególnym podkreśleniem niesienia ulgi w bólu i cierpieniu. W tym sensie eutanazja jest łagodzeniem agonii, ulgą w bólu i cierpieniu za pomocą leków lub innych środków medycznych. Dla lekarza oznacza to rzetelną diagnozę, rokowanie i konsekwentne działanie w odniesieniu do określonego stanu klinicznego. Tak jak każda procedura medyczna może się ona wiązać z pewnym ryzykiem, które wymaga od lekarza najlepszej i jak najbardziej odpowiedzialnej oceny indywidualnego przypadku. Jednak bez względu na to, z jakimi problemami mogłoby się wiązać, nie ma nic wspólnego z tamtą masakrą psychicznie chorych pacjentów. Nie rozróżnianie tego oznacza mylenie człowieczeństwa z brakiem człowieczeństwa.

Dr Hans Hoff – profesor psychiatrii na Uniwersytecie Wiedeńskim – pisząc wprowadzenie do książki pt. *Euthanasia and Destruction of Life Devoid of Value* (Eutanazja i niszczenie życia pozbawionego wartości), rozpoczyna je słowami: *Tak długo, jak istnieją nieuleczalnie chorzy, cierpiący i umierający w bólu ludzie, tak długo problem eutanazji będzie otwarty*. W ten sposób, wraz z autorem tej wybielającej publikacji, wprowadza się zamęt i przemilczenia w kwestii eutanazji. Tamte ofiary nie były w stanie agonalnym, nie cierpiały z powodu trudnego do zniesienia bólu, większość z nich nie była nieuleczalnie chora.

Od samego początku – jeszcze przed wybuchem wojny i przed jakimkolwiek pisemnym oświadczeniem Hitlera – czołowi profesorowie psychiatrii i dyrektorzy szpitali psychiatrycznych oficjalnie wiedzieli, że pod hasłem eutanazji mają przeprowadzić program mający na celu uśmiercenie – przy ich pomocy – psychicznie chorych pacjentów w całych Niemczech. Przedmiotem tego działania było *zniszczenie życia pozbawionego wartości*. Definicja ta była na tyle elastyczna, że mieściła w sobie całe przedsięwzięcie eksterminacji pacjentów.

W owym czasie terminu eutanazja używano celowo dla ukrycia prawdziwych założeń projektu. Zamieszanie dotyczące znaczenia tego terminu ma wiele źródeł. Dla przykładu amerykański słownik *American College Dictionary* definiuje eutanazję jako *bezbolesne doprowadzenie osoby do*

**śmierci. To nie jest eutanazja, to jest zabójstwo.** Jeśli ktoś *doprowadza osobę do śmierci*, oznacza to, że zabija ją z premedytacją i popełnia morderstwo. Nawet, jeśli zostało to dokonane w sposób bezbolesny, wciąż jest to morderstwo. Wiele morderstw, podobnie jak samobójstw, jest popełnianych bez zadawania bólu. Powszechnie używany, najnowszy amerykański słownik terminologii psychologicznej i psychoanalitycznej definiuje *eutanazję* w podobnym stylu jako – *praktykę kończenia życia w sposób bezbolesny*. Kryminologia zna przypadki seryjnych morderców, którzy wcielali w życie tę właśnie praktykę. Należy do nich m. in. mężczyzna, który przez dłuższy czas wabił młodych, przystojnych chłopców do lasu i usypiał ich; zapadali w sen, z którego nigdy się nie budzili. Odnajdywano ich na pół ubranych z błogim wyrazem twarzy. Jednak nie była to eutanazja, ale seryjne morderstwo. Fakt, że tak błędne i mylące definicje znajdują się w powszechnie używanych słownikach, stanowi kolejny dowód potwierdzający tezę, że przemoc jest dużo silniej i bardziej podstępnie zakorzeniona w naszym społecznym myśleniu, niż powszechnie się wydaje.

Niejasność dotycząca definicji przenosi się również na liczbę ofiar. Czytamy o tysiącach, dziesiątkach tysięcy czy nawet setkach tysięcy. Ile ich było naprawdę? Wydaje się, że fakt ten będzie niezbędny dla zrozumienia nie tylko historii przemocy, lecz również historii psychiatrii czy w ogóle współczesnej cywilizacji. Jednakże w żadnej publikacji, książce czy raporcie z ostatnich lat, nie ma nawet przybliżonych danych. Jest rzeczą charakterystyczną, że wszystkie – bez wyjątku – przytaczane liczby są znacznie zaniżone. Podczas trwania programu [w III Rzeszy] poszczególne szpitale psychiatryczne nie ukrywały liczby pacjentów, których skazano na śmierć. Na przykład w 1941 r., psychiatryczna placówka Hadamar specjalną ceremonią uczciła kremację dziesięcioletniego pacjenta. Uczestniczyli w niej wszyscy – psychiatrzy, pielęgniarki, pozostały personel i sekretarki. Każdy otrzymał z tej okazji butelkę piwa.

Szacunkowe dane [dotyczące liczby ofiar] możemy uzyskać badając częściową, lecz dokładną, statystykę w danym okręgu. W latach 1939-1945 liczba pacjentów szpitali psychiatrycznych w Berlinie spadła do 1/4 pierwotnej liczby. Jako powód tego spadku oficjalne statystyki podają ewakuacje. To eufemistyczne wyrażenie ukrywa fakt, że 3/4 pacjentów zostało przetransportowanych do innych placówek, gdzie ich zamordowano. Zdarzało się, że pacjenci, zapisani na listę przeznaczonych na śmierć, nie byli wysyłani bezpośrednio do szpitali wyposażonych w komory gazowe, lecz czasowo trafiali do tzw. placówek pośrednich. W 1938 r. psychiatryczne instytucje Brandenburgii miały pod opieką 16295 pacjentów z Berlina. W 1945 roku zostało już tylko 2379 osób. Zgładzono prawie 14 000 pacjentów. W placówce Berlin-Buch z 2,5 tysiąca pacjentów przeżyło 500; w szpitalu Kaufbeuren w Bawarii z 2 tysięcy zostało 200 pacjentów. Wiele placówek, nawet dużych, w Berlinie, na Śląsku, w Badenii, Saksonii i w Austrii zamknięto, ponieważ uśmiercono wszystkich pacjentów.

W instytucjach specjalnie wyznaczonych do zabijania przepływ pacjentów był bardzo szybki. Placówka psychiatryczna Grafeneck normalnie dysponowała 100 łózkami. Na początku akcji w ciągu trzydziestu trzech dni zmarło (czytaj: zostało zabitych) 594 pacjentów. Trochę później, w ciągu czterdziestu siedmiu dni wykreślono z listy 2019 pensjonariuszy. W końcu krematorium Grafeneck dymiło bez przerwy.

W 1939 roku w szpitalach, klinikach lub innych placówkach psychiatrycznych przebywało około

300 tys. pacjentów (według dokładniejszych danych było to 320 tys. osób). W 1946 r. ich liczba wynosiła 40 tys. osób. W czasie realizacji projektu mówiono o zwolnieniu 300 tys. łóżek w wyniku likwidacji pacjentów psychicznie chorych. Najbardziej wiarygodne szacunki liczby zabitych pacjentów mówią co najmniej o 275 tys. pacjentów. Musimy pamiętać, że w przeważającej części nie byli oni nieuleczalnie chorzy, jak często niektórzy niefrasobliwie to kwitują. Nawet jeśli *eutanazja* jest definiowana, choć błędnie, jako *zabijanie nieuleczalnie chorych psychicznie*, to właśnie nie wydarzyło się [w Niemczech]. Według obiektywnej wiedzy psychiatrycznej stan około połowy pacjentów mógłby poprawić się w takim stopniu, że zostaliby zwolnieni i żyli w społeczności poza szpitalem lub zostali całkowicie wyleczeni.

Kolejnym szeroko rozpowszechnionym nieporozumieniem jest twierdzenie, iż pacjenci ci cierpieli na choroby dziedziczne. Błąd ten jest popełniany nawet w tych publikacjach, które w całości potępiają program eutanazji. U ogromnej większości pacjentów czynnik dziedziczny albo nie odgrywał żadnej roli, albo tylko niewielką (i nawet nie był naukowo udowodniony). Na ogólną liczbę ofiar składają się zarówno uleczalnie jak i nieuleczalnie chorzy, osobowości psychopatyczne, chorzy na epilepsję, zapalenie mózgu, stwardnienie tętnic, przypadki neurologiczne, chorzy z lekkimi i ciężkimi upośledzeniami umysłowymi, głuchoniemi, pacjenci z różnymi dolegliwościami nerwicowymi, kalecy, którzy w I wojnie światowej stracili kończynę i przebywali w szpitalu oraz wszelkiego rodzaju *ludzie ułomni*.

Wskazania [do uśmiercania] coraz bardziej się rozszerzały, aż w końcu powstało kryterium ludzi zbędnych – niesprawnych, nieproduktywnych, mających problemy z dostosowaniem się, *wszelkichbezużytecznych zjadaczy chleba*, ludzi niepożądanych. Najpełniej można to określić jako zidentyfikowanie i wyeliminowanie słabych jednostek.

Znaczny odsetek w ogólnej liczbie ofiar stanowią ludzie starzy, bez żadnej starczej psychozy, ale po prostu starzy i niedołęzni. Wielu starców, których objął program eutanazji, nie przebywało w żadnej placówce, lecz żyło w swoich domach, w rodzinach, w dobrym zdrowiu. Pewnego dnia zjawiał się u nich psychiatra i przeprowadzał powierzchowne badania psychiatryczne. Oczywiście jest, że skonfrontowanie osoby starszej z wieloma psychologicznymi pytaniami, daje łatwą możliwość wykazania, że coś jest z nią nie w porządku pod względem umysłowym. W konsekwencji psychiatra proponował umieszczenie starszej osoby pod właściwą opieką i oddanie jej na pewien czas do szpitala. Stamtąd szybko kierowano ją do komory gazowej. **Trudno sobie wyobrazić, że tysiące normalnych mężczyzn i kobiet, bez większych protestów godziło się, aby ich rodzice czy dziadkowie zostali potraktowani w ten sposób. Jednakże tak właśnie się stało.** Już we wrześniu 1939 roku rozniosła się po Berlinie pogłoska, że dokonano już eksterminacji pensjonariuszy domów starców oraz, że planuje się zabicie wszystkich wiekowych inwalidów tak szybko, jak to możliwe.

Podczas pierwszego etapu realizacji programu zarówno młodzi jak starzy umysłowo chorzy Żydzi byli skrupulatnie wyszukiwani i wyłączani [z akcji], ponieważ uważano, że nie przysługuje im prawo do psychiatrycznej eutanazji. Trwało to aż do połowy 1940 r. Ostatecznie jednak zmieniono zdanie i włączono ich do akcji tak, że do końca 1941 r. zostali wymordowani praktycznie bez wyjątku.

W ten sam sposób pozbyto się tysiący dzieci. Powołano dla nich osobną agencję, w skład której

wchodziła trzyosobowa komisja składająca się z lekarza psychiatry, będącego dyrektorem szpitala państwowego oraz dwóch wybitnych lekarzy pediatrów. Dzieci pochodziły ze szpitali psychiatrycznych, placówek dla umysłowo chorych, domów dziecka, uniwersyteckich klinik pediatrycznych, szpitali dziecięcych, kierowane były też przez indywidualnych lekarzy pediatrów. Zabijano je zarówno w placówkach psychiatrycznych jak i w klinikach pediatrycznych. Zwłaszcza w tych drugich morderstwach uczestniczyło wiele lekarek. Wśród ofiar były zarówno dzieci z poważnymi chorobami umysłowymi, jak też z lekko opóźnionym rozwojem umysłowym. Były wśród nich dzieci kalekie, ze schorzeniami neurologicznymi oraz z zespołem Downa (nawet bardzo lekko upośledzone). Wśród ofiar były również dzieci z domów poprawczych oraz innych placówek resocjalizacyjnych. Przyjęcie do takiej placówki wynikało często ze wskazań społecznych, a nie faktycznych problemów z osobowością dziecka. Pewien lekarz, który dożyłnym zastrzykiem morfiny zabijał chłopców i dziewczęta w jednej z placówek resocjalizacyjnych, tłumaczył się później przed sądem: *Dzisiaj widzę, że to nie było właściwe. (...) Zawsze mówiono mi, że odpowiedzialność spoczywa na profesorach z Berlina.*

Dyrektor placówki psychiatrycznej w Hadamarze był odpowiedzialny za zamordowanie ponad tysiąca pacjentów. Osobiście otwierał zawory gazu i przez otwór w ścianie obserwował agonię pacjentów, także dzieci. Twierdził: *Czułem oczywiście pewne wątpliwości. Rozwiały się, gdy poznałem nazwiska znakomitych naukowców biorących udział w akcji: profesor Carl Schneider, profesor Heyde, profesor Nitsche.* Oczywiście nie może to być usprawiedliwieniem ani w sensie prawnym, ani moralnym, lecz jest to czynnik przyczynowy, który powinien być brany pod uwagę. Kiedy dr Karl Brandt, nadzorujący projekt eutanazji pod względem medycznym, bronił siebie i swojej przewodniej roli w całej akcji, twierdził, że zawsze wymagał jak *najbardziej wnikliwej* selekcji tych, którzy byli umysłowo nieuleczalni. Dodał: *Czy nie korzystano w programie z pomocy prawdziwych profesorów uniwersytetów? Któż miał do tego lepsze kwalifikacje niż oni?*

Stwierdzenia, z których korzystali czołowi psychiatrzy dla logicznego uzasadnienia okrucieństwa, są prawdziwe. Musimy zadać sobie pytanie, co stanowiło podłoże tych idei w okresie przed eskalacją przemocy. Historycznie rzecz biorąc istniały w psychiatrii tendencje (nie tylko w psychiatrii niemieckiej) do wartościowania nie tylko poszczególnych jednostek na podstawie diagnozy medycznej, ale również całych grup na podstawie obserwacji medyczno- socjologicznych. Drogę utorowało to, co było (i nadal jest) powszechnie uważane za dysertacje naukowe. Najbardziej wpływowa okazała się, wydana w 1920 roku w Lipsku, książka pod tytułem: *The Release of the Destruction of Life Devoid of Value* (Zniszczenie życia pozbawionego wartości). O jej popularności świadczy fakt, że dwa lata później potrzebne było jej wznowienie. Książka głosiła, że zabijanie *bezwartościowych ludzi* nie powinno być karane, lecz prawnie dopuszczalne. Jej autorami było dwóch sławnych naukowców: prawnik Karl Binding i psychiatra Alfred Hoche. Koncepcja *życia pozbawionego wartości* czy też *życia niewartego przeżycia* nie była wytworem nazizmu, jak często się uważa, lecz pochodzi od w/w autorów, którzy zaprezentowali ją w tej właśnie książce.

Binding i Hoche mówią o zupełnie bezwartościowych istotach ludzkich; opowiadają się za zabijaniem tych, których nie można uratować i których śmierć jest pilnie potrzebna; wspominają o tych, którzy są poniżej poziomu zwierząt i którzy nie mają ani woli do życia, ani do śmierci; piszą o

tych, którzy są umysłowo zupełnie martwi i którzy reprezentują ciało obce w społeczeństwie ludzkim. Warto wspomnieć, że wśród argumentów popierających zabijanie podkreślany jest czynnik ekonomiczny, koszt utrzymania tych pacjentów przy życiu i opieki nad nimi. Hoche, będący psychiatrą, wyśmiewa wszelkie przejawy współczucia dla takich przypadków, ponieważ opiera się to na błędnym myśleniu. Prawnik Binding przyznaje, że może pojawić się błąd w zdiagnozowaniu pacjenta i omyłkowa śmierć, lecz zbywa to słowami: *Ludzkość traci tak wiele jednostek na skutek błędów, że jedna osoba w tę lub w tamtą stronę nie robi żadnej różnicy*. Na początku książki czytamy o współczuciu dla pacjenta. Jednakże w dalszej części tekstu kwestia współczucia nie pojawia się już wcale. Zostaje zupełnie pominięta. Zamiast niej, obydwaj autorzy wyolbrzymiają czynnik ekonomiczny, stratę pieniędzy i ciężką pracę, jaką jest opieka nad upośledzonymi. Obydwaj wychwalają heroizm i heroiczną postawę, które teraz nie będą już potrzebne.

Powyższe idee zaprezentowano w 1920 r. Hoche i Binding na pewno nie słyszeli jeszcze o Hitlerze, a Hitler nie czytał ich książki. Nie bez znaczenia pozostaje fakt, że w czasie, kiedy Hitler dopiero zaczynał swoją karierę, slogan *życie pozbawione wartości* został już wylansowany przez zupełnie inne środowisko. Z pewnością istnieje coś takiego, jak duch danego czasu, który wyłania się z otchłani procesów ekonomiczno-historycznych.

Ta mała książka wywarła wpływ lub w jakimś stopniu skryształizowała myślenie całego pokolenia. Biorąc pod uwagę jak bardzo idee w niej zawarte nakłaniały do przemocy, warto przypomnieć, że obaj autorzy byli znanymi ludźmi, którzy odgrywali rolę intelektualnych przywódców w tamtym okresie historycznym. Fakt ten potwierdza tezę, że przemoc nie zawsze pochodzi z niekontrolowanych instynktów ludzi bez wykształcenia, lecz często jest przemyślaną strategią. Hoche był profesorem psychiatrii i dyrektorem kliniki psychiatrycznej we Fryburgu w latach 1902–1934. Wniósł znaczący udział w rozwój neuropsychiatrii. W jego klinice praktykowało wielu znakomitych specjalistów – na przykład dr Robert Wartenberg, który później został jednym z wybitnych i najbardziej popularnych nauczycieli neurologii w Kalifornii. Trafne poglądy Hoche’a na temat klasyfikacji chorób psychicznych miały duży wpływ na amerykańską psychiatrię, szczególnie za pośrednictwem Adolfa Meyera – profesora psychiatrii na Uniwersytecie Johna Hopkinsa.

Jednakże wszędzie tam, gdzie jego prace dotyczą tematów społecznych, pojawiają się tendencje świadczące o umysłowej ciasnocie. Dla przykładu, w serii monografii, które wydał i opublikował, nadał rozgłos książce, która próbowała udowodnić intelektualną niższość kobiet wobec mężczyzn. W pracy na temat psychiatrii sądowej zaprezentował karno-legalistyczne podejście do dewiacji seksualnych. Był reakcyjnym przeciwnikiem psychoanalizy, który nie akceptował nawet udowodnionych obserwacji klinicznych Freuda. Książkę na temat *życia pozbawionego wartości* uważał za jedno ze swoich ważniejszych dzieł.

Drugi autor, Karl Binding, był profesorem prawoznawstwa na uniwersytecie w Lipsku. Był głównym reprezentantem *teorii kary jako zapłaty* w prawie karnym. Zwalczał przekonanie, że celem kary jest ochrona społeczeństwa oraz że osobowość przestępcy winna być brana pod uwagę. Uczył, że każdy czyn przestępczy powinien być w pełni ukarany. Jego syn, Rudolf G. Binding, był również prawnikiem, a także uznanym poetą. Kiedy w roku 1933 Romain Rolland ostrzegał przed nazistowską przemocą i apelował o ludzkie uczucia, Rudolf G. Binding odpowiedział mu *Listem do świata*.



Głosił potrzebę fanatyzmu u każdego i do działania wzywał *fanatyków dużych i małych, nawet dzieci*.

Innym intelektualnym nurtem, który przyczynił się do ostatecznego wymordowania chorych psychicznie pacjentów, było przesadne podkreślanie wpływu dziedziczności na zaburzenia umysłowe. Czołowym reprezentantem tego trendu był Ernst Rüdin, profesor psychiatrii na uniwersytetach w Bazylei (Szwajcaria) oraz w Monachium. Niektóre z jego badań nad dziedzicznością oraz badań jego uczniów i współpracowników (np. Eugena Kahna, który później został profesorem psychiatrii na Uniwersytecie Yale) były niewątpliwie wartościowe i zostały powszechnie uznane. Rüdin uczestniczył również w I Międzynarodowym Kongresie Higieny Psychiczej w Waszyngtonie. Równocześnie to właśnie on dostarczył *naukowych* argumentów, zgodnie z którymi przeprowadzano masową sterylizację fizycznie i umysłowo upośledzonych ludzi. Był głównym twórcą prawa dotyczącego sterylizacji z 1933 r. Prawo to Rüdin sformułował i zinterpretował w 1934 r. z takim rozmachem, że na przykład chłopak mający nieszkodliwą stulejkę, był zmuszony do poddania się sterylizacji. Krótkie oficjalne wyjaśnienie tego zabiegu głosiło, że byłby on *niezdolny do dokonania niezwykłych osiągnięć w sporcie, w życiu, podczas wojny, a także do zmierzenia się z niebezpieczeństwami*. Skutki przymusowej sterylizacji w latach 1933–1945 nadal są przytaczane we współczesnej literaturze psychiatrycznej bez słowa krytyki na temat bestialstwa tej praktyki.

Prawo nakazujące obowiązek sterylizacji było zwiastunem masowego mordowania chorych psychicznie pacjentów, organizowanego i realizowanego za pełną wiedzą Rüдина. Przekonująco ostrzegał on lekarzy psychiatrów przed *nadmiernym współczuciem i miłością bliźniego, charakterystycznymi dla minionych wieków*.

Te teoretyczno-intelektualne założenia stały się podstawą do pozbawiania życia pacjentów w placówkach psychiatrycznych w imię psychiatrii. Od samego początku program eutanazji był we wszystkich ważnych punktach, także w konkretnych szczegółach, pod kontrolą lekarzy psychiatrów. Sektor administracyjny obsługiwali biurokraci, którzy zajmowali się przede wszystkim kwestiami formalnymi, sprawami realizacji i zarządzania, takimi jak transport pacjentów, kremacja, powiadamianie krewnych, itd. Psychiatrzy podpisywali nawet fałszywe akty zgonu. To do nich należało podejmowanie decyzji. Dla tych lekarzy, jak wyraził to chemik fizyczny, profesor Robert Havemann, denuncjując morderców dopuszczających się eutanazji: *pacjent nie jest już istotą ludzką potrzebującą pomocy, lecz jedynie rzeczą, której wartość ocenia się według tego, co jest bardziej wygodne dla państwa – jego życie czy śmierć. Lekarze przejęli rolę sędziego decydującego o życiu i śmierci (...). Zrobili z siebie nieomylnych bogów*. W jaki sposób traktowali oni swoją rolę, świadczą odpowiedziodczas przesłuchania byłego dyrektora jednego z najlepszych i ówczesnie najlepiej administrowanych szpitali psychiatrycznych, przesłuchiwanego podczas przesłuchania:

Pytanie: *Wobec ilu dzieci zastosował Pan eutanazję w swoim szpitalu?*

Odpowiedź: *Nie mogę powiedzieć dokładnie ...*

Pyt.: *Wobec ilu? 200? 500? 1000?*

Odp.: *Na miłość boską, naprawdę nie pamiętam, ile ich było. Naprawdę nie wiem, czy była ich setka czy więcej.*

Pyt.: *Czy Pan wie, kiedy w wyniku eutanazji zginęło ostatnie dziecko w Pańskim szpitalu?*

Odp.: *Dokładnie nie wiem. Ale doktor (...) mówi, że krótko przed przybyciem Amerykanów nadal wykonywano na dzieciach eutanazję.*

Pyt.: *Jak długo praktykował Pan eutanazję na dzieciach?*

Odp.: *To trwało bardzo długo. Nie pamiętam dokładnych dat.*

Pyt.: *Kiedy przerwano eksterminację tych dzieci?*

Odp.: *Eksterminacji tych dzieci nigdy nie przerwano, trwała aż do końca. Nigdy nie otrzymałem rozkazu [aby ją wstrzymać].*

Pyt.: *Wobec ilu dorosłych zastosował Pan eutanazję w swojej placówce?*

Odp.: *Nie wiem.*

Pyt.: *Ilu dorosłych skazał Pan na eutanazję w swojej placówce?*

Odp.: *To nie działo się w mojej placówce. Ograniczałem się do przekazywania pacjentów [do innych placówek, gdzie byli zabijani].*

Mówi się, że lekarze psychiatrzy tylko egzekwowali prawo i że zmuszono ich do posłuszeństwa wobec rozkazu. Ciągłe czytamy – jakby to był fakt historyczny – o tajnym rozkazie Hitlera, nakazującym eksterminację ciężko upośledzonych umysłowo oraz chorych psychicznie. Ci, którzy hołdują teorii historii tworzonej przez jednostkę (czasami nazywanej teorią historii wielkich jednostek), zgodnie z którą ważne wydarzenia, i te dobre i te złe, mogą być wyjaśnione zgodnie z życzeniem lub wolą jednostki – popierają iluzję, że taki rozkaz był jedynym powodem eksterminacji psychiatrycznych pacjentów. Zgodnie z tym poglądem wszystko było w porządku, dopóki nie nadszedł ów rozkaz i wszystko wróciło do normy, kiedy rozkaz został odwołany. Rzeczywistość była zupełnie inna. **Nie było żadnej regulacji prawnej, ani żadnego rozkazu.** Tragedia polega na tym, że lekarze psychiatrzy nie potrzebowali takiego rozkazu. Działali samodzielnie. Nie byli wykonawcami wyroku śmierci ogłoszonego przez kogoś innego. To oni przejęli rolę prawników ustanawiających zasady, kto miał umrzeć; to oni byli administratorami, którzy wypracowali procedury, dostarczyli pacjentów i odpowiednich miejsc oraz zdecydowali o metodach zabijania; wydawali wyroki śmierci w każdym indywidualnym przypadku; byli katami, którzy sami wykonywali wyrok lub – nie będąc do tego zmuszani – wydawali swoich pacjentów na śmierć w innych placówkach; nadzorowali i często obserwowali ich powolną śmierć.

Dowody w tej sprawie są oczywiste. Psychiatrzy nie musieli pracować w tych szpitalach; robili to dobrowolnie, mogli zrezygnować, gdyby chcieli; mogli odmówić wykonywania specjalnych zadań.

Dla przykładu, doktor F. Hölzel – psychiatra – został poproszony przez dyrektora psychiatrycznej placówki Eglfing-Haar o objęcie stanowiska ordynatora oddziału, na którym zabito wiele kalekich i upośledzonych dzieci (aż do 1945 r.), ale odmówił pisząc wzruszający list, w którym tłumaczył, że *jest zbyt miękki i jego temperament nie jest odpowiedni do tego zadania*.

**Hitler nie wydał rozkazu masowego mordowania psychicznie chorych pacjentów.** W połowie 1940 r. (kiedy w placówkach psychiatrycznych zginęło już tysiące pacjentów) Minister Sprawiedliwości Rzeszy, Gürtner napisał do ministra Hansa Lammersa: *Führer odmówił wydania zarządzenia [dotyczącego skazania na śmierć psychicznie chorych pacjentów]*.

Nie było żadnych podstaw prawnych do tego rodzaju działań. Jedyna notatka na ten temat, nieoficjalna, ale zapisana na prywatnym listowniku Hitlera, pochodzi z października 1939 r. i jest przedatowana na 1 września 1939 r. Spotkania psychiatrów, którzy wypracowywali program eutanazji miały miejsce na długo przed tą datą. Notatka Hitlera jest adresowana do Philippa Böhlera, szefa jego kancelarii oraz doktora Karla Brandta, jego ówczesnego osobistego lekarza i równocześnie Komisarza Rzeszy ds. Zdrowia. (Böhler popełnił samobójstwo; doktor Brandt został skazany na śmierć i stracony.) Notatka wyglądała następująco:

*Reichleader Böhler i dr med. Brandt zostają upoważnieni do rozszerzenia zakresu czynności lekarzy, wyznaczonych z nazwiska, tak aby ci mogli zadawać śmierć powodowaną litością wobec pacjentów, którzy zgodnie z najbardziej rzetelną oceną stanu choroby są ich zdaniem nieuleczalnie chorzy.*

Zabijanie pacjentów (Hitler nie wspomina o pacjentach psychicznie chorych), jest złem, nawet jeśli ktoś jest pewien, że są oni nieuleczalnie chorzy. Gdyby jednak zastosowano się do polecenia jasno wyrażonego w notatce [o pacjentach nieuleczalnie chorych], liczba ofiar byłaby nieporównywalnie mniejsza, a cały proceder nie wyglądałby, tak jak wyglądał. W odniesieniu do tej notatki, każdy mógł odmówić wykonywania tego, co później było realizowane. Notatka nie zawiera rozkazu zabijania, jedynie *upoważnienie* do zabijania. A to zupełnie coś innego. Lekarze skorzystali z tego upoważnienia w sposób bardzo szeroki, bezwzględny i okrutny. Notatka nie zawiera rozkazu, lecz określa pełnomocnictwo i odpowiedzialność konkretnej grupy osób, a mianowicie lekarzy ogólnych, psychiatrów i pediatrów. Polecenie to, dalekie od rozkazu, nie dawało psychiatrom oficjalnego pozwolenia na czynienie tego, czego dopuszczali się na szeroką skalę – uśmiercania różnych ludzi, którzy wcale nie byli nieuleczalnie chorzy, czy nawet psychicznie chorzy, bez próby wcześniejszego ich zbadania. Polecenie to pozostawiało psychiatrom szeroką swobodę działania w ramach *najbardziej rzetelnej oceny* oraz *ich zdania*. Z pewnością nie może być ono interpretowane jako rozkaz do mordowania ludzi, nie cierpiących na żadną chorobę lub lekko chorych.

Nawet jeśli ta notatka nie miała być rozumiana dosłownie, była formalnym ukłonem wobec etyki. Pozostawiała szansę na sprzeciw albo chociażby pytania. Czołowi psychiatrzy nie wykorzystali tej możliwości. Natomiast zainicjowali wprowadzenie bardzo elastycznych kryteriów i ukryli je pod płaszczykiem naukowej terminologii i akademickiej odpowiedzialności. Żadnego psychicznie chorego pacjenta nie uśmiercono bez udziału lekarza psychiatry. Gdyby zabrakło naukowego uzasadnienia, którego od początku dostarczali lekarze psychiatrzy oraz mobilizacji szpitali

psychiatrycznych i sprzętu, którym dysponowali, cały proceder nie przybrałby takich rozmiarów. To lekarze psychiatrzy są odpowiedzialni za swoje indywidualne oceny, decyzje i działania. Jeśli uświadomimy sobie, że począwszy od zarządzającego aż po zwykłego wykonawcę, lekarze psychiatrzy działali spontanicznie i bez przymusu, łatwiej zrozumieć zjawisko społecznej epidemii przemocy.

Sąd w Koblencji gruntownie zbadał tę kwestię na podstawie procesu trzech psychiatrów klinicystów, oskarżonych o pomoc w morderstwie w nieokreślonej liczbie przypadków: *Zadanie to przyjęli na siebie dobrowolnie; podobnie jak cała współpraca w czasie „akcji” była dobrowolna*. Widoczne jest to w liście Himmlera, szefa SS, w odpowiedzi na pytania zadawane w śledztwie przez sędziego: *To, co dzieje się w miejscu, o którym mowa [placówka psychiatryczna], jest realizowane przez komisję lekarzy. SS udziela pomocy jedynie w zakresie środków lokomocji, samochodów, itp. Ekspertem i osobą odpowiedzialną za wszystko jest lekarz specjalista, który wydaje rozkazy*. W kontekście tego stwierdzenia warto przypomnieć zdanie dr Hansa Hefelmanna, agronoma, który zajmował wysoką funkcję biurokratyczną w programie eutanazji. Wypowiedział je w 1964 roku w Limburgu na procesie, który nie prowadził do niczego w sprawie eutanazji: *Żadnemu lekarzowi nie kazano brać udziału w programie eutanazji; wzięli w nim udział z własnej woli*. Potwierdzają to również inne dowody.

To, czego dopuszczali się psychiatrzy, poruszało nawet członków partii nazistowskiej. Kiedy pacjenci byli przekazywani ze zwykłych szpitali do miejsc, gdzie mieli być zamordowani, mówiono im, że to rutynowa zmiana miejsca albo przeniesienie do lepszej placówki. Czasami do pacjentów docierała część prawdy, a wówczas dochodziło do dantejskich scen. Oto jedna z takich prawdziwych sytuacji. W sennym małym miasteczku Absberg parkują dwa duże autobusy (należące do centralnej transportowej agencji programu eutanazji). Stoją na ulicy w pobliżu placówki, w której przebywa kilkuset psychicznie chorych. Niedawno podobny autobus zabrał stąd dwudziestu pięciu pacjentów. Z dwudziestu pięciu *zmarło* dwudziestu czterech. Tylko jedna osoba wróciła. Pozostali pacjenci, podobnie jak mieszkańcy miasta, dowiedzieli się o tym, co się wydarzyło. Teraz, wychodzący z budynku do autobusu pacjenci, boją się, opierają i protestują. Personel używa wobec nich siły i każdy pacjent jest brutalnie wpychany do autobusu. Na chodniku gromadzi się duża grupa gapiów. Są tak poruszeni, że płaczą. Całą operację nadzoruje doświadczony psychiatra z dużego państwowego szpitala w Erlangen. Wśród publicznie płaczących obserwatorów tego żalosnego przedstawienia *byli nawet członkowie partii nazistowskiej* – według relacji oficjalnego raportu nazistowskiego. Nikt nigdzie nie wspomina, żeby któryś z lekarzy uronił choć jedną łzę.

Złożenie przyczynowej odpowiedzialności na lekarzach w żaden sposób nie pomniejsza odpowiedzialności wysokich i niższych nazistowskich urzędników i biurokratów zaangażowanych w cały proceder. Także odwrotnie, obarczenie pełną odpowiedzialnością urzędników w najmniejszym stopniu nie pomniejsza roli psychiatrów w tym masowym mordzie. Dla uzyskania właściwej perspektywy musimy myśleć w kategoriach przyczyn. Jeżeli dwie osoby planują i popełniają morderstwo z premedytacją, nie oznacza to, że tylko jedna z nich jest winna. Warto zauważyć, że pełna mobilizacja psychiatrów w celu zabicia pacjentów przebiegła tak szybko i sprawnie, jak wojskowa mobilizacja żołnierzy przed walką z wrogiem. Choć w rzeczywistości nie było żadnego rozkazu, psychiatrzy działali tak, jakby go otrzymali.

Często przytaczane są dwie *okoliczności łagodzące*, które należy poważnie przeanalizować. Pierwsza głosi, że psychiatrzy nie wiedzieli [o całej akcji]; druga, że bardzo niewielu z nich było w nią zaangażowanych. Na początku niektórzy psychiatrzy rzeczywiście mogli nie wiedzieć, co spotkało ich pacjentów przetransportowanych masowo (autobusami) do innej, anonimowej placówki. Jednakże zupełnie niedorzeczne jest twierdzenie, że ta nieświadomość utrzymywała się nawet wtedy, gdy uśmiercono dziesiątki tysięcy ludzi. Równie nieprawdziwa jest teza, że w akcji brało udział tylko kilku psychiatrów. Najbardziej zaniżone szacunki mówią, że było ich *może pięćdziesięciu*. Nawet gdyby ta liczba była prawdziwa (choć nie jest), należy przypomnieć, że wśród uczestników były największe sławy i znakomitości medycyny akademickiej i klinicznej. Sam rozmiar operacji sprawiał, że musiało wziąć w niej udział dużo więcej osób, zarówno w Niemczech, jak i w Austrii, być może trzy lub cztery razy więcej (nie mówiąc już o wielu pielęgniarchach i pielęgniarzach, wykonujących polecenia psychiatrów). Stopień współuczestnictwa był oczywiście różny. Dla przykładu, w Gütersloh, w szpitalu o międzynarodowej renomie, dyrektor i jego pracownicy nie dokonywali *selekcji* pacjentów *nadających się do uśmiercenia*. Po prostu bez oporu lub protestu dostarczali ich eskortie i konwojentom, którzy przyjeżdżali po nich ciężarówkami. To jest również współudział w morderstwie.

W lipcu 1939 r., na kilka miesięcy przed ową znaczącą notatką Hitlera, w Berlinie odbyła się konferencja, podczas której w ostatecznej, szczegółowej formie przedstawiono program wymordowania chorych psychicznie pacjentów w całych Niemczech. Byli tam obecni i gotowi do współdziałania stali, mianowani profesorowie psychiatrii i dyrektorzy katedr psychiatrii czołowych uniwersytetów i szkół medycznych Niemiec: Berlina, Heidelbergu, Bonn i Würzburga. Historycy medycyny oraz socjologowie będą mieli mnóstwo pracy, aby to wyjaśnić. Do tej pory nie podjęto rozważań nad tym problemem, ani nawet nie odnotowano tego faktu. Na konferencji w Dreźnie w marcu 1940 r. profesor de Crinis z Uniwersytetu Berlińskiego omawiał program [eutanazji] z czołowymi psychiatrami dużych, publicznych szpitali psychiatrycznych (szpitali państwowych). Klasyfikacja zaburzeń umysłowych, nad którą przez kilka wieków pracowali psychiatrzy ze wszystkich krajów, została zredukowana do prostego rozróżnienia: pacjenci, których życie *nie jest warte przeżycia* oraz pacjenci, *którym warto pomóc*. Lekarze, z których każdy piastował wysoki urząd w systemie państwowego szpitalnictwa, nie zgłosili sprzeciwu. Kwestie związane z etyką lub aspektami prawnymi, nie zostały nawet wspomniane. Jedynym zagadnieniem podniesionym przez uczestników konferencji było pytanie: *jak zrealizować projekt w możliwie najbardziej „dogodny i tani” sposób*.

Dla przykładu, przenoszenie pacjentów z placówki macierzystej do tej, w której mieli zostać uśmierceni, uznano za mało praktyczne, ponieważ oznaczało to koszty zużycia benzyny. Natomiast masowe groby, które miały być później zbudowane, zostały uznane za bardzo ekonomiczne.

Przez kilka lat trwania programu lekarze psychiatrzy spotykali się co trzy miesiące w Heidelbergu pod przewodnictwem profesora psychiatrii tamtejszego uniwersytetu. Podczas konferencji omawiano sposoby przeprowadzania eksterminacji oraz dyskutowano nad środkami zapewniającymi jej skuteczność.

**Cały projekt jest przykładem najbardziej zbiurokratyzowanego, masowego mordu w historii**

**ludzkości.** Funkcjonował on w następujący sposób. Podczas spotkań przygotowawczych główni eksperci programu – lekarze psychiatrzy – określili kryteria, według których miała następować selekcja pacjentów. Przygotowano formularze z pytaniami dotyczącymi diagnozy, czasu pobytu w placówce, itp. W październiku 1939 r. wysłano pierwsze kwestionariusze. Trafiły one do szpitali państwowych oraz innych publicznych i prywatnych placówek, w których opiekowano się pacjentami umysłowo chorymi, epileptykami, opóźnionymi w rozwoju oraz ludźmi kalekimi. Kopie wypełnionych formularzy odsyłało do czterech ekspertów psychiatrii, którzy znakiem plus lub minus wydawali opinię, czy pacjent ma żyć czy umrzeć. (Eksperci nigdy nie opiniowali kwestionariuszy ze swoich placówek, stąd nigdy nie znali osobiście tych pacjentów, których skazywali na śmierć). Liczba korespondencji świadczy, że psychiatrzy-eksperci pracowali bardzo ciężko.

Oto list z dnia 25 listopada 1940 r. z Centralnego Biura Programu Eutanazji w Berlinie do członka Komisji Ekspertów: *W załączeniu przesyłam 300 kopii raportów [kwestionariuszy] z placówki w Lüneburgu z prośbą o wydanie opinii. (podpis).*

A oto odpowiedź członka Komisji Ekspertów do siedziby głównej w Berlinie z dnia 29 listopada 1940 r.: *W załączeniu przesyłam sto siódmą partię raportów, a mianowicie 300 formularzy z moją opinią jako eksperta. (podpis)*

Ta szybka selekcja i wybór kandydatów na śmierć nie jest rekordowa albo w jakiś sposób wyjątkowa. Ten sam ekspert w przeciągu dwóch tygodni zaopiniował 2190 formularzy, a w ciągu dwóch dni 258.

Kwestionariusze zaopiniowane przez eksperta znakiem plus lub minus były następnie przesyłane do głównego eksperta, który wydawał ostateczną opinię. Począwszy od stycznia 1940 r. pacjentów skazanych w ten sposób na śmierć przenoszono, bezpośrednio lub poprzez miejsca pośrednie, do sześciu placówek psychiatrycznych, w których w ramach realizacji programu zainstalowano komory gazowe. W tych niosących śmierć placówkach zajmowano się pacjentem krótko i szybko, o czym świadczy typowy list z Biura Opieki Społecznej Szwabii do dyrektora szpitala państwowego Kaufbeuren: *Mam zaszczyt powiadomić Państwa, że wszystkie pacjentki przekazane nam z Waszego szpitala dnia 8 listopada 1940 r. zmarły w miesiącu listopadzie w placówkach: Grafeneck, Bernburg, Sonnenstein i Hartheim. (podpis)*

W niektórych placówkach, na przykład w Hartheim w Austrii, procedura była tak sprawna, że czasami wystarczały tylko cztery godziny od przyjęcia pacjenta do momentu, gdy na zawsze opuszczał placówkę *przez komin*.

Ostoją całego projektu byli eksperci. To ich decyzja przypieczętowała los każdej ofiary. Kim byli ci ludzie? Ta część całej historii wydaje się najbardziej godna uwagi – i najważniejsza jako nauka dla całej ludzkości o groźbie przemocy. Eksperci nie byli wyrzutkami społecznymi albo ludźmi z marginesu. Większość z nich cieszyła się powszechnym, społecznym i naukowym szacunkiem. Nie były to nazistowskie marionetki, lecz ludzie, którzy zrobili karierę i zdobyli uznanie jako lekarze psychiatrzy na długo przed dojściem Hitlera do władzy. Wśród nich było dwunastu profesorów zwyczajnych. Większość nazwisk mieściła się na liście najznakomitszych psychiatrów, którzy wnieśli

znaczący wkład do psychiatrii. Nadal wspomina się ich nazwiska w międzynarodowej literaturze psychiatrycznej, co świadczy o ich pozycji w tej dziedzinie nauki. Bibliografia ich prac, monografii i książek – nie mówiąc o wykładach w czasie studiów i po ich ukończeniu oraz pracy redakcyjnej w wiodących czasopismach psychiatrycznych – wypełniłaby całą broszurę. Jeśli chcemy zrozumieć pełny wymiar tego historycznego wydarzenia, powinniśmy zapoznać się z charakterystyką tych ludzi.

**Dr Max de Crinis** był profesorem psychiatrii na Uniwersytecie Berlińskim i dyrektorem oddziału psychiatrycznego sławnego Szpitala Charité. Wcześniej był naczelnym lekarzem Kliniki Psychiatrycznej Uniwersytetu w Grazu. Ci, którzy go znali, opisywali go jako *czarującego Austriaka*. Na swoim koncie ma wiele naukowych badań dotyczących alkoholizmu, epilepsji, nerwicy wojennej, patologii centralnego układu nerwowego, itd. Szczególnie interesowały go somatyczne symptomy towarzyszące zaburzeniom psychicznym – jak na przykład wadliwa czynność wątroby. Podręczniki, także najnowsze, odwołują się do niektórych jego prac. W 1944 r. opublikował interesującą książkę na temat somatycznych podstaw emocji, która nadal jest cytowana we współczesnej literaturze naukowej. Niełatwo zrozumieć – choć trzeba o tym wiedzieć – jak taki człowiek mógł osobiście, z premedytacją, wysłać na śmierć – ze swojego oddziału w szpitalu uniwersyteckim – trzynastoletniego chłopca z zespołem Downa, o niewielkim upośledzeniu umysłowym. Chłopiec został przewieziony i uśmiercony w jednej z przeznaczonych do tego celu placówek – na oddziale dziecięcym szpitala w Görden. W roku 1945, kiedy samochód doktora nie mógł już przedostać się przez kordon wojsk rosyjskich oblegających Berlin, de Crinis popełnił samobójstwo przy użyciu kapsułki cyjanku, pochodzącej z zasobów rządowych.

Jednym z najbardziej znakomitych i najmniej spodziewanych w tej grupie członków zespołu ekspertów – będących duszą całej operacji mordowania – był **Werner Villinger**, w swoim czasie profesor psychiatrii na uniwersytecie we Wrocławiu. Wcześniej kierował oddziałem psychiatrii dziecięcej w szpitalu w Tybindze, a następnie został dyrektorem ds. psychiatrii w Bethel – placówce o międzynarodowej sławie, założonej w 1867 r., która zajmowała się epileptykami oraz ludźmi upośledzonymi umysłowo i fizycznie. W latach 1946-1956 był profesorem psychiatrii na uniwersytecie w Marburgu. Dobrze znane są jego badania kliniczne na temat występowania ostrej psychozy po dokonaniu okrutnej zbrodni. Pisał przede wszystkim o psychologicznych i społecznych trudnościach dzieci i młodzieży, metodach wychowania dziecka, terapii grupowej, przestępczości nieletnich i tym podobnych zagadnieniach. Już po wojnie otrzymał odznaczenia od rządu zachodnioniemieckiego. W roku 1950 został zaproszony i wziął udział w konferencji nt. dzieci i młodzieży zorganizowanej w Białym Domu.

Już samo jego nazwisko, pomijając działalność, dodawało splendoru programowi eutanazji, a wspomnianie go w obecności innych, szczególnie młodszych psychiatrów, sugerowało, że w całej akcji nie może być nic złego. Trudno zrozumieć, jak człowiek zaangażowany w sprawy młodzieży mógł nie tylko zgodzić się, ale również brać czynny udział w projekcie jej mordowania. Pewne zapowiedzi późniejszych zachowań można znaleźć we wcześniejszych jego pracach. Dwa lata przed dojściem Hitlera do władzy Villinger opowiadał się za sterylizacją pacjentów cierpiących na choroby dziedziczne. Pisząc o *granicach wyuczalności* twierdził, że *najgłębsze korzenie tego, co nazywamy temperamentem i charakterem, znajdują się w tym, co odziedziczone*. W przeciwieństwie do opinii współczesnych mu specjalistów, możliwości resocjalizacji młodocianych



przestępców, obarczonych zaburzeniami emocjonalnymi, określał jako bardzo niewielkie.

W ramach przygotowań do procesu w sprawie eutanazji w Limburgu prokurator przesłuchiwał doktora Villingera podczas trzech sesji. Mniej więcej w tym samym czasie publicznie znany stał się fakt, że jest on wpłątany w program eutanazji oraz, że odgrywał w nim czołową, aktywną rolę. Wówczas Villinger wyjechał w góry niedaleko Innsbrucku i popełnił samobójstwo. Później próbowano to zatuszować, pozorując wypadek, jednakże nie ma wątpliwości, że popełnił on samobójstwo.

Profesor **Carl Schneider** jest kolejną równie nieoczekiwaną osobą wśród czołowych uczestników programu zbiorowej eutanazji. Przez 12 lat był profesorem psychiatrii na uniwersytecie w Heidelbergu. Piastował tę samą ważną pozycję, co Emil Kräpelin jedno pokolenie wcześniej. Kräpelin stworzył podstawy nowoczesnej psychiatrii klinicznej. W najnowszym podręczniku z tej dziedziny praca naukowa Schneidera jest wspominana aż jedenaście razy. Niektóre najnowsze publikacje na temat przebiegu chorób psychicznych oraz skutków działania środków uspokajających przyjmują klasyfikację Schneidera jako podstawę kliniczną. Przeprowadził on także badania nad zaburzeniami psychicznymi w organicznych chorobach mózgu i anemii złośliwej. Pisał o nieprawidłowych osobowościach w odniesieniu do zmniejszonej odpowiedzialności prawnej. Ponieważ obecnie prowadzi się szerokie badania nad psychozami eksperymentalnymi warto wspomnieć, że ponad trzydzieści lat temu właśnie Schneider wywołał u siebie eksperymentalną psychozę pod wpływem działania meskaliny. Opisał to w swojej monografii na temat halucynacji. Jedną z jego prac traktuje o *leczeniu i zapobieganiu zaburzeń umysłowych*. Zajmował się epilepsją i wyraził nowoczesne poglądy na jej temat, a jego badania w tej dziedzinie są nadal cytowane. Napisał dwie książki na temat schizofrenii. Pierwsza pt. *The Psychology of Schizophrenia* (Psychologia schizofrenii) jest uważana za punkt zwrotny w badaniach klinicznych. Początkowo bardziej zainteresowany subtelnymi analizami psychologicznymi, z czasem coraz silniej podkreślał znaczenie czynnika dziedzicznego.

Prof. Carl Schneider przejawiał dużą aktywność we wszystkich fazach realizacji programu eutanazji. Służył jako ekspert w tworzeniu formularzy śmierci, uczestniczył w częstych konferencjach i regularnie szkolił młodszych psychiatrów w zakresie metod i procedur związanych z projektem. Być może najbardziej niezwykłą częścią tej historii jest fakt, że przed przeniesieniem do Heidelbergu, podobnie jak Werner Villinger, również Schneider piastował wysoce szanowane stanowisko naczelnego lekarza w powszechnie znanej placówce – Bethel. Dziesięć lat później, kiedy był profesorem w Heidelbergu, pojawił się w Bethel wraz z komisją SS, przeglądał kwestionariusze, kazał personelowi przedstawić sobie pacjentów i osobiście wybierał kandydatów do eksterminacji. Kiedy po upadku reżimu nazistowskiego doktor Schneider miał zasiąść na ławie oskarżonych, popełnił samobójstwo.

Kolejnym psychiatrą o międzynarodowej sławie jest profesor **Paul Nitsche**. Był on dyrektorem kilku państwowych szpitali, w tym także szpitala o dużych tradycjach w Sonnenstein w Saksonii – pierwszego szpitala psychiatrycznego w Niemczech. W swoim szeroko znanym *Handbook of Psychiatry* (Podręczniku psychiatrii) (1925–1932) napisał rozdział oparty na ogromnym, osobistym doświadczeniu pt.: *Therapy of Mental Diseases* (Terapia chorób umysłowych). Był jednym z

redaktorów niemieckiego pisma *Journal of Mental Hygiene* (Dziennik higieny umysłowej). W sposób przejrzysty pisał na temat stosowania środków psychoterapeutycznych w szpitalach psychiatrycznych. Interesował się psychozami u więźniów (psychozy więzienne), a jego książka na ten temat ukazała się w najlepszej amerykańskiej serii monograficznej dotyczącej chorób nerwowych i umysłowych. W projekcie eutanazji zajmował wiodącą pozycję. Działal jako reprezentant doktora Brandta, stojącego na czele sektora medycznego (istniał też dział ściśle administracyjny). Swoją pracę organizowania i selekcjonowania kandydatów na śmierć wykonywał tak dobrze, że w czasie realizacji projektu awansował z eksperta na głównego eksperta.

Nitsche reprezentuje swoją osobą chyba najciekawszą psychologiczną tajemnicę. Koledzy, którzy znali go dobrze i potępili go za eutanazję, mimo wszystko mówią o nim, że był *wyjątkowo dobrym psychiatrą, szczególnie życzliwym wobec pacjentów i oddanym im w dzień i w nocy*. Przykład doktora Nitsche pokazuje, jakiego spustoszenia w charakterze człowieka może dokonać błędna, fanatyczna orientacja społeczna. Dochodzimy do paradoksu, który odgrywa ogromną rolę we współczesnej przemocy: paradoks ów stanowi osoba, u której prywatna, intymna, spontaniczna osobowość kontrastuje z osobowością publiczną, oficjalną.

Po klęsce reżimu nazistowskiego doktor Nitsche został oskarżony w Dreźnie o mordowanie umysłowo chorych pacjentów i skazany na karę śmierci. Wyrok wykonano w 1947 r.

Największe załamanie humanitarnych tradycji psychiatrii wiąże się chyba z nazwiskiem profesora **Wernera Heyde**. Heyde był profesorem psychiatrii na uniwersytecie w Würzburgu i dyrektorem tamtejszej kliniki psychiatrycznej. Niewiele placówek na świecie może cieszyć się tak długą historią prowadzonej z powodzeniem opieki nad ludźmi psychicznie chorymi. Klinika wyrosła z oddziału szpitala ogólnego, gdzie przyjmowano umysłowo chorych pacjentów i leczono ich troskliwie począwszy od końca XVI wieku. Interesujące jest, że ocalałe historie choroby pacjentów tego szpitala pochodzą z tego samego okresu (około 1600 r.), co opisy placówki dla umysłowo chorych w Sewilli zawarte w *Don Kichocie* Cervantesa (pierwszy rozdział drugiej części). Historie pensjonariuszy opisane przez Cervantesa pokazują, że placówka (*casa de los locos*) funkcjonowała w sposób bardzo humanitarny. Innymi słowy w dwóch różnych, odległych od siebie miejscach – Sewilli i Würzburgu – już kilkaset lat temu zaczęto traktować ludzi z zaburzeniami umysłowymi jako istoty ludzkie i jako pacjentów. Jak mogło dojść do tego, że w miejscu, gdzie w 1583 r. pacjenci psychiatryczni byli traktowani w sposób jak najbardziej ludzki, w roku 1940 wydano ich na śmierć – jest to z pewnością problem do rozwiązania dla historyka kultury lub studenta zainteresowanego historią przemocy. W drugiej połowie XIX w. oraz w naszym stuleciu klinika psychiatryczna w Würzburgu odgrywała znaczącą rolę w badaniach naukowych. Wielu znakomitych psychiatrów tam właśnie się szkoliło. Pierwszy test na inteligencję został wykonany właśnie w Würzburgu w 1888 r. Jedne z pierwszych klinicznych obserwacji i opisów choroby zwanej później schizofrenią pochodzą również z tej kliniki.

Reputacja dra Heyde jako lekarza psychiatrii i naukowca była doskonała. Przez kilka lat pracował w klinice, później został dyrektorem oddziału chorych ambulatoryjnych, a w 1932 r. sam zaczął uczyć.

Jeden z poprzedników Heyde'a na stanowisku dyrektora kliniki w Würzburgu, Conrad Rieger – którego szczególnie interesowała historia psychiatrii – w 1929 roku (dziesięć lat przed rozpoczęciem programu eksterminacji) napisał w swojej autobiografii prorocze słowa: *Bez względu na to czy jest to celowe, czy wynika z zaniedbania, zabijanie istot ludzkich i pozbawianie ich opieki jest złem. Powinniśmy troszczyć się o nie i chronić je w sposób jak najbardziej rzetelny i ludzki. Opieka ta i ochrona potrzebna jest tak samo dla uleczalnie, jak i dla nieuleczalnie chorych.* Nie wiemy, czy Heyde kiedykolwiek przeczytał to stwierdzenie, które całkowicie odwrócił. Heyde był kluczową postacią w programie eutanazji. Kiedy wysunięto pomysł wykorzystania tlenu węgla jako środka uśmiercającego, on jako pierwszy miał ocenić tę propozycję. Zaaprobował tę metodę i skierował pomysł do odpowiednich wykonawczych struktur administracyjnych. Stał na czele jednej z agencji związanych z projektem – Niemieckiego Stowarzyszenia dla Placówek Psychiatrycznych (szpitali państwowych). W jego biurze zbierano dane o tych placówkach i podejmowano ostateczną decyzję o pacjentach, którzy mieli zostać wysłani do specjalnych szpitali eksterminacyjnych. Odgrywał wiodącą rolę podczas konferencji przygotowawczych i organizacyjnych (zanim Hitler napisał swoją prywatną notatkę), pomagał w tworzeniu formularzy, działał jako główny ekspert oraz wybierał młodszych psychiatrów do pracy w programie i szkolił ich do specjalnych zadań.

Od początku osobiście nadzorował organizację niosących śmierć placówek oraz instalację komór gazowych, aby upewnić się, czy wszystko funkcjonuje prawidłowo. Co więcej, bez żadnego nakazu wygłaszał wykłady dla wysokich urzędników nazistowskich ministerstw promując i wyjaśniając eliminowanie tych, których *życie nie jest warte przeżycia*. Dla przykładu w dniu 23 kwietnia 1941 r. dla wysokich urzędników w Ministerstwie Sprawiedliwości, sędziów i prokuratorów, wygłosił wykład pt.: *Program eutanazji*. Najważniejszą osobą obecną na tym wykładzie był przewodniczący Sądu Najwyższego Rzeszy – sędzia Erwin Bumke, który został wybrany na to stanowisko w 1929 r. w czasie istnienia demokratycznej Republiki Weimarskiej. Po wykładzie nie wniósł on sprzeciwu wobec masowego mordu, tak więc wyrok na psychiatrycznych pacjentach został przypieczętowany. Psychiatria i prawo spotkały się pod postacią przemocy.

Po upadku nazizmu prof. Heyde został aresztowany, lecz udało mu się uciec z aresztu. Rozesłano list gończy (poszukiwany za morderstwo) wraz ze zdjęciem. Zaznaczono, że prawdopodobnie nadal pracuje jako lekarz. Przez dwanaście lat ukrywał się pod zmienionym nazwiskiem. Został zatrudniony przez Państwową Agencję Ubezpieczeniową znowu jako główny ekspert. Wykonał bardzo dużo prac zleconych dla sądów. W tym czasie jego żona otrzymywała wdowią emeryturę i za te pieniądze oraz pensję zarobioną przez męża w nowym zawodzie kupiła piękny dom nad jeziorem Starnberg niedaleko Monachium. Wiele prywatnych osób – sędziów, prokuratorów, lekarzy, profesorów uniwersytetu, wysokich urzędników państwowych – znało jego prawdziwe nazwisko. Istniała pewna solidarność w ukrywaniu tajemnicy związanej z przemocą. Kiedy tożsamość Heyde'a wyszła na jaw, prawie przez przypadek, oddał się w ręce władz. Jego proces w Limburgu opóźnił się o cztery lata ze względu na zbieranie materiału dowodowego. Jeszcze raz próbował uciec, lecz tym razem bez powodzenia. Kiedy na pięć dni przed rozpoczęciem procesu został sam w swojej celi, popełnił samobójstwo.

Ten proces byłby najważniejszy w sprawie eutanazji, ale został on odłożony i nigdy się nie odbył. Zanim Heyde popełnił samobójstwo, inny współoskarżony, **dr Friedrich Tillman**, który w latach

1934–1945 był dyrektorem sierocińca w Kolonii i którego nazywano *księgowym śmierci* wyskoczył lub został wypchnięty z dziesiątego piętra. Inny oskarżony – **dr Gerhard Bohne** – uciekł z więzienia do Ameryki Południowej. Czwarty oskarżony **dr Hefelmann** został uznany za niezdolnego do stawienia się przed sądem ze względu na stan zdrowia. **Powszechne przeświadczenie, iż istniała silna presja, aby procesy te nie doszły do skutku, nie wydaje się być bezpodstawne.**

Wśród innych znakomitych profesorów psychiatrii zaangażowanych w realizację programu eutanazji były następujące osoby:

**Berthold Kihn** – profesor psychiatrii na sławnym uniwersytecie w Jenie, gdzie wykładowcami byli również Hegel, Fichte, Schiller i Häckel, gdzie Karol Marks uzyskał stopień doktorski, a Robert Schumann honorowy doktorat. Jest on autorem całych rozdziałów w kilku uznanych podręcznikach – m. in. na temat kiły układu nerwowego i zaburzeń wieku starczego. Przeprowadzał badania mikroskopowe tkanek mózgu. Kihn aktywnie angażował się nie tylko w stawianie krzyżyków na formularzach, ale również osobiście nadzorował selekcję pacjentów przeznaczonych do eksterminacji w różnych placówkach. Wraz z doktorem Carlem Schneiderem byli członkami założycielami jednej z głównych agencji działających w ramach projektu.

**Friedrich Mauz** był profesorem psychiatrii w Królewcu w latach 1939–1945, a od 1953 r. także w Münster. Duża część jego prac naukowych stała się powszechnie uznana: studia nad histerią i epilepsją, z interesującymi obserwacjami klinicznymi; badania nad psychozami u nieletnich i fizyczną kondycją przy zaburzeniach umysłowych. To on stworzył pojęcie *schizofreniczna katastrofa* dla najcięższych przypadków tej choroby. W 1948 r. – jako jeden z trzech oficjalnych delegatów Niemiec – uczestniczył w międzynarodowym spotkaniu na temat higieny psychicznej w Londynie. Na tym kongresie powstała Światowa Federacja Zdrowia Psychicznego, która miała na celu *pogłębianie dobrych relacji międzyludzkich*.

W późniejszym okresie prof. Mauz – bez słowa potępienia wobec projektu eutanazji – usprawiedliwiał się mówiąc, że jego zaproszenie na konferencję dotyczącą eutanazji w Berlinie było *niewinnie sformułowane* i aż do jesieni 1940 r. (kiedy to zamordowano już w całych Niemczech dziesiątki tysięcy pacjentów i zamknięto wiele szpitali, ponieważ wszyscy pacjenci zostali przeniesieni do placówek śmierci) nic nie wiedział o realizacji programu eutanazji. Trudno w to uwierzyć, gdyż w tym czasie pełnił on odpowiedzialną funkcję administracyjną w środowisku psychiatrów. Lista uczestników jest dużo większa.

Jednak wiele uniwersytetów, szczególnie katedr psychiatrii i pediatrii, odpowiadało milczeniem wobec kwestii eutanazji. Można jednak było również odmówić nic nie ryzykując, tak jak Gottfried Ewald – profesor psychiatrii z Getyngi. Zaproszono go na konferencję pod przewodnictwem Heyde’a w centralnym biurze w Berlinie i poproszono o udział w programie. Odmówił i opuścił spotkanie. Pozostawiono go w spokoju i nie poniósł żadnych konsekwencji z powodu jednoznacznej odmowy.

Istnieje pewna interesująca okoliczność, która rzuca światło na jego wyjątkowe zachowanie. Wśród tych, których życie eksperci zakwalifikowali jako *niewarte przeżycia* i którzy w rezultacie zostali zamordowani, byli również weterani wojenni, którzy stracili rękę lub nogę. Są na to

niepodważalne dowody. Dla przykładu, w grupie mężczyzn przekazanych do *placówki śmierci* przez państwowy szpital Rottenmünster był pacjent, którego eutanazyjny kwestionariusz głosił, że *otrzymuje rentę wojenną i jest niezdolny do pracy z powodu utraty ręki*. Profesor Ewald także stracił rękę podczas I wojny światowej i czasami mówił o tym w czasie wykładów. Być może dlatego łatwiej było mu identyfikować się z ofiarami.

Młody niemiecki psychiatra o dużo niższej pozycji – **dr Theo Lang** – podjął poważną próbę powstrzymania całego programu. Najpierw pracował w Niemczech, a później został naczelnym lekarzem placówki Herisau w Szwajcarii. Dnia 20 stycznia 1941r. uzyskał możliwość rozmowy **z doktorem M. H. Göringiem** w Niemieckim Instytucie Badań Psychologicznych i Psychoterapii. Chciał, aby Göring podpisał deklarację przeciwko eksterminacji umysłowo chorych pacjentów. Kiedy próbował wyjaśnić Göringowi szczegóły dotyczące programu, który funkcjonował już ponad rok, okazało się, że zna on je wszystkie doskonale i potwierdza, że są zgodne z prawdą. Jednak odmówił podpisania deklaracji i nic nie wynikło z tego spotkania.

**Podjmując ten krok doktor Lang wykazał się ogromną odwagą i dlatego jego nazwisko nie powinno zostać zapomniane.** Idąc na spotkanie z Göringiem, Lang wiedział, że dotarł do samych szczytów władzy nazistowskiej, zarówno w dziedzinie polityki, jak i psychiatrii. Dr Göring był kuzynem marszałka Hermanna Göringa, z którym pozostawał w zażyłych kontaktach. Jego bliskim współpracownikiem i współredaktorem koordynowanego przez siły nazistowskie *Journal for Psychoterapy* (Dziennika Psychoterapii) był przez kilka lat doktor C. G. Jung. Zdaniem późniejszego Sekretarza Stanu ds. Zdrowia, dra Conti, Jung *reprezentował niemiecką psychiatrię pod rządami nazistów*. Tak więc Lang nie mógł lepiej trafić ze swoją prośbą o litość i uczciwość.

Obok profesorów psychiatrii ekspertami byli również dyrektorzy dużych i dobrze znanych szpitali państwowych z różnych stron Niemiec, m. in. z Buch – niedaleko Berlina, Eglfing – w pobliżu Monachium. Oni również ciężko pracowali stawiając *krzyżyki śmierci* na kwestionariuszach i pomagając w akcji w inny sposób. Nie byli to ludzie, którzy wypłynęli dzięki nazistom, lecz osoby o długich i zaszczytnych karierach. W żaden sposób nie można powiedzieć, że stworzył ich nazizm. Stanowili zjawisko występujące równoległe do nazizmu, choć ich sposób myślenia był podobny: pokonywanie problemów społecznych przy użyciu przemocy. Choć problem został ukryty pod wzniośle brzmiącymi hasłami *eugeniki* i *eutanazji*, w rzeczywistości miał on podłoże ekonomiczne i socjopolityczne. Chodziło mianowicie o koszty opieki nad tymczasowo *bezproduktywnymi* osobami oraz o dobrobyt i wielkość narodu.

Warto pamiętać, że wśród osób na odpowiedzialnych stanowiskach aktywnie zaangażowanych w uśmiercanie pacjentów byli bardzo zdolni lekarze psychiatrzy. Na przykład, **dr Valentin Falthauser**, dyrektor państwowego szpitala, został skazany na trzy lata więzienia za praktyki, które przyczyniły się do śmierci 300 pensjonariuszy szpitala. Równocześnie jest on współautorem znaczącej książki pt. *Home Care in Psychiatry and Allied Fields* (Opieka domowa w psychiatrii i dziedzinach pokrewnych), która zawiera idee nadal bardzo aktualne dla współczesnej psychiatrii.

Wśród najznakomitszych ekspertów specjalnej Agencji ds. Eutanazji Dzieci w ramach Komisji Rzeszy ds. Naukowej Rejestracji Dziedzicznych i Konstytucjonalnych Ciężkich Zaburzeń – był **dr**

**Werner Catel**, który później aż do lat sześćdziesiątych pracował jako profesor pediatrii na uniwersytecie w Kilonii. Była to komisja ekspertów – psychiatrów i pediatrów – która zupełnie samodzielnie decydowała, które dzieci należy uśmiercić. Aby dziecko zostało uśmiercone, wystarczył poziom umysłowy poniżej przeciętnej, upośledzenie umysłowe albo fizyczne kalectwo. Dr Catel nadal broni i promuje swój typ eutanazji – na przykład w książce pt. *Borderline Situations of Life* (Sytuacje graniczne w życiu) wydanej w 1962 roku. Dla rozpoznania przemocy, którą spotykamy również w społeczeństwach demokratycznych, warto zanotować fakt, że ktoś, kto stał na czele organizacji, która uśmierciła tysiące dzieci, został profesorem pediatrii i dyrektorem kliniki pediatrycznej przy sławnym uniwersytecie.

Skazane na śmierć dzieci przenoszono na specjalne oddziały dziecięce. Najpierw był to szpital w Görden, potem Eichberg, Idstein, Steinhof (niedaleko Wiednia) i Eglfing. Zabijano je głównie zwiększonymi dawkami luminalu lub innych leków uspokajająco-nasennych, podawanych na łyżce lub w posiłku. Ich umieranie trwało wiele dni, czasami tygodni. W praktyce wskazania do uśmiercenia dotyczyły coraz większej liczby przypadków tak, że w końcu objęto nimi również dzieci z *brzydko uformowanymi uszami, moczące się w nocy oraz zupełnie zdrowe, lecz mające trudności w nauce*. Początkowo dzieci, które do eutanazji kwalifikowała w/w Komisja Rzeszy, były głównie niemowlętami. Z czasem podniesiono granicę wieku z lat trzech do siedemnastu. Później, w latach 1944–1945 praca tej Komisji objęła również dorosłych.

Inną metodą dziecięcej eutanazji było celowe, dosłowne głodzenie dzieci na śmierć na specjalnych oddziałach dziecięcych. Ofiarami tej metody stało się bardzo dużo dzieci. Choć wiele osób znało prawdę, w większości przypadków śmierć tych dzieci była odnotowywana jako normalna lub naturalna. Jesienią 1939 r. student psychologii, późniejszy nauczyciel, Ludwig Lehner, wraz z innymi otrzymał pozwolenie wejścia do szpitala państwowego w Eglfing-Haar. Wizytacja ta odbywała się w ramach jego studiów psychologicznych. Na oddziale dziecięcym znajdowało się około dwudziestu pięciu prawie zagłodzonych dzieci w wieku od jednego roku do lat pięciu. Dyrektor placówki – **doktor Pfannmueller** – wyjaśnił rutynowe działania. *Nie robimy tego – mówił – za pomocą trucizn czy zastrzyków. Nasza metoda jest dużo prostsza i bardziej naturalna*. Z tymi słowami na ustach otyły i uśmiechnięty lekarz podniósł z łóżeczka wychudzone i kwilące dziecko w sposób, w jaki podnosi się upolowanego zająca. Wyjaśniał, że dzieci te nie są zupełnie pozbawione jedzenia, lecz ich racje żywnościowe są coraz bardziej zmniejszane. *Jeśli chodzi o to dziecko, potrzebuje ono jeszcze dwóch lub trzech dni*.

Była to zapewne scena gorsza od dantejskich. Kara nie była jednak odpowiednia. W 1948 r. doktor Pfannmueller został oskarżony o polecenie zamordowania przynajmniej 120 dzieci oraz własnoręczne uśmiercenie części pacjentów. Udowodniono, że osobiście zabijał dzieci zastrzykiem. Został skazany na sześć lat więzienia, z czego odsiedział tylko dwa. Daje to około sześciu dni kary za jedno zabite dziecko.

Opisana poniżej sytuacja ukazuje, jak daleko może posunąć się zawodowa dewiacja moralna. **Profesor Julius Hallervorden**, dobrze znany neuropatolog (od którego nazwiska utworzono nazwę pewnej choroby mózgu – choroba Hallervordena-Spatza), poprosił centralne biuro programu eutanazji o przesyłanie mu mózgów ofiar do badań mikroskopowych. Kiedy ofiary jeszcze żyły,

wydał polecenia, jak należy wyjąć mózg, zakonserwować i przesłać na jego adres. Łącznie otrzymał on z *placówek śmierci* nie mniej niż sześćset mózgów ludzi dorosłych i dzieci. Oczywiście jego zdaniem i zdaniem innych nie był on poważnie zaangażowany w całe to przedsięwzięcie. Amerykański profesor psychiatrii z dobrze znanej szkoły medycznej, w wywiadzie dla państwowego biuletynu stwierdził, że nie istnieje w tym wypadku żaden problem etyczny, ponieważ doktor Hallervorden *po prostu wykorzystał nadarzającą się okazję*.

Do połowy 1941 r. przynajmniej cztery *szpitale śmierci* w Niemczech i Austrii nie tylko uśmiercały pacjentów, lecz również stały się prawdziwymi szkołami mordowania. Były to: Grafeneck w Brandenburgii, Hadamar niedaleko Limburga, Sonnenstein w Saksonii i Hartheim w pobliżu Linzu. Oferowały one skrócony kurs śmiertelności, zinstytucjonalizowanej psychiatrii. Personel szkolono pod kątem metod zbiorowego mordowania. Uczono technik masowego mordu, gazowania, kremacji itd. Nazywano to podstawowym szkoleniem w *zadawaniu śmierci z litości*. Materiał do ćwiczeń stanowili pacjenci szpitali psychiatrycznych. **To na nich wypróbowywano i testowano metody, które później stosowano wobec Żydów i ludności cywilnej krajów okupowanych. Technikę i doświadczenie, uzyskane najpierw przy uśmiercaniu pacjentów psychiatrycznych, wykorzystano później do unicestwienia milionów ludzi. Morderstwa psychiatryczne stanowiły początek.** Oto pewien szczegół, który wiele wyjaśnia. Człowiek o nazwisku Gomerski, który brał czynny udział w masowych mordach w obozach śmierci w Sobiborze i Treblince, nazywany był Doktorem, ponieważ wcześniej przeszedł szkolenie w dziedzinie eutanazji w szpitalu psychiatrycznym w Hadamarze.

Metoda wyciągania złotych plomb i złotych zębów u ofiar była po raz pierwszy opracowana, wypróbowana i rutynowo stosowana na zamordowanych pacjentach szpitali psychiatrycznych. Później stosowano ją na więźniach obozów koncentracyjnych. Pacjenci musieli otworzyć usta, a na ich klatce piersiowej stemplowano numer. Na podstawie tej cyfry personel wiedział, którzy pacjenci mieli złote zęby. Ich ciała wynoszono z komory gazowej w dalszej kolejności. Pierwsze sztabki złota, które trafiły do Banku Rzeszy, a pochodziły z ludzkich zębów, zostały zrobione ze złota pozyskanego od pacjentów psychiatrycznych. Według potwierdzonych zeznań kilka gramów złota oznaczało kilka tysięcy zabitych ludzi. W Berlinie mieściło się specjalne biuro, Centralne Biuro ds. Księgowości, rejestrujące przychody uzyskane od zamordowanych umyślowo chorych pacjentów. Specjalną umiejętnością, której również wyuczano, było wyciąganie złotego zęba ze szczęki zmarłego. Dla przykładu, w placówce Hadamar pracował człowiek o nazwisku Löding, który nauczył się tzw. *wyłamywania zębów*. Później z tym samym zadaniem przeniesiono go do innej, podobnej placówki – Eichberg. **To wszystko realizowano pod hasłem eutanazji i później zastosowano wobec milionów ludzi.**

Pod koniec 1941 r. komory gazowe w placówkach śmierci zostały rozmontowane, przewiezione na Wschód i zainstalowane w obozach koncentracyjnych. W międzyczasie zmieniły się metody uśmiercania pacjentów psychiatrycznych; najczęściej używano zastrzyków. Teraz zabijano *tylko* kilka tysięcy pacjentów miesięcznie.

Niektórzy psychiatrzy, dokonujący selekcji w szpitalach, wyjeżdżali również do obozów koncentracyjnych, aby i tam wybrać tych, którzy mieli umrzeć. Himmler wpadł na pomysł

przeprowadzania badań wśród więźniów, aby wyselekcjonować tych, których należy wyeliminować. Potrzebował odpowiednich lekarzy, a Centralne Biuro ds. Eutanazji znalazło doświadczonych psychiatrów. W praktyce funkcjonowało to w sposób następujący. W 1941 r. komisja złożona z pięciu osób pojechała do obozu koncentracyjnego Dachau, aby dokonać selekcji więźniów, których miano przewieźć do obozu Mauthausen i tam zamordować. Komisję stanowiło pięciu psychiatrów, a na jej czele stał profesor psychiatrii z uniwersytetu w Berlinie. Zasiedli za stołem ustawionym pomiędzy dwoma barakami, więźniowie stawali naprzeciwko, a lekarze przeglądali ich dokumenty. Kryteria selekcji zostały określone przez dwóch głównych ekspertów w dziedzinie psychiatrii. Były one następujące: a) zdolność do pracy i b) pochodzenie polityczne. Kilkuset wybranych w ten sposób więźniów zostało przewiezionych do obozu Mauthausen i tam zgładzonych. Dyrektora szpitala państwowego w Eichbergu – doktora Fritza Mennecke – który w obozie koncentracyjnym występował jako ekspert dokonujący selekcji, zapytano podczas rozprawy w sądzie o dwa typy przypadków, jakie przez cały czas opiniował, tj. pacjentów psychicznie chorych, ocenianych według kryteriów medycznych i więźniów obozów koncentracyjnych, ocenianych według kryteriów politycznych. Odpowiedział wówczas: *Nie można ich rozdzielić. Nie byli podzieleni na kategorie i dokładnie od siebie rozdzieleni.*

Typowy przykład **dra Adolfa Wahlmanna** – psychiatry ze szpitala państwowego w Hadamarze – pokazuje jak łatwo było niektórym psychiatrom przejść od uśmiercania pacjentów psychicznie chorych do mordowania ludności cywilnej innego narodu. Wahlmann nie był nazistą ani sadystą. Otrzymał dobre medyczne wykształcenie na uniwersytetach w Giessen, Marburgu, Erlangen i Kilonii. Przez wiele lat pracował w swoim zawodzie na odpowiedzialnych stanowiskach w różnych placówkach. W Hadamarze zamordowano tysiące umysłowo chorych pacjentów. W 1944 r. przysłano tam również transport Polaków i Rosjan – mężczyzn, kobiet i dzieci – z placówek i obozów pracy na terenach okupowanych. Zabito ich śmiertelnym zastrzykiem, który przepisał Wahlmann, takim samym, jaki wcześniej stosował wobec umysłowo chorych pacjentów.

Wciąż napotykamy mit dotyczący całego projektu eutanazji, który służy uspokojeniu sumienia cywilizowanego świata. Jest on całkowicie fałszywy. Według tego mitu, ze względu na naciski ze strony kościołów i opinii publicznej Hitler wstrzymał program po roku czasu (kiedy zaledwie 70 tysięcypacjentów zostało uśmierconych). W rzeczywistości jednak *zabójstwa eutanazji nie zostały wstrzymane. Program* był kontynuowany aż do 1945 r., do upadku Hitlera, a w niektórych miejscach, np. w Bawarii, nawet kilka dni dłużej. Nie ma żadnych dowodów, że został przerwany; natomiast wszystkie dowody świadczą o tym, że był kontynuowany. Nie zakończył się; zmienił tylko swoją zewnętrzną formę. Nie stał się mniej okrutny, w niektórych przypadkach był nawet bardziej okrutny. Uśmiercanie nie miało już takiej formy jak wcześniej, nie było już dużą, głośną akcją. Było realizowane w sposób bardziej ostrożny i miało wolniejsze tempo. Począwszy od 1941 r. zamiast komór gazowych (które zostały przeniesione) używano innych metod. Poszczególne placówki i lekarze kontynuowali masowe mordowanie bez żadnych formalnych procedur czy norm. Dokonywali selekcji, podejmowali decyzje i działali. Efekt końcowy był jednak ten sam. Stosowano następujące metody: celowe pozbawianie jedzenia, trucie lub w wielu przypadkach zarówno jedno, jak i drugie. Trucizny, będące z reguły dużymi dawkami leków, podawano w formie zastrzyków. Pacjenci, którzy krzyczeli z głodu nie stanowili wyjątku. Gdy sytuacja stawała się napięta, dawano im zastrzyki, które



ich uspokajały aż do apatii włącznie lub zabijały. I to także nazywano eutanazją. Eutanazja przez zgłodzenie. Takie metody miały pewną zaletę; były bardziej dyskretne: pacjentów, którym odebrano życie w ten sposób można było łatwiej zaliczyć do tych, którzy umarli śmiercią naturalną. Dopiero armie sprzymierzone zarówno na południu, jak i na północy, uwolniły żyjących jeszcze pacjentów spod władzy lekarzy psychiatrów.

Przykłady kontynuowania *zadawania śmierci z litości*, po deklarowanym ich zakończeniu latem 1941 roku, istnieją aż do 1945 r. Pod koniec roku 1942 na konferencji, w której brali udział urzędnicy państwowi i dyrektorzy szpitali państwowych, dyskutowano nad *wspaniałą* metodą *zadawania śmiercinie użytecznym zjadaczom chleba* (tzn. pacjentom) *za pomocą powolnego głodzenia na śmierć*. Pewna pracownica szpitala zeznała, że w 1940 roku pracowała w jednym ze szpitali, gdzie uśmiercano pacjentów w komorze gazowej; następnie została przeniesiona do innego, gdzie pacjentów nie zabijano gazem, lecz za pomocą zastrzyków i przedawkowania leków. Pracowała tam aż do 1943 r.; później przeniesiono ją do trzeciego szpitala, gdzie stosowano te same zabiegi aż do upadku reżimu w 1945 r. Przełożony pielęgniarz jednego ze szpitali psychiatrycznych następująco opisywał *postęp* w tej dziedzinie: *Program rozpoczęto w 1940 r.; psychiatrycznych pacjentów zagazowywano na śmierć, a następnie ich ciała palono. Zagazowywanie przerwano w 1941 roku. Począwszy od 1942 r. pacjenci byli zabijani śmiertelnymi dawkami morfiny, skopolaminy, veronalu, chloralu. W roku 1944 zaczęto przyjmować do szpitala również obcokrajowców – robotników z obozów przysyłanych do Rzeszy na roboty; ich też mordowano w ten sam sposób*. Ta relacja jest całkowicie bezspornym świadectwem i jest typowa dla całego projektu. W 1944 r. pacjenci byli nadal przewożeni do specjalnych placówek (gdzie ich uśmiercano) pod pretekstem zwykłego, rutynowego przeniesienia z jednego szpitala do drugiego. Jeśli chodzi o dzieci, bajka mówiąca o zakończeniu *zadawania śmierci z litości* w 1941 r. nie zawiera nawet odrobiny prawdy. Agencja zajmująca się uśmiercaniem dzieci działała otwarcie i skutecznie aż do upadku reżimu w 1945 roku. Nikt nie twierdził, że akcję zakończono wcześniej. Pod auspicjami tej agencji, masowe mordowanie dzieci stało się rutyną na terenie całych Niemiec i Austrii. W Wiedniu, na przykład – pomimo stereotypu tzw. złotego wiedeńskiego serca – dzieci uśmiercano aż do końca wojny na dziecięcym oddziale sławnej placówki Steinhof oraz w dziecięcej miejskiej placówce Spiegelgrund. Profesor I. A. Caruso, obecnie dobrze znany ze swojej książki *Existential Psychology (Psychologia egzystencjalna)*, jako młody psycholog sam był świadkiem tego rodzaju procedur; o Komisji Rzeszy mówi, że jej śmiertelna działalność była masowa. Była także, jak ujął to pewien pisarz, niewiarygodnie okrutna.

Jeśli chodzi o domniemany rozkaz Hitlera dotyczący zakończenia projektu – nie istniał żaden taki dokument, ani nawet prywatna notatka jak na początku całej akcji. To, co rzeczywiście miało miejsce, zdarzyło się późnym latem 1941 roku w Kwaterze Głównej. Podczas rozmowy ze swoim lekarzem – doktorem Karlem Brandtem – Hitler prosił o *tymczasowe przerwanie akcji eutanazji na szeroką skalę*. Była to informacja ustna, nigdzie nie zapisana. Zmiany miały charakter organizacyjny. Zostało to wyraźnie zapowiedziane we wcześniejszym stwierdzeniu szefa Gestapo, Himmlera, który mówił *oblędach w praktycznych procedurach*. Zabijanie w komorach gazowych za bardzo rzucało się w oczy. Wkrótce po rozmowie Hitlera z Brandtem główny ekspert – profesor Heyde – wyraźnie stwierdził w pisemnym komunikacie, że zmiana ma po prostu charakter techniczny. Rzeczywiście,

komory gazowe zostały usunięte, lecz uśmiercanie ludzi w instytucjach psychiatrycznych w Niemczech trwało nadal, choć przy użyciu innych metod.

O tym, że mordowanie było kontynuowane świadczy również fakt, że opór kościołów nie był na tyle silny i uporczywy, aby odnieść pożądany skutek. To jednak nie wszystko. Dr Karl Brandt stwierdził, że według opinii Hitlera (która okazała się prawdziwa) sprzeciw ze strony kościołów wobec stosowania eutanazji (zabijania) w tamtych okolicznościach i tak nie odegrałby znaczącej roli. Próby przeciwstawienia się były zresztą sporadyczne, odosobnione i fragmentaryczne. W pewnych kręgach kościelnych stosunek do tego zjawiska był przez długi czas tak pasywny i niejasny, że wysoki urzędnik w strukturze mordowania z litości – Hans Hefelmann – podczas procesu w Limburgu mógł zgodnie z prawdą stwierdzić, iż wydawało mu się, że kościoły *chętnie tolerowały takie zabijanie [w tamtym czasie] w pewnych warunkach*.

To, co robili duchowni nie zawsze było jednoznaczne. Najpierw protestowali przeciwko przenoszeniu i zabijaniu pacjentów w placówkach znajdujących się pod ich jurysdykcją. Pisali petycje do rządu i załączali dowody. Protestowali przeciwko projektowi również z ambony. W niektórych, choć nie we wszystkich placówkach, gdzie jako pielęgniarki pracowały siostry zakonne, duchowni uzależnili dalszą pracę sióstr od zapewnienia, że nie będą one musiały brać udziału w żadnym etapie projektu. Zgłaszali poszczególne przypadki jako karalne zbrodnie do lokalnych władz sądowniczych. Nie odnosiło to jednak żadnego skutku, ponieważ wszystkie skargi związane z akcją były przekazywane do Berlina, a tam je ignorowano. Wiemy przynajmniej o jednym przypadku, gdy znany duchowny uzyskał długie osobiste widzenie z ważną osobistością programu i prosił o jego zaniechanie. Był to wielce szanowany pastor – Fritz von Bodelschwingh. Szef placówki Bethel zaprosił do siebie doktora Karla Brandta, który zgodził się na spotkanie z pastorem. Dyskutowali ze sobą przez trzy godziny.

Było to pamiętne wydarzenie. Doktor Karl Brandt stanowił złożoną indywidualność. Dobrze znał doktora Alberta Schweitzera, był pod wrażeniem jego teorii *poszanowania życia* i interesował się jego działalnością filantropijną. Jako młody lekarz chciał z nim pracować jako asystent w Lambaréné w Afryce. Jediną przyczyną, z powodu której nie doszło do tego, był fakt, że Brandt urodził się w Alzacji w Lambaréné i Francuzi powołaliby go do wojska. Możemy tylko spekulować, że jego kariera mogła wyglądać zupełnie inaczej – mogła pójść w zupełnie przeciwnym kierunku – gdyby na przeszkodzie nie stanęły społeczne przygotowania do wojny i stosowanie przemocy. Z późniejszych relacji pastora Bodelschwingha wynika, że podczas rozmowy w cztery oczy, dr Brandt próbował wyjaśniać, że projekt eutanazji był konieczny dla ratowania narodu. Bodelschwingh bronił postawy, że nikt nie ma prawa być niehumaniczny wobec bliźnich. Wydaje się, że w wyniku tej rozmowy likwidacja *niewartych dalszego życia* pensjonariuszy placówki Bethel została przynajmniej odroczone, a to być może pozwoliło wielu ludziom uniknąć strasznego losu.

W dniu 3 sierpnia 1941 r. katolicki biskup Clemens von Galen z Münster w Westfalii z ambony opowiedział się przeciwko akcji eutanazji. Mówił: *Ci nieszczęśliwi pacjenci muszą umrzeć, ponieważ według opinii jakiegoś lekarza lub ekspertyzy jakiejś komisji ich życie stało się „niewarte przeżycia” i według tych ekspertów należą do kategorii „bezproduktywnych” obywateli. Kto więc od tej chwili może zaufać lekarzowi?* Kazanie to posłużyło doinformowaniu opinii publicznej, lecz

nie odniosło żadnego długotrwałego efektu. Był to pojedynczy akt potępienia, lecz nie poszło za nim wsparcie ze strony innych biskupów, wyższych hierarchów Kościoła czy też samego Rzymu. Bp von Galen zmarł jako kardynał w 1946 r. Siły niszczenia i propagandy były tak dobrze obwarowane, że opinia publiczna nie mogła już nic zrobić.

Dlaczego więc w 1941 r. poczyniono w programie zmiany w zakresie metod, tempa i jawności jego realizacji? Z historycznego kontekstu ówczesnych wydarzeń i opinii jest zupełnie jasne, dlaczego Hitler zareagował. Chodziło mu, i tu miał rację, o morale wojska. Czy duch walki wśród oddziałów utrzymywałby się do zakończenia wojny? Było późne lato 1941 r., a żołnierze dowiadawali się, że w kraju Niemcy zabijają Niemców. Obawiali się, że ranni, np. z urazami głowy, mogą zostać wysłani do komór gazowych – to naprawdę mogło im się przytrafić. Tak więc komory gazowe zostały w sposób jawny zdemontowane. Co więcej, przyjeżdżając do domu na przepustkę żołnierze mogli odkryć, że zniknął ich dziadek, babcia czy inny wiekowy krewny. To wpływało na ich morale, dlatego też mniej lub bardziej oficjalnie ogłoszono, że program został przerwany. W rzeczywistości był kontynuowany, choć w sposób mniej rażący niż przedtem.

W czerwcu 1945 r. Amerykański Rząd Wojskowy, poprzez swoich oficerów z Wydziału Zdrowia Publicznego i Bezpieczeństwa, przeprowadził inspekcję w placówce psychiatrycznej Eglfing-Haar, na przedmieściach Monachium. W szpitalu tym, w ramach dobrze zorganizowanej struktury zamordowano około 300 dzieci od szóstego miesiąca do szesnastego roku życia oraz około 2 tysięcy dorosłych pacjentów. Trwało to aż do wkroczenia wojsk alianckich. Niektórych dorosłych pacjentów nie zamordowano na miejscu, lecz wysłano do placówki w Linzu, gdzie zostali eksterminowani, a ich ciała poddano kremacji. W Niemczech funkcjonowało przynajmniej trzydzieści takich szpitali ze *specjalnymi oddziałami* przeznaczonymi do unicestwiania pacjentów.

W Eglfing-Haar, który miał znakomitą renomę jako szpital psychiatryczny, istniał oddział dziecięcy dla około 150 dzieci nazywany *Kinderhaus*. Oddział ten miał *pododdział specjalny* z dwudziestoma pięcioma łózkami i łódeczkami dla dzieci, które miały zginąć. W czerwcu 1945 roku znajdowało się tam dwadzieścioro dzieci. Ocalała je armia amerykańska. Na *pododdziale specjalnym* był niewielki pokój, zupełnie pusty, nie licząc małego, białego stolika. Na oknie stała doniczka, w której rosła – zawsze starannie podlewana roślina – geranium. Cztery lub pięć razy w miesiącu psychiatra wraz z pielęgniarką przyprowadzali do tego pokoju dziecko. W chwilę później, wychodzili z pokoju sami.

Do zabijania dzieci stosowano specyficzne metody. Jedną z nich było przedawkowanie luminalu w postaci zastrzyku lub proszku wsypanego do jedzenia. Inna metoda to wstrzyknięcie narkotyku zwanego *modiscope* (mieszanka morfiny, dioniny i skopolaminy). Niektórym dzieciom podawano jodynę w zastrzykach i w rezultacie umierały w konwulsjach. Wśród ofiar były dzieci z opóźnionym rozwojem umysłowym, lecz wyuczalne, które mogły dobrze przystosować się do normalnego życia. Niektóre dzieci miały po prostu problemy emocjonalne, nie potrafiły bawić się z innymi dziećmi i uznano je za *aspołeczne*. Mózgi zamordowanych dzieci były wysyłane do psychiatrycznych instytucji badawczych w celu przebadania ich pod mikroskopem.

Mordowanie dorosłych następowało prawie wszędzie poprzez celowe głodzenie. Pacjentom podawano jedynie warzywa i wodę, aż umierali z głodu. Nigdy nie dostawali chleba, mięsa lub

czegoś innego. Na tych *oddziałach specjalnych*, aż do przejścia terytorium przez Amerykański Rząd Wojskowy, żaden pacjent nie był leczony – ani psychiatrycznie, ani somatycznie. Jeśli na przykład skaleczył się, nie bandażowano rany i pozwalano, aby się wykrwawił. Pacjentów kierowali tam z reguły zatrudnieni w szpitalu psychiatrzy i była to sprawa rutynowa. Jedynym kryterium selekcji była długość pobytu w placówce. Personel szpitala dobrze wiedział o całym tym procederze.

Nadal tkwimy w fazie ujawniania okrutnych morderstw dokonywanych pod hasłem eutanazji. To jest chyba najciemniejsza strona tej historii. Cała akcja została zminimalizowana i spowita mgłą tajemnicy, przemilczania i niepamięci. Czytamy o błędach tam, gdzie w rzeczywistości było precyzyjne działanie; o nadużyciach, gdzie istniały wypracowane procedury, o nakazach, gdy istniała pełna gotowości zgoda na całą akcję, o *źle zrozumianej humanitarności*, kiedy rutyną były nieludzkie uczucia. Takie błędy występują nie tylko w literaturze popularnej, ale także w opracowaniach wybitnych profesjonalistów w tej dziedzinie.

Samo sądownictwo przyczyniło się do tego zamieszania, które z kolei zrodziło obojętność. Dla identycznych lub bardzo podobnych zbrodni wyroki były niewiarygodnie różne. Bardzo niewiele osób, zaangażowanych w *akcję eutanazji*, zostało skazanych na śmierć, a następnie straconych. Wiele wyroków śmierci zamieniono na dożywocie, a następnie na kary więzienia, które skracano; wielu oskarżonych amnestionowano, ponieważ sąd zdecydował, że nie ma podstaw i warunków do procesu; wielu zostało uniewinnionych lub otrzymało stosunkowo niskie wyroki; większość pozostała nietknięta przez wymiar sprawiedliwości i kontynuowała swoją karierę lekarską lub akademicką.

W niektórych przypadkach sądy wydały ogólnikowe oświadczenia na temat projektu eutanazji, minimalizując jego bezprawie. Dla przykładu, sąd w Monachium stwierdził, że *eksterminacja pacjentów psychiatrycznych nie była morderstwem, ale pozbawieniem życia*. Stwierdzenie to, cytowane później w gazetach i czasopismach, mogło u niektórych stworzyć niebezpieczne przekonanie, że zabicie jednej osoby jest morderstwem, a zabicie wielu ludzi to po prostu pozbawienie ich życia.

Uzasadnianie przez sądy przypadków łagodnego wymiaru kary lub wyroku uniewinniającego bywało *odkrywcze*:

Sąd w Kolonii, przy okazji uniewinnienia jednego z lekarzy, nazwał pacjentów – ofiary *wypalonymi ludzkimi plewami*. W innym przypadku pacjentów tych nazywa się *biednymi, nieszczęsnymi stworzeniami*.

Dyrektor szpitala psychiatrycznego, funkcjonującego *jako instytucja pośrednicząca* przyjmował pacjentów, a następnie wysyłał ich dalej do *placówek śmierci*, doskonale zdając sobie sprawę z ich nieuchronnego losu. Sąd uznał jako podstawę uniewinnienia fakt, że rola tego lekarza *nie polegała na przyspieszaniu procesu wyniszczania, lecz przyczyniała się do jego opóźnienia, a więc [pacjenci] zyskiwali na czasie*.

Dyrektor szpitala państwowego został uniewinniony na podstawie oświadczenia, że pacjenci, do których śmierci się przyczynił, tak czy inaczej by umarli.

W licznych przypadkach sądy działały tak, jakby sprawa *zabić czy nie zabić*, była kwestią metafizyczną, podobnie jak *być albo nie być*. Podczas rozpraw cytowano *etykę Platona i Seneki* oraz mówiono o *tragicznym konflikcie powinności* (w obu przypadkach oskarżeni zostali uniewinnieni).

Klasycznym przykładem jest decyzja sądu we Frankfurcie w sprawie psychiatry, który nie tylko zabił osobiście wielu pacjentów – dorosłych i dzieci – ale również obserwował ich agonię w komorach gazowych przez specjalny otwór w ścianie. Sąd stwierdził w tym przypadku: *Mamy tu do czynienia z pewną ludzką słabością, która jednak nie zasługuje jeszcze na moralne potępienie*.

W procesie przeciwko klinice pediatrycznej z Hamburga, gdzie z premedytacją okrutnie zabito wiele dzieci, organizacja medyczna oświadczyła, że *działania oskarżonych lekarzy i lekarek w latach 1941–1943, w ówczesnych okolicznościach, nie stanowiły żadnego poważnego wykroczenia moralnego*. A czasopismo medyczne podało, że lekarze ci nie otrzymali żadnych kar zawodowych (takich jak pozbawienie prawa wykonywania zawodu lub pracy w szpitalu), ponieważ po dokonaniu morderstw *ich praca w zawodzie była bez zarzutu*.

**Zawsze istniał – i nadal istnieje – silny opór przed ujawnieniem tego, czym naprawdę był cały projekt eutanazji.** Ludzie martwią się, że prawda może zaszkodzić dobremu imieniu psychiatrii (i pediatrii). Jednakże, co jest ważniejsze – prawda czy dobre imię? Podjęto udaną próbę wyciszenia całej sprawy za pomocą przemilczeń, zniekształcania faktów, abstrakcyjnych spekulacji o życiu i śmierci, oderwanych od tematu dywagacji nad obowiązkami lekarza i zupełnie niestosownym nadużywaniem terminu *eutanazja*. We współczesnej książce, napisanej przez lekarza, profesor de Crinis jest chwalony *jako odważny i energiczny lekarz*. Książka *Euthanasia and Destruction of Life of Value (Eutanazja i niszczenie życia pozbawionego wartości)*, napisana w 1965 r. przez obecnego profesora psychiatrii sądowej i społecznej na uniwersytecie w Marburgu mówi o *stosunkowo niewielkiej [sic!] liczbie zabitych pacjentów psychiatrycznych*. (Książka ta jest bardzo polecana w ostatnim numerze amerykańskiego czasopisma psychiatrycznego.)

W 1950 r. ówczesny dyrektor szpitala państwowego w Bernburgu, pragnąc uczcić siedemdziesiątą piątą rocznicę powstania tejże placówki, napisał artykuł do psychiatrycznego czasopisma naukowego. W Bernburgu zamordowano ponad 60 tysięcy ludzi, a ówczesny dyrektor ds. psychiatrii chętnie współpracował w ramach projektu eutanazji. Rocznicowy artykuł trzy razy wspomina o *reputacji placówki*, jakby to była najważniejsza kwestia, a okres masowych mordów nazywa *epizodem i krokiem wstecz* porównywalnym do (nieuniknionej) przerwy w sprawowaniu opieki medycznej podczas I wojny światowej.

Oto zagadka dotycząca przemocy, nadal niewyjaśniona. Ci psychiatrzy, którzy w ogóle zabrali głos na ten temat, twierdzą, że morderstwa pod hasłem eutanazji zostały dokonane *z rozkazu* nazistów. Dowody świadczą, że nie jest to zgodne z prawdą. Jednak gdybyśmy przyjęli to za prawdę, czy możemy zaakceptować taką postawę, że gdy partia polityczna *nakazuje* psychiatrom wymordowanie większości pacjentów, są oni usprawiedliwieni?

Ostatni proces, który odbył się w Monachium, rzuca światło na kilka aspektów zagadnienia – zarówno na dawne, jak i obecne czasy. Jest to bardzo typowe. Przed sądem, za współudział w

morderstwie, stało czternaście pielęgniarek z psychiatrycznego szpitala państwowego w Obrawalde-Meseritz, w którym zabito przynajmniej 8 000 umysłowo chorych pacjentów (także dzieci). Uśmiercanie trwało aż do 1945 r. Pielęgniarki podawały pacjentom śmiertelne dawki leków. Zatrudnieni w szpitalu psychiatrzy, kobiety i mężczyźni, dokonywali selekcji pacjentów, którzy mieli zostać uśmierceni, przepisywali śmiertelne dawki i zlecali zabicie. Na początku zdarzyło się, że pielęgniarka odmówiła podania pacjentce śmiertelnej dawki veronalu (*barbital*), naczelnny psychiatra szpitala – również kobieta – zrobiła jej *wielką awanturę*. Linia obrony pielęgniarek polegała na stwierdzeniu – *musiałyśmy podporządkować się poleceniom lekarzy*. Rutynowo zabijano codziennie dwóch, trzech pacjentów; w 1945 r. liczba ta zwiększyła się do czterech dziennie. W soboty i niedziele nie uśmiercano, zgodnie z zasadą w *niedzielę nie pracuje się*. Po upadku reżimu nazistowskiego większość z tych czternastu pielęgniarek nadal pracowała w szpitalach w swoim zawodzie, tak jak przedtem. Trzy z nich pracowały w szpitalach również w czasie procesu. Wszystkie uniewinniono. Można powiedzieć, że był to triumf sił zła i przemocy.

Nie zajmujemy się tutaj zachowaniem pojedynczych lekarzy czy profesorów albo zwykłym przypadkiem w praktyce medycznej. Spotykamy się z zasadniczymi problemami, jakimi są: stosunek nauki i medycyny do społeczeństwa i polityki oraz wartość ludzkiego życia w stosunku do polityki narodowej i społecznej. Niech skłonią nas do refleksji napisane sto lat temu słowa dra Richarda Maddena: pod warstwą kultury nadal istnieje mnóstwo okrucieństwa w samym sercu cywilizacji.

# ROZDZIAŁ IV

dr med. Frederic Wertham

## WĄCHANIE KWIATKÓW OD SPODU – masowe, zinstytucjonalizowane zabijanie

Masowe zinstytucjonalizowane zabijanie w dobie nazizmu stanowi coś zupełnie nowego w bogatej historii ludzkiej przemocy. Bez uświadomienia sobie, jak łatwo jest cywilizowanemu społeczeństwu zamienić się w państwo stosujące przemoc, nie można w pełni zrozumieć poszczególnych ludzi.

Żaden pojedynczy czyn lub wydarzenie z tego okresu, nie jest czymś nowym. Jednakże cały proces stanowi zupełną nowość. Przejawia się on na różnych płaszczyznach – politycznej, psychologicznej, militarnej, instytucjonalnej i ekonomicznej. Stanowi mieszkankę brutalności, skuteczności i cynizmu wobec ludzkiego życia. Strażnik obozu koncentracyjnego Flossenbürg w Bawarii, gdzie zamordowano wielu działaczy opozycji, w liście do przyjaciela pisze, że w obozie zawsze są miejsca dla nowych więźniów, *ponieważ od czasu do czasu niektórzy z nich idą wąchać kwiatki od spodu*.

Metody zabijania ofiar, ich liczba, świadome włączenie kobiet i dzieci, sposób, w jaki wszystko logicznie się uzasadnia, przyjmuje, a potem zaciekle broni i realizuje – to wszystko składa się na obraz przemocy. Nie możemy analizować go na podstawie uogólnień, ale musimy oprzeć się na charakterystycznych przykładach. W pobliżu serbskiego miasta Kragujevac partyzanci starli się z oddziałem nazistowskim. W odwecie wzięto do niewoli, a następnie zamordowano sześć tysięcy mieszkańców miasta. Wśród ofiar była cała szkoła średnia – wszyscy zostali zamordowani: dyrektor, nauczyciele i uczniowie. Takie czyny nie były popełniane, jak czasem się twierdzi, przez *wyrzutki społeczeństwa*. Dokonywali tego, planowali i realizowali zwykli ludzie na rozkaz i za wiedzą najwyższych władz.

Masowe mordy w obozach koncentracyjnych nie mogą być sklasyfikowane według żadnej ze starych kategorii. Nie jest to już bestialstwo, ponieważ nawet najbardziej drapieżne zwierzęta nie wyniszczają własnego gatunku. Nie jest to również barbarzyństwo, ponieważ barbarzyńcy nie mieli tak zorganizowanych, zaplanowanych i wyszukanych technik mordowania ludzi, a następnie przetwarzania ich w artykuły użytkowo-handlowe, np. nawozy. Nie mówimy tutaj o średniowieczu, naprawdę mówimy o wieku dwudziestym. Nie jest to sprawa czysto narodowościowa, ponieważ przestępcy nie mieli żadnych trudności ze znalezieniem współpracowników – także tych bardzo aktywnych – w innych krajach. Nie jest to jedynie historyczny epizod należący do przeszłości, ponieważ sprawa nadal nie jest wyjaśniona pod względem prawnym, politycznym, psychologicznym i edukacyjnym. Nie jest to zjawisko unikalne, ponieważ nie ma żadnej pewności, iż w sprzyjających okolicznościach nie zostanie powtórzone. Nie jest to także naturalna, nie dająca się przewidzieć katastrofa, ponieważ jej zwiastuny były widoczne dużo wcześniej. Nie jest to działanie ludzi obłąkanych, ponieważ wielu przestępców i organizatorów (zarówno przed, jak i po dokonaniu morderstw) prowadziło normalne życie – w sensie zawodowym, intelektualnym oraz społecznym: należeli do średniej burżuazji, inteligencji pracującej lub arystokracji. Termin *ludobójstwo* jest tylko w części słuszny (choć w dużej części), ponieważ na początku była to sprawa czysto polityczna: Niemcy zabijali Niemców. Nie był to nagły wybuch prymitywnej przemocy, lecz masowa akcja

trwająca całe lata i przeprowadzona z pedantyczną systematycznością.

Seryjnym mordercą był człowiek, który zabił cztery, pięć a nawet dziesięć czy piętnaście osób. Tak było kiedyś. Obecnie seryjne zabijanie oznacza setki lub tysiące ofiar. Liczby te są tak duże, że trudno nam je sobie wyobrazić. Nie sposób również zastosować wobec nich takie kategorie jak: indywidualna odpowiedzialność, wina, kara, bycie współsprawcą, itp.

Wśród ludzi zamordowanych w obozach koncentracyjnych byli więźniowie polityczni, Żydzi (stanowili największą część), Cyganie (grupą, którą najdokładniej wyniszczono), Polacy i inni Słowianie, jeńcy wojenni oraz niepożądani cywile. Ocenia się, że w obozach koncentracyjnych zamknięto 7,5 miliona ludzi, z których przeżyło zaledwie pół miliona, wielu z poważnymi psychicznymi i fizycznymi urazami. Liczbę Żydów zabitych zarówno w obozach koncentracyjnych, jak i poza nimi, ocenia się na 5–6 milionów.

Do 1945 r. w Niemczech, Austrii i na terenach okupowanych istniało ponad tysiąc obozów koncentracyjnych. Wymieniamy tylko niektóre:

### **Auschwitz – Birkenau**

– *na polskich ziemiach okupowanych, koło Oświęcimia; zginęło tam co najmniej 1,1 miliona ofiar;*

### **Bergen – Belsen**

– *w Niemczech, koło Hannoweru;*

### **Bełżec**

– *na polskich ziemiach okupowanych koło Tomaszowa Lubelskiego, pierwszy duży, koncentracyjny obóz zagłady, gdzie zainstalowano komory gazowe; zginęło tam około 600 tysięcy ofiar;*

### **Buchenwald**

– *w Niemczech, koło Weimaru;*

### **Dachau**

– *w Niemczech, w Bawarii – jeden z pierwszych obozów centralnych;*

### **Dora (Nordhausen)**

– *w Niemczech, w Turyngii, należąca do sieci obozów Buchenwald, więźniowie brali udział w produkcji rakiet V-2 i montowaniu ich pod ziemią, wielu z nich zginęło przy pracy;*

### **Flossenbürg**



– w Niemczech, w Bawarii, m. in. dla więźniów politycznych;

## **Gross-Rosen**

– na okupowanych ziemiach polskich, koło Świdnicy

## **Hellerberg**

– w Niemczech, koło Drezna; prawie wszyscy więźniowie tego obozu zostali później zamordowani w Auschwitz;

## **Hohnstein**

– w Niemczech, w Saksonii; uważany za jeden z najcięższych obozów

## **Kulmhof**

– na polskich ziemiach okupowanych koło Chełmna;

## **Majdanek**

– na polskich terenach okupowanych (dzielnica Lublina), jeden z największych obozów zagłady (początkowo obóz dla jeńców rosyjskich, następnie obóz koncentracyjny i ośrodek masowej zagłady);

## **Mauthausen**

– w północno-zachodniej Austrii;

## **Natzweiler – Struthof**

– na francuskich ziemiach okupowanych, koło miasta Schirmeck w Alzacji;

## **Neuengamme**

– w Niemczech, koło Hamburga;

## **Ravensbrück**

– w Niemczech, w Brandenburgii, centralny obóz śmierci dla kobiet, w którym zamordowano 92 tysiące kobiet i dzieci;

## **Sachsenhausen – Oranienburg**

– w Niemczech, niedaleko Berlina, jeden z pierwszych obozów;

## **Sobibór**

– na polskich ziemiach okupowanych (lubelskie), koło Włodawy;

## **Stutthof (Sztutowo)**

– na polskich ziemiach okupowanych, koło Gdańska;

## **Theresienstadt (Terezin)**

– na czeskich ziemiach okupowanych;

## **Treblinka**

– na polskich ziemiach okupowanych.

Z obozów w Bełżcu, Sobiborze i Treblince, po odliczeniu wszystkich kosztów ogólnych oraz związanych z transportem, władze uzyskały 44,5 miliona dolarów czystego zysku, które zostały przekazane do Banku Rzeszy i Ministerstwa Gospodarki. (Kwota obejmowała zyski z tego, co było własnością ofiar: z ubrań, złotych zębów, włosów, itd.)

Obóz koncentracyjny kojarzy nam się często z odosobnionym miejscem i kilkoma budynkami otoczonymi płotem z drutu kolczastego. W rzeczywistości były tam baraki, wiele budynków, duże urządzenia przemysłowe, fabryki, stacje kolejowe z regularnymi połączeniami, rampy, drogi, połączenia komunikacyjne z najbliższymi miastami i wioskami, pomieszczenia na produkty wyrabiane ze zwłok oraz duże magazyny na rzeczy ofiar, sprzęt do tortur i zabijania, instytuty badawcze, centra dystrybucji, komory gazowe, piece krematoryjne, zakłady zajmujące się mieleniem ludzkich kości, odpowiednio usytuowane kojce dla setek psów policyjnych, pola uprawne, ogrody dla władz obozowych, itd. Niektóre większe obozy w rzeczywistości stanowiły zgrupowania, całą sieć różnych obozów. Wszystko to obejmowało duże obszary i wiązało się z dobrze zorganizowaną łącznością. Różnorodność i zakres działalności sugerują absurdalność twierdzeń i opinii, że społeczeństwo nic o tym nie wiedziało. Obozy te były pracującymi koncernami. Tysiące ludzi na terenie samych obozów oraz wielu cywilów poza nimi, miało z tym przemysłem czynny roboczy kontakt.

Metody uśmiercania stosowane w obozach były różnorodne, m. in. rozstrzelanie, powieszenie, otrucie, torturowanie, bicie, *eksterminacja przez pracę* (tj. *zapracowanie na śmierć*), zagłodzenie, zastrzyki z fenolu w serce, palenie żywcem, zadawanie ran, a następnie pozostawianie rannych do wykrwawienia się w masowych grobach pośród już zabitych, wiwisekcja, utopienie, śmiertelne porażenie prądem, zamykanie grupy ludzi w bunkrze i wrzucanie granatów do środka, śmierć przez zamarznięcie w lodowatej wodzie albo od stania nago na śniegu, chłostanie lub skopanie kogoś na śmierć, przetrzymywanie aż do śmierci ludzi ściśniętych w pozycji stojącej w bardzo małej celi.

Masowe, zinstytucjonalizowane mordy dotyczyły również dzieci. Fakt ten był najczęściej wyciszany i rzadko wspominany. Jest to pominięcie, które zaciera cały obraz przemocy, jaka miała miejsce w naszych czasach. Ocenia się, że ogółem zamordowano około 1,5 miliona dzieci, począwszy od noworodków. Wiele z nich zostało uduszonych w komorach gazowych. Dla określenia tej zbrodni powszechnie używano zwrotu *przegonić dzieciaki przez komin*. Masowy mord na dzieciach miał trzy charakterystyczne cechy. Po pierwsze był przeprowadzany z wyjątkową

brutalnością. Po drugie, nie była to sprawa jakiegoś indywidualnego nadużycia (choć i to często miało miejsce, szczególnie na tle seksualnym), lecz część rutynowego działania oraz zaplanowany element polityki i strategii wypracowanej przy biurkach wysokich urzędników. Po trzecie, nie był on realizowany wyłącznie przez SS; dopuszczali się tego również zwykli ludzie. Lekarze dokonywali na dzieciach bolesnych eksperymentów medycznych, które często prowadziły do śmierci. Stosunek do dzieci w obozach koncentracyjnych najlepiej wyobrazimy sobie na podstawie autentycznej sceny, która miała miejsce w Auschwitz. *Przez środek obozu maszerowało dziecko. Na szyi miało zawieszoną kartkę z nazwiskiem wypisanym drukowanymi literami. Wyglądało to naprawdę dziwnie. Dlaczego chłopiec musiał ją nosić? Był synem naczelnika obozu – Aumeiera – i szedł do ojca. Gdyby nie miał przy sobie tego oznakowania, mógłby zostać natychmiast złapany i zaciągnięty do komory gazowej.*

Istnieją dwa rodzaje przemocy. Pierwsza to przemoc związania z uczuciami: nienawiścią, sadyzmem, seksem i innymi namiętnościami. Drugi rodzaj ma niewiele wspólnego z osobistymi odczuciami ludzi. Jest to przemoc bezosobowa i biurokratyczna, a ci którzy ją zlecają, opiniują i organizują oraz ci, którzy jej dokonują, nie mają prawie żadnych uczuć wobec swoich ofiar, ani współczucia ani nienawiści. Są sprawcami albo zabójcami. Wśród nazistowskich mordów spotykamy wiele przykładów sadystycznego okrucieństwa, lecz ogromna większość tych zabójstw była dokonywana bez żadnych emocji. Pod względem intelektualnym lub emocjonalnym trudno pojąć rzeczywistość tych masowych egzekucji; przypominających fabrykę śmierci. Musimy wymienić całą listę przymiotników, aby oddać ich naturę: zbiorowe, zbiurokratyzowane, administracyjne, metodyczne, zaplanowane, wykalkulowane, zorganizowane, systematyczne, typowe, rutynowe, skuteczne, bezosobowe, celowe. Tak określiła to jedna z osób, które przeżyły: było to *fantastycznie dobrze zorganizowane piekło, jak spod igły.*

Korzenie owego braku litości sięgają czasów sprzed reżimu hitlerowskiego. Lata dwudzieste w Europie Środkowej to nie tylko okres Republiki Weimarskiej, Thomasa Manna i tzw. Bauhausu, lecz również czas powstania wielu ekstremalnie reakcyjnych grup, które nie ukrywały swoich zamiarów. Znaki zapowiadające przemoc nie zostały rozpoznane i nawet teraz, z perspektywy czasu, nie są w pełni rozpoznane. Jeśli nie odszukamy wszystkich źródeł tych administracyjnych masowych mordów, oznaczać to będzie, że ofiary nie tylko cierpiały, ale cierpiały na próżno. Odd Nansen – syn norweskiego polarnika i badacza Arktyki, laureata pokojowej Nagrody Nobla, Fridtjöfa Nansena – był więźniem obozu koncentracyjnego Sachsenhausen. Opisał swoje doświadczenia i obserwacje: *Najgorszą zbrodnią, jaką można dzisiaj popełnić przeciwko sobie i społeczeństwu, jest zapomnienie o tym, co się wydarzyło i ponowne pogrążenie się w obojętności. To właśnie ta obojętność ludzkości pozwoliła na dokonanie tego wszystkiego.*

Nazistowskich masowych mordów dokonywanych na ludności cywilnej nie powinniśmy rozpatrywać w oderwaniu od historii. W przeszłości miało miejsce wiele dużych masakr i eksterminacji, np.: wyprawy krzyżowe (milion ofiar); podbój kolonii w Ameryce Południowej (ponad 15 milionów); wyspa Haiti (po 35 latach kolonizacji z 1 miliona tubylców ocalało 14 tysięcy); eksterminacja Indian w Argentynie i Urugwaju, wyspa Mauritius (przymusowi robotnicy umierali tak szybko, że rocznie trzeba było importować 1200 osób); Jawa – Holenderska Wschodnio-Indyjska Kompania w ciągu dwunastu lat wycisnęła 830 milionów dolarów z niewolniczej pracy 5 milionów tubylców; Kongo (w momencie kolonizacji żyło 30 milionów tubylców, a w 1911 zostało

ich już tylko 8,5 miliona); Indie (np. masakra tłumy w Amritsar – 379 zabitych i 1500 rannych); traktowanie Indian w Stanach Zjednoczonych (wielki antropolog Henry Lewis Morgan miał odwagę odsłonić prawdę o tym, jak ich upodlono); Nanking (masakra dokonana przez Japończyków); plemię Hereros w południowo-zachodniej Afryce (40 tysięcy mężczyzn, kobiet i dzieci zostało otoczonych, zaciągniętych na pustynię i pozostawionych tam na śmierć z głodu i pragnienia. Nie zaprotestował ani Niemiecki Parlament, ani kupcy, ani misjonarze. Raport Niemieckiego Sztabu Generalnego głosił, że Hereros przestali *istnieć jako niezależne plemię*. Sztab Generalny jest dzisiaj tą samą instytucją, z tymi samymi tradycjami. Generał Heusinger, jego były dowódca, obecnie przewodniczący Stałej Komisji Wojskowej NATO w Waszyngtonie, określił to mianem: *bezlitosnej surowości*); Armenia (1,5 miliona Ormian zostało wypędzonych z miejsca, gdzie mieszkali od ponad 2000 lat; wiele kobiet, mężczyzn i dzieci zostało zmasakrowanych lub pozostawionych bez środków do życia na pustyni), itd., itd.

[Znamienne jest też to, co współcześnie dzieje się w centralnej Afryce, Kosowie czy w Czeczenii]

Wszystkie te masakry mają wiele cech wspólnych. Najczęściej nie są popełniane przez zapalczywe anonimowe grupy czy tłum, który łatwo jest oskarżać, lecz z zimną krwią, dla materialnych korzyści, przez rządzące władze. Charakteryzuje je mieszanek motywów komercyjnych i sadystycznych, okrucieństwo, upodlenie ofiar, traktowanych jako ludzi gorszej kategorii, a nawet nie ludzi; zaniedbanie lub pobłażanie ze strony tzw. instytucji porządku publicznego. Książki historyczne niewiele nam mówią o tych wydarzeniach, z których jednak wiele moglibyśmy się nauczyć. Na tym historycznym tle nazistowski Holocaust jawi się jako historyczne skrzyżowanie upodlenia z przeszłości i niewyjaśnionych do końca przejawów przemocy.

Tym, co sprawia, że nazistowskie, masowe zabijanie jest tak wyjątkowe, nie jest liczba ofiar, skuteczność, okrucieństwo, ale fakt, że wydarzyło się w epoce, w której nikomu nie przyszło na myśl, że coś takiego jest po ludzku możliwe. Tutaj właśnie leży sedno lekcji. Jeśli wtedy okazało się to możliwe, dlaczego nie dzisiaj? Co tak naprawdę się zmieniło? Zasłona być może opadła, ale tylko na antrakt. Żaden specjalista od spraw społecznych lub psycholog nie przewidział, że w połowie wieku zostanie z premedytacją wymordowanych około 8 milionów ludzi, którzy nie byli uczestnikami żadnych działań wojennych. Czy nie nadaje się to dla naukowców zajmujących się behawioryzmem? Czyż nie powinni zrewidować swojego punktu widzenia i uświadomić sobie, jak silnie przemoc wpleciona jest w nasze życie społeczne?

**Masową przemoc wylansowała silna dźwignia ekonomiczna.** Materialną interesowność wykazało państwo, duże korporacje oraz niezliczeni zwykli ludzie, którzy czerpali z tego korzyści. Naczelnik policji i SS, Himmler, aż do lutego 1945 r. często spotykał się z grupą swoich doradców, w skład której wchodziło 30-40 czołowych przemysłowców, bankierów czy innych członków elity gospodarczej. Rozkaz wysokich, centralnych władz SS, skierowany do komendantów obozów koncentracyjnych, brzmiał: *Zrozumiałe, że najważniejszą sprawą, jaką trzeba brać pod uwagę, jest 100% ekonomicznego wykorzystania więźniów.*

**Komercjalizacja masowej przemocy przebiegała pięcioma głównymi torami:**

1. Niewolnicza praca.

2. Dysponowanie mieniem ofiar i ich rzeczami osobistymi.
3. Komercyjne wykorzystywanie ludzkich zwłok.
4. Przygotowanie komór gazowych, pieców krematoryjnych i chemikaliów do uśmiercania, a następnie pozbywania się zwłok.
5. Wykorzystywanie ofiar do testowania produktów handlowych.

## **Ad. 1 Niewolnicza praca**

Niewolnicza praca odgrywała ogromną, – nadal słabo nagłośnioną – rolę, zarówno jako metoda zabijania, jak i sposób na uzyskiwanie korzyści materialnych. Była to nie tylko kwestia życia ofiar, ale przede wszystkim kwestia kalkulacji. Jak stwierdzał raport skierowany do Himmlera, obozy koncentracyjne musiały być przekształcone z *formy czysto politycznej w organizację zgodną z celami ekonomicznymi*. Ocalałe protokoły z narad i konferencji świadczą, że Himmler i Göbbels byli zgodni co do zasady *wyniszczenia przez pracę*. Podstawą całego przedsięwzięcia była racjonalna zasada, a nie irracjonalny sadyzm – polegała ona albo na podawaniu więźniom minimalnych racji żywnościowych i zmuszaniu ich do pracy aż do śmierci z wyczerpania, albo zabijaniu ich, gdy już nie byli w stanie pracować. Wyzysk i eksterminację dzielił tylko jeden mały krok. W ten sam sposób na szeroką skalę traktowano Żydów, Polaków, Rosjan, Czechów, Cyganów, jeńców wojennych, niemieckich kryminalistów i więźniów politycznych. Helmar Moser, generał armii niemieckiej, były wojskowy komendant miasta Lublina, opisał to w sądzie w ten sposób: *Przeznaczeni na zatracenie ludzie z obozu byli zmuszani do wyjątkowo ciężkiej pracy ponad siły, poganiano ich brutalnym biciem*. Inny hitlerowski urzędnik powiedział: *Zaprzęgnięci do pracy ludzie pracowali chętnie w ciągłym lęku przed śmiercią*. Wśród przymusowych robotników było wiele dzieci poniżej piętnastu lat. Musiały one pracować w tych samych morderczych warunkach jak dorośli.

Powszechną praktyką było wymienianie osłabionych więźniów – *powolnych robotników* – na silniejszych. Słabych pozbywano się w ten sposób, że wysyłano ich do tzw. obozów zagłady, czyli miejsc wyposażonych w sprzęt do masowego uśmiercania, gdzie ich zabijano. Był to zaplanowany, rutynowy element całego przemysłowego przedsięwzięcia. Cotygodniowy raport I. G. Auschwitz (oddział firmy farbiarskiej I. G. Farben) z dnia 8 lutego 1943 r. stwierdza, że SS i przemysłowcy *zgodzili się, iż trzeba pozbyć się wszystkich słabych więźniów, tak aby mieć gwarancję prawie pełnej wydajności pracy*.

Niewolniczą pracę ludzi wykorzystywano zasadniczo w trzech miejscach: w głównych obozach koncentracyjnych; w fabrykach i zakładach organizowanych i zarządzanych przez prywatne firmy przemysłowe w pobliżu i w ścisłej współpracy z obozami koncentracyjnymi; w fabrykach oddalonych od obozów, np. w zakładzie I. G. Farben w Ludwigshafen. Wiele mówiąca nazwa *obozy fabryczne (Firmenlager)* weszła do powszechnego użycia.

Więźniowie musieli pracować wiele godzin – zwykle jedenaście – także w niedziele i święta. Począwszy od 1933 do 1945 r. wydatki ze strony SS na jednego więźnia wynosiły średnio dziesięć centów dziennie. Wchodziło w to wyżywienie, ubranie, dozór, spanie. Więźniów wynajmowano prywatnemu przemysłowi za 1 dolara dziennie lub w przypadku wykwalifikowanych pracowników

za 1,5 dolara dziennie. Przynosiło to ogromne zyski SS, która – co często jest pomijane – sama stała się bardzo dużym przedsiębiorstwem handlowym, a także przyczyniła się do uzyskania ogromnych zysków z taniej siły roboczej przez prywatne korporacje przemysłowe.

Specjaliści, inżynierowie i kierownicy, pracujący dla prywatnych korporacji przemysłowych, znali prawdę o tej sile roboczej, jej pochodzeniu, warunkach pracy i ostatecznym losie wyczerpanych pracowników. Wielu z nich zwiedzało obozy. W Auschwitz pokazywano im krematorium. Niektórzy narzekali *na straszny zapach* pochodzący z krematoryjnych pieców. W obozie Dora istniał specjalny budynek z dużym kominem, dymiącym prawie bez przerwy, w którym kremowano zwłoki robotników – ofiar. Nikt, kto wszedł na teren obozu, nie mógł nie zauważyć tego budynku i jego przeznaczenia.

W jednym z podobozów kompleksu Buchenwald, który był prowadzony na rzecz dużego przedsiębiorstwa elektrotechnicznego – Siemens, co sześć, osiem tygodni znikało 500 więźniów. Jednak ogólna liczba 15 tysięcy więźniów – robotników pozostawała stała, ponieważ słabych zastępowano nowymi. Według notatek z konferencji roboczych, dyrektorzy firmy Siemens przez okres kilku lat dyskutowali o wzrastającym zapotrzebowaniu na tę niewolniczą siłę roboczą, która zastępowała tych, którzy już zmarli.

Nawet w prywatnych zakładach przemysłowych, zatrudniających robotników przymusowych, gdzie nie było komendantów obozowych czy SS, firmy przypisywały sobie prawo do uśmiercania ludzi przez pracę i bezkarnego ich zabijania. Dla przykładu, koncern Hasag z Lipska utrzymywał trzy zakłady na polskich terenach okupowanych. We wszystkich istniały obozy, otoczone drutem kolczastym, pozostające pod nadzorem prywatnych cywilnych strażników firmy. Więźniowie byli torturowani, gryzieni przez szczute na nich psy, a nawet dosłownie bici na śmierć. Jedna z fabryk miała własne miejsce egzekucji dla zbyt wygłodzonych i wyczerpanych pracowników, którzy nie byli już w stanie pracować. Zabijano nawet kobiety w ciąży. SS nie miało z tym nic wspólnego. Było to prywatne przedsięwzięcie. W rutynowe upodlenie i mordowanie robotników zamieszani byli kierownicy, mistrzowie, brygadziści, strażnicy zakładowi i dwudziestu trzech dyrektorów tego koncernu; po wojnie wszyscy stanęli przed sądem.

**Zyski z niewolniczej pracy były dokładnie obliczane.** Według oficjalnych dokumentów średnia długość *przeżycia* przymusowego robotnika w takich warunkach wynosiła dziewięć miesięcy. W Auschwitz, według zeznań doktora Müncha – lekarza SS – sześć miesięcy. Wszystko było skrupulatnie notowane: dzienny zysk z wynajmu więźniów poza obóz; od tego odejmowano koszty żywienia i amortyzację zniszczenia ubrań, a także koszt kremacji. Do zysków dodawano także to, co zabierano więźniom po ich śmierci: złoto z zębów, ubrania, w których zostali aresztowani, cenne przedmioty i pieniądze, jakie mieli przy sobie. Doliczano także przychody z komercyjnego wykorzystywania ludzkich ciał: włosów, kości i popiołów. Ostatecznie całkowity zysk kalkulowano w oparciu o *średnią długość przeżycia wynoszącą dziewięć miesięcy*.

Niektóre duże koncerny przemysłowe wykazywały nienasycone żądania coraz większej i większej ilości taniej siły roboczej. Procent udziału tej zniewolonej siły roboczej w produkcji niektórych działów przemysłu był bardzo duży. Dla przykładu, w pewnym czasie dokładnie połowę 200 tysięcy pracowników I. G. Farben stanowili robotnicy przymusowi. Dziedziny przemysłu, w których ich zatrudniano były różnorodne: przemysł chemiczny, gumowy, zbrojeniowy, budowlany, konstrukcyjny, tekstylny, skórzaný, produkcja sprzętu elektrycznego, porcelany, wody mineralnej, kamieniołomy, itd.

Wśród popularnych firm niemieckich, które zatrudniały do przymusowej pracy więźniów obozów koncentracyjnych były: Krupp, Siemens, AEG (przedsiębiorstwo elektrotechniczne), I. G. Farben, Volkswagen-Works, Messerschmitt, Junkers-Works, Heinkel, Argus-Works, Continental Rubber, Daimler-Benz, Shell (Floridsdorf – niedaleko Wiednia) i Bawarskie Zakłady Motorowe. Część przedsiębiorstw handlowych, które również wykorzystywały niewolniczą pracę więźniów, jest w chwili obecnej ściśle związana z kapitałem amerykańskim, tak więc ówczesna epoka dotyka także amerykańskiego systemu ekonomicznego.

## **Ad. 2 Dysponowanie mieniem i rzeczami osobistymi więźniów**

Kolejnym źródłem znacznych zysków było dysponowanie i wykorzystywanie mienia ofiar, które straciły życie. Oprócz mienia skonfiskowanego, jak meble i inne przedmioty wyposażenia domu, zajmowano rzeczy osobiste ofiar, np. odzież, biżuterię, aparaty fotograficzne, itd. To wszystko razem dawało ogromne sumy pieniędzy. Były tam wszelkiego rodzaju buty: dla mężczyzn, kobiet i dzieci (na Majdanku zgromadzono 820 tysięcy par obuwia, od bucików dla niemowląt po buty wojskowe), bielizna, tysiące okularów, krawaty męskie, paski, sutanny, zegarki, całe stosy zabawek, smoczki na butelki, nożyczki, walizki, protezy kończyn, itd. Wszystkie te rzeczy były zbierane, dokładnie sortowane, pakowane, gromadzone i wysyłane do centrali. Strona handlowa i finansowa operacji była negocjowana i załatwiana przez urzędników państwowych w Banku Rzeszy i Ministerstwie Gospodarki.

## **Ad. 3 Wykorzystywanie ludzkich zwłok**

Unikalny rozdział w historii przemocy dotyczy faktu wykorzystywania ludzkich zwłok dla osiągnięcia zysków finansowych. Nie jest to prehistoria, lecz historia współczesna. Nawet w czasach starożytnych przygotowywano groby dla zmarłych; nie przetwarzano dalej i nie handlowano fragmentami ludzkiego ciała. W naszych czasach wróciliśmy do barbarzyństwa.

W czasie I wojny światowej Brytyjskie Służby Wywiadowcze rozpowszechniły fałszywą informację, że Niemcy produkują mydło z ludzkich zwłok. W okresie II wojny światowej stało się to rzeczywistością.

Podczas II wojny światowej w Gdańsku mały, ceglany budynek został zaadoptowany na fabrykę nowej dziedziny przemysłu. Wypracowywano tutaj metody przetwarzania ludzkiego tłuszczu w celu produkcji mydła, a ludzkiej skóry do produkcji butów, teczek i toreb. W suterenie budynku znajdowały się duże, kwadratowe, ocynkowane wanny, w których było miejsce do umieszczenia dziesięciu ciał zanurzonych w roztworze fenolu. Specjaliści ustalili, że byli to wcześniej postrzeleni, powieszani lub skatowani, ale też osoby, które jeszcze dawały znaki życia. W jednym z pomieszczeń fabryczki znajdowały się ogromne kotły, w których próbowano wytwarzać mydło pochodzenia ludzkiego. Udało się to i do dziś ocalały stosy takiego mydła. Produkcja artykułów skórzanych pochodzenia ludzkiego nie zaszła aż tak daleko i doprowadziła tylko do przygotowania półproduktów z wygarbowanej ludzkiej skóry (np. wykonano abażury do lamp).

Ta *gałąź przemysłu* została zaprojektowana i zorganizowana przez naukowców i lekarzy. Przeprowadzano nawet kursy dla lekarzy obozów koncentracyjnych dotyczące produkcji mydła. Taka produkcja była oczywiście możliwa jedynie na bazie polityki masowej eksterminacji.

Wykorzystywanie tej polityki dla praktycznego spożytkowania surowego materiału ludzkiego w fabrykach mydła i garbarniach nie stanowiło tajemnicy. Opisaną powyżej wytwórną mydła zwiedzały prominentne osoby III Rzeszy, m. in. rektor Politechniki Gdańskiej, Minister Zdrowia i Minister Edukacji Narodowej.

Złote zęby i plomby wyciągano z ust tych, którzy zmarli lub zostali zamordowani w obozach koncentracyjnych. Nie można było spalić żadnego ciała, jeśli na klatce piersiowej brakowało stempla: *Sprawdzony pod kątem złotych plomb*. W ten sposób zebrano tysiące kilogramów złota.

Kobietom i mężczyznom obcinano włosy, zbierano je i przechowywano w workach lub innych pojemnikach. Sprzedawano je do produkcji filcowych kapeluszy, materacy i innych artykułów pilśniowych. Prywatna fabryka filcu w Roth niedaleko Norymbergii zrobiła na tym kwitnący interes.

Popioły skremowanych ludzi były używane jako nawóz. Było go bardzo dużo i przynosił znaczny zysk. Używano go na polach i w ogrodach. Istniały również specjalne zakłady zajmujące się mieleniem ludzkich kości. Bardzo wydajny zakład tego typu znajdował się na przykład w obozie Kulmhof (Chełmno). Zarówno zmielone ludzkie kości, jak i popiół z krematoriów, umieszczano w ogromnych puszkach i rozsyłano po całych Niemczech jako świetny nawóz na pola. Opracowano nawet specjalną metodę wykorzystania niewielkiej ilości ludzkich kości i popiołów jako nawozu. Składał się on z *warstwy ludzkich kości, warstwy ludzkich popiołów, warstwy gnoju*.

#### **Ad. 4 Sprzęt do eksterminacji**

Dostarczanie wyposażenia krematoriów, komór gazowych i chemikaliów przeznaczonych do zabijania, a następnie usuwania ciał, stało się lukratywną formą działalności dla dużych prywatnych koncernów. Wydaje się, że żaden z biznesmenów nie miał jakichkolwiek skrupułów w tym względzie. Wraz z wprowadzeniem komór gazowych oraz dużych pieców krematoryjnych masowe mordowanie stało się częścią przemysłu. Jest to zupełnie nowe zjawisko w historii zarówno przemocy, jak i ekonomii. Brały w nim udział całkowicie legalne i wysoko cenione koncerny. Dla przykładu, duże przedsiębiorstwo branży elektrotechnicznej – Siemens – zaprojektowało, a następnie produkowało komory gazowe wraz z instalacją. Przedsiębiorstwo miało monopol na osprzęt elektryczny komór gazowych. Wprowadziło nowe i pomysłowe urządzenia, np. system wentylacyjny, który uruchamiając szybszy przepływ powietrza, umożliwiał sprawniejsze tłoczenie gazu. Umożliwiało to uśmiercenie 10 tysięcy osób w ciągu dwudziestu czterech godzin.

Chemikalia i trujące gazy typu cyklon B (który przy zetknięciu się z powietrzem uwalnia cyjanek) były produkowane dla celów masowego mordowania w obozach, przez duży koncern chemiczny I. G. Farben (firma pomocnicza koncernu Degesch). To właśnie ich produktami zabijano hurtowe ilości więźniów, także tych wyczerpanych pracą we własnych fabrykach koncernu. Innymi słowy, zarabiano pieniądze na taniej przymusowej pracy więźniów, a następnie robiono jeszcze większe pieniądze, sprzedając środki do ich uśmiercenia, kiedy już tracą siły.

Masowe mordy stwarzały nowe problemy techniczne, np. co robić z tak dużą liczbą zwłok? Na początku wydawało się to poważnym problemem, jednak wkrótce uporano się z nim wprowadzając najnowocześniejszy sprzęt do spalania śmieci i odpadów dużego miasta oraz przetwarzając ludzkie ciała na użyteczne produkty do dalszego wykorzystania. W aglomeracji berlińskiej odkryto, że do



utylizacji śmieci potrzebna jest temperatura ponad 1400 stopni Celsjusza. Dokładnie tę samą metodę zastosowano w krematoriach obozów koncentracyjnych. Na Majdanku stosowano temperaturę 1500 stopni. Znajdujące się tam krematorium, ogromny murowany budynek z dużym fabrycznym kominem, było największe na świecie.

## **Ad. 5 Wykorzystywanie więźniów do testowania produktów handlowych**

Kolejną korzyścią związaną ze stosowaniem przemocy na szeroką skalę było wykorzystywanie ludzi jako królików doświadczalnych do testowania przeznaczonych na rynek produktów farmaceutycznych i broni chemicznej, np. trującego gazu. List od urzędnika koncernu chemicznego I.G. Farben skierowany do administracji obozu koncentracyjnego Auschwitz stanowi typowy przykład praktycznego wykorzystania ludzi, jako królików doświadczalnych: *Otrzymaliśmy 150 kobiet, o które prosiłsiemy. Chociaż były skrajnie słabe, spełniły nasze wymagania. Testy wypadły pomyślnie. Wszystkie poddane testowi zmarły. Wkrótce rozpoczniemy negocjacje w sprawie następnej dostawy.* W ten sam sposób wykorzystywano dzieci. Dla przykładu, sześć dziewczynek-więźniarek, w wieku od ośmiu do czternastu lat, zarażono wirusem zapalenia wątroby, aby wypróbować nowe lekarstwo na tę chorobę. Nazwa *Przedsiębiorstwo Morderców* byłaby chyba bardziej odpowiednia dla firm, które dostarczały instalacji i chemikaliów z konkretnym przeznaczeniem do masowego mordowania cywilów i usuwania ich ciał niż dla gangsterskich konsorcjów odpowiedzialnych za *zaledwie* tysiąc zabójstw.

Niektóre pomysły okrutnych, medycznych eksperymentów dokonywanych na więźniach w celu testowania nowych leków, nie narodziły się w głowach indywidualnych lekarzy, lecz zostały zaproponowane i zainicjowane przez firmy farmaceutyczne. **Ta kombinacja biznesu, farmakologii i przemocy stanowi znaczący fakt socjologiczny.** Oto scena z obozu Sachsenhausen, gdzie grupa więźniów maszeruje – śpiewając i pogwizdując – pod wpływem nowej wyzwalającej energii pigułki, testowanej przez firmę farmaceutyczną. Więźniowie maszerowali do komory gazowej.

Te nieludzkie eksperymenty nie należą jedynie do przeszłości. Są one nadal uznawane i przytaczane na rynku farmaceutycznym. Jeden z najokrutniejszych eksperymentów medycznych był przeprowadzany w Dachau. Więźniów polewano lodowatą wodą, aby sprawdzić ich wytrzymałość. Niektórym więźniom podano pewne lekarstwo, natomiast grupa kontrolna nie otrzymała go. Zakładano, że przeżyją tylko ci, którzy otrzymali lek. Po dwudziestu latach reklamowanie tego samego środka (który – tak się składa – ma bardzo wątpliwą wartość) nadal opiera się na tych *samych eksperymentach w zimnej wodzie.*

Bardzo tania siła robocza, złożona z więźniów obozów koncentracyjnych, stanowiła ogromny ekonomiczny zysk. Nie możemy wyjaśniać tych okrutnych faktów jedynie dokonując psychoanalizy. Przymusowa praca nie zaspokajała żadnych głębokich, agresywnych instynktów, satysfakcjonowała natomiast przedsiębiorców. Historyk J. Schmelzer z Uniwersytetu Marcina Lutra z Wittenbergi, przeprowadził interesujące studium dotyczące odpowiedzialnych urzędników koncernu I. G. Farben – którzy byli zaangażowani w organizowanie przymusowych robót – oraz ich obecnej pozycji. Analiza ta pokazała, w jaki sposób okres stosowania masowej przemocy w sposób niezauważalny przenika do naszych czasów – cieszących się powszechnym szacunkiem dla praw człowieka. Interesującą okoliczność stanowi fakt, że Friedrich Vialon, wysoki urzędnik hitlerowski, który w czasie wojny

zajmował się wynajmowaniem przymusowych robotników do pracy w prywatnym przemyśle, został sekretarzem stanu w niemieckim ministerstwie zajmującym się pomocą dla krajów słabo rozwiniętych.

Co stało się z firmami, które wykorzystywały niewolniczą pracę więźniów? Wiele z nich, także ich spadkobiercy, ma się dobrze. Ich akcje są czyste – jeśli nie pod względem moralnym to finansowym. Niektóre prominentne osoby i koncerny, kiedyś zaangażowane w korzystanie z *obozowego* źródła siły roboczej, dziś posiadają większą niż kiedykolwiek władzę ekonomiczną. **Oznacza to, że w okresie, który nastąpił po dokonaniu przemocy, przemoc ta nie została wypłeniona, lecz nagrodzona.**

Koncern Kruppa budował fabryki produkcyjne w pobliżu takich obozów śmierci, jak Auschwitz. To właśnie stamtąd więźniowie wychodzili na wpół żywi – albo raczej w trzech czwartych nieżywi. Reszty żywota dokonywali w obozach. W Zakładach Kruppa oraz w specjalnych przyobozowych fabrykach pracowało pod przymusem ogółem co najmniej 75 tysięcy cywilów i 25 tysięcy jeńców wojennych. Stojący na czele firmy Alfred Krupp, został skazany na dwanaście lat więzienia za korzystanie i nadużycia związane z niewolniczą pracą przymusowych robotników. Zaledwie po czterech latach odsiadki w przyjemnych warunkach, został wypuszczony na wolność. Jego zwolnienie świętowano w największym hotelu w mieście uroczystym śniadaniem z lampką szampana. Przy udekorowanym kwiatami stole uczestniczył w konferencji prasowej dla ponad pięćdziesięciu przedstawicieli mediów. Witano go jak bohatera narodowego. Zapytany czy żałuje swoich czynów odpowiedział, że nie zastanawiał się z filozoficznego punktu widzenia nad szczegółami swoich działań. My też nie zrobiliśmy tego. Przy asyście finansowego i politycznego establishmentu Stanów Zjednoczonych, Krupp stał na czele jednego z największych koncernów przemysłowych świata, którego właścicielem była prywatna osoba. W 1957 r. uroczyście obchodzono jego pięćdziesiąte urodziny. W roku 1965 grupa Kruppa miała zyski netto przekraczające miliard dolarów, a jej jedynym właścicielem pozostawał Alfred Krupp. Obecnie przedsiębiorstwo produkuje dwa razy więcej stali niż przed drugą wojną światową.

*[Od wydawcy polskiego: Polacy sami najlepiej wiedzą, że sprawa odszkodowań dla robotników przymusowych w III Rzeszy, którzy jeszcze ciągle żyją jest nadal otwarta, a przedsiębiorstwa niemieckie, z koncernem Kruppa na czele, wcale się nie spieszą z załatwieniem tej sprawy, słusznie licząc, że z czasem będzie mniej do zapłacenia, bo ofiary są już bardzo stare. Usiłowano też wycenić wysokość tych odszkodowań w zależności od obywatelstwa poszkodowanych, klasyfikując ich znowu jako mniej lub więcej godnych rekompensaty.]*

Oto pochodząca z dwudziestego wieku historia sukcesu – sukces w następstwie popełnionej zbrodni. Skoro przemoc związana z niewolniczą pracą była tak opłacalna pod względem finansowym, może to sprawić bezpośrednią zachętę na przyszłość. Patrząc w szerszej perspektywie, firmy czerpiące zyski z apartheidu w Afryce Południowej odgrywały rolę porównywalną do niemieckich przedsiębiorstw, które bezpośrednio wyzyskiwały przymusowych robotników. W 1962 r. amerykańskie przedsiębiorstwa działające w Afryce Południowej osiągnęły zyski w wysokości 72 milionów dolarów. Jest to podwojony średni zysk z amerykańskich inwestycji zagranicznych (11,8%).

Co myśleli ci, którzy w jakiś sposób uczestniczyli w zinstytucjonalizowanych masowych morderstwach? Według Biura Federalnego odpowiedzialnego za zaskarżanie zbrodni hitlerowskich,

eksterminację organizowało 80 tysięcy osób. Na pewno byli wśród nich ludzie o osobowościach anormalnych, sadystycznych, targanych nienawiścią, którzy działali pod wpływem niekontrolowanych prymitywnych popędów. Jednakże w kontekście bardzo dużej liczby osób, zaangażowanych w masakrę, problem indywidualnego charakteru schodzi na dalszy plan. W tym momencie jedynie psychologia społeczna może pomóc w zrozumieniu tego zbiorowego czynu. Na jednym biegunie znajdowali się ci, którzy bezpośrednio dokonywali zbrodniczych czynów, na drugim tzw. mordercy przy biurku – intelektualni sprawcy. Pomędzy znajdowało się wielu pośredników zbrodni. Na próżno szukamy wśród nich jakichś barwnych, ekscentrycznych osobowości. Znajdujemy jedynie wielką, szarą masę funkcjonariuszy, biurokratów i urzędników, którzy stali się mordercami. W tej grupie są również ci, którzy tworzyli odpowiednią politykę – dyplomaci przekazujący informacje, możliwe do przełknięcia dla światowej opinii publicznej, ludzie, którzy wydawali rozkazy, ci, którzy przekazywali je dalej, organizatorzy i kierownicy, służba cywilna, personel techniczny, eksperci prawni, lekarze (obecni w każdym obozie koncentracyjnym, działający na pewno nie jako lekarze), urzędnicy, robotnicy, popierający akcję naoczni świadkowie i obserwatorzy.

Często twierdzi się, że społeczeństwo jako całość po prostu zaakceptowało polityczne nakazy i reagowało na nie w sposób bierny. Analiza socjologiczna dowodów z pierwszych lat reżimu, kiedy to rozpoczęto stosowanie przemocy na szeroką skalę, wskazuje, że nie jest to prawdą. Ludzie nie przyjmowali idącej z góry lawiny przemocy bez kwestionowania jej. Możemy odtworzyć całą krzywą nastrojów: zaskoczenie, niezdecydowanie, odmowę, iluzję, przebudzenie, świadomość pułapki przygotowanej przez propagandę i przemoc, brak poczucia bezpieczeństwa, bierny opór, rozczarowanie błędnymi prognoząmi liberalnych liderów, pustka, niepokój, nadzieja na pomoc ze strony innych państw, bezradność, rezygnacja, tolerowanie, rozczarowanie, obojętność, poddanie się, fascynacja nowym dynamicznym reżimem, przynależność. W okresie, gdy ofiary traciły wolność, wielu intelektualistów utraciło swoje przekonania.

Najistotniejszy fakt, który wyłania się z analizy zinstytucjonalizowanych masowych morderstw, stanowi siła, jaka kryje się w namawianiu. Jest ona zdolna do wypaczenia myślenia początkowo niewinnych osób. Ludzie, praktycznie wszyscy, mogą być namawiani do udziału w przemocy. Nie wszyscy będą sami ją stosować, mogą pomagać z pewnej odległości, tolerować ją i w ten sposób również ją wspierać. Błędne jest twierdzenie, że większość poprawnie myślących ludzi jest odporna na masowe wpływy, oraz że tylko predysponowane do tego osobowości ulegną pokusie. *Nawet dobry człowiek jak napisał dawno temu George Gissing staje się gotowy do czynienia zła, jeśli podpowiada mu to powszechność jego występowania.* Jeżeli położymy nacisk na podświadomość, zlekceważymy rolę świadomej manipulacji.

Skuteczna zachęta do stosowania przemocy nie polega na prostej, bezpośredniej sugestii czy namowie. Zawsze musi się wiązać, jak zauważył teoretyk polityki przemocy, Georges Sorel, z *mitem*. Takim odpowiednim mitem jest całkowite oczernianie przeciwników. To właśnie wobec nich usiłuje się wykazać heroiczną surowość. Wraz z kolejnym mitem, że *życie pewnych ludzi nie ma żadnej wartości*, przychodzi potężne, przyjemne poczucie własnej wyższości. Pewien esesman wyraził to w swoim pamiętniku w ten sposób: *Jakże czujemy się wyjątkowi po każdej przemowie Führera!* Jeśli potencjalni przeciwnicy uważani są za podludzi, ludzi gorszej kategorii, ich całkowite wyniszczenie staje się moralnie dozwolone, a nawet konieczne. Nie doceniamy absolutnego okrucieństwa, które w ten sposób i tylko w ten sposób może się narodzić.

Następny krok jest już nieunikniony. Zarówno dla piastujących wyższe stanowiska, którzy wyznaczali plany, jak i dla zwykłych pracowników, którzy je realizowali, stosowanie przemocy dla osiągnięcia celów i rozwiązywania problemów stało się czymś zupełnie normalnym. Norma ta stawała się coraz silniej zakorzeniona. Kiedy Abe Reles, jeden z oprawców przedsiębiorstwa noszącego nazwę *Mord*, został zapytany przez prawnika podczas rozprawy sądowej: *Czy wyrzuty sumienia kiedykolwiek niepokoiły Pana?*, odpowiedział pytaniem: *A jak się Pan czuł, kiedy prowadził swoją pierwszą sprawę w sądzie?* Prawnik odpowiedział, że był podenerwowany, ale później przyzwyczął się. Na to Reles odpowiedział: *Tak samo jest z mordowaniem. Przyzwycząłem się do tego.*

# ROZDZIAŁ V

## PRZYSIĘGI LEKARSKIE

Najbardziej znanym przyrzeczeniem medycznym jest Przysięga Hipokratesa, która stanowi niezmienną, bardzo głęboką pod względem treści, obietnicę na całe życie. Warto prześledzić znaczenie składania przysięgi na przestrzeni wieków. Osoba może złożyć obietnicę, przyrzeczenie, może ustnie zaakceptować umowę, może wreszcie podpisać kontrakt prawny. Wymienione tutaj poszczególne stopnie składania obietnicy mają coraz większą siłę wiążącą. Dobry przykład stanowi często dawniej używany zwrot *człowiek jest na tyle dobry, na ile można polegać na jego słowie*. Każda forma obietnicy, choć w różnym stopniu, obliguje osobę ją składającą do pewnego rodzaju zachowań czy wypełniania pewnych obowiązków.

Przysięga zawsze górowała nad wszelkimi umowami. Czasem zapisywano ją nawet krwią. Wszystkie obietnice mogły być odwrócone, zlekceważone czy zmienione – tak jak na przykład kontrakt małżeński mógł być rozwiązywany przez rozwód. Przysięga jednak była na zawsze. Obietnica ta upubliczniała całe życie człowieka, który ją składał, cały jego honor i przyszłość. Nie było żadnego odstępstwa czy wycofania się z przysięgi. Z całą pewnością we współczesnych czasach zagubiliśmy wagę przysięgi i na pewno odnosi się to również do Przysięgi Hipokratesa.

Hipokrates był greckim lekarzem. Żył 400 lat przed Chrystusem. Jego przysięga miała całkowicie zmienić oblicze medycyny. Przed Hipokratesem lekarze spełniali wobec pacjentów dwie funkcje – leczyli i zabijali. *Doktor* to jedna z ówczesnie stosowanych nazw, inne to znachor, medyk, szaman, uzdrowiciel itp. Ale to właśnie do tej osoby udawali się ludzie pragnący uleczenia ze swoich dolegliwości. W różnym stopniu przy leczeniu używano magii, napojów leczniczych, modłów. Za swoje usługi *doktor* przyjmował zapłatę, na przykład jednego kurczaka.

Jednakże ten sam *doktor* pełnił jeszcze drugą funkcję, mógł uśmiercić pacjenta. Przy użyciu tej samej magii i różnych innych metod potrafił rzucić zły urok, spowodować chorobę, a nawet zabić. Ponieważ pacjent, który za usługę wyleczenia zapłacił jednym kurczakiem, nie mógł być zupełnie pewien, czy poprzedniego dnia tego samego *doktora* nie odwiedził jego wróg, płacąc aż dwoma kurczakami za wyrządzenie mu krzywdy, nie miał do lekarza pełnego zaufania.

Największym osiągnięciem Hipokratesa było to, że rozdzielił funkcje zabijania i leczenia, przypisywane przedtem lekarzowi. Hipokrates stwierdził: *od tej pory lekarz będzie tylko leczył*. Do naszych czasów przetrwało to w postaci łacińskiego powiedzenia *primum non nocere* (po pierwsze nie szkodzić). Przysięga tego pogańskiego lekarza przetrwała w niezmienionej formie do czasów chrześcijańskich i służyła jako etyczny drogowskaz dla lekarzy aż do naszych czasów, ale niestety od kilkudziesięciu lat obserwuje się *pewne załamanie* tej postawy.

### Oryginalna Przysięga Hipokratesa

Dokładne słowa przysięgi Hipokratesa brzmią:

*Przysięgam na Apollina, lekarza, na Asklepiosa, Hygieę i Panaceę, oraz na wszystkich bogów i*

*boginie, biorąc ich za świadków, że wedle mej możliwości i zdolności będę dochowywał tej przysięgi i tego zobowiązania.*

*Mistrza mego w tej sztuce będę szanował na równi z rodzicami, będę się dzielił z nim swym mieniem i na żądanie zaspokajał jego potrzeby; synów jego będę uważał za swych braci i będę uczył ich swej sztuki, gdyby zapragnęli się w niej kształcić, bez wynagrodzenia i żadnego zobowiązania z ich strony; prawideł, wykładów i całej pozostałej nauki będę udzielał swym synom, synom swego mistrza oraz uczniom, wpisanym i związanym prawem lekarskim, poza tym nikomu innemu.*

*Będę stosował zabiegi lecznicze wedle mych możliwości i zdolności ku pożytkowi chorych, broniąc ich od uszczerbku i krzywdy.*

*Nikomu, nawet za żądanie, nie podam śmiertelnej trucizny, ani nikomu nie będę jej doradzał, podobnie też nie dam nigdy niewieście środka na poronienie. W czystości i niewinności zachowam życie swoje i sztukę swoją.*

*Do jakiegokolwiek wejdę domu, wejdę doń dla pożytku chorych, wolny od wszelkiej chęci krzywdzenia i szkodenia, jako też wolny od pożądań zmysłowych, tak względem niewiast jak mężczyzn, względem wolnych i niewolników.*

*Cokolwiek bym podczas leczenia czy poza nim w życiu ludzkim ujrzał czy usłyszał, czego nie należy rozgłaszać, będę milczał, zachowując to w tajemnicy.*

*Jeżeli dochowam tej przysięgi i nie złamię jej, obym osiągnął pomyślność w życiu i pełnieniu swej sztuki, ciesząc się uznaniem ludzi po wszystkie czasy; w razie jej przekroczenia i złamania niech mię los przeciwny dotknie.*

[Tłumaczenie z języka greckiego według G. Piankówny]

## **Przysięga lekarza arabskiego**

Ta starożytna przysięga pochodzi z VIII wieku i odegrała ważną rolę w ustanowieniu zawodu lekarza w tamtych czasach. Brzmiała ona następująco:

*Przysięgam w imię Boga, Pana życia i śmierci, Dawcy zdrowia oraz Twórcy uzdrawiania i wszelkiego leczenia, przysięgam w imię Eskulapa i wszystkich świętych Boga, mężczyzn i kobiet, i wzywam ich wszystkich na świadków, że dotrzymam tej przysięgi i tych warunków. Będę uważać mojego nauczyciela tej sztuki za ojca, będę z nim dzielił moje środki utrzymania i stanie się on partnerem w moim bogactwie oraz oddam mu to, co posiadam, kiedy będzie w potrzebie.*

*Jeśli chodzi o jego potomków, będę uważał ich za braci moich i nauczę ich tej sztuki bez wynagrodzenia czy uwarunkowań, jeśli będzie to ich pragnieniem. Łączę razem i traktuję jak równych w obowiązkach i w umiejętnościach i w innych rzeczach związanych ze sztuką medyczną moje własne dzieci, dzieci mojego nauczyciela oraz uczniów, którzy zobowiązali się umową i którzy przysięgli przestrzegać medycznego honorowego kodeksu. Uczynię to jedynie wobec wyżej*

wymienionych.

*We wszystkich moich zabiegach, które leżą w mojej mocy, będę kierował się dobrem pacjentów. Powstrzymam się od wszystkiego, co może ich zranić lub co, być może, moim zdaniem mogłoby im zaszkodzić. Nie podam trującego lekarstwa, nawet gdyby o to prosili, ani nie będę tego doradzał, nie będę pomagał przy poronieniach. Lecząc i praktykując sztukę medyczną pozostanę czysty i niewinny.*

*Ten, kto dopełni tej przysięgi i nie pogwałci żadnej jej części, uzyska możliwość wykonywania sztuki medycznej w najlepszych i najkorzystniejszych warunkach. W przyszłości zawsze będzie przez wszystkich wychwalany. Los tego, który sprzeniewierzy się tej przysiędze, będzie wręcz przeciwny.*

## **Przysięga Kodeksu Majmonidesa**

Pochodzi on z XII wieku naszej ery i podkreśla potrzebę kierowania się Boskim Przewodnictwem w praktyce lekarskiej. Majmonides był Żydem, ale jego przysięga została w pełni zaakceptowana przez średniowiecznych chrześcijan. Był znanym lekarzem, teologiem, filozofem i powiernikiem Saladyna Wielkiego – sułtana Egiptu. Jego przysięga brzmiała:

*Wieczna Opatrzność wyznaczyła mnie, bym czuwał nad życiem i zdrowiem Twoich stworzeń. Oby miłość do sztuki, którą wykonuję, była dla mnie cały czas motorem mojego działania. Oby nigdy chciwość ani skąpstwo, ani żądza sławy lub wielkiego rozgłosu nie zaprzętały mojego umysłu, gdyż są one wrogami prawdy i dobroczynności, i łatwo mogłyby mnie zwieść i sprawić, że zapomniałbym o moim wzniosłym celu czynienia dobra Twoim dzieciom. Obdarz mnie siłą serca i umysłu, tak aby gotowe były służyć bogatym i biednym, dobrym i złym, przyjaciołom i wrogom. Obym w pacjencie moim widział tylko cierpiącego bliźniego.*

*Obym był umiarkowany we wszystkim, z wyjątkiem zgłębiania wiedzy; obym w tym, co tego tyczy, był nienasycony; obdaruj mnie siłą i możliwością korygowania tego, czego się nauczyłem, poszerzania zakresu wiedzy, gdyż nie zna ona granic, i umysł ma również nieograniczone możliwości, aby każdego dnia wzbogacać się nowymi zdobyczami. Dzisiaj może odkrywać on swoje wczorajsze błędy, a jutro może zobaczyć w nowym świetle to, co wydawało mu się pewne dzisiaj. O Boże, wyznaczyłeś mnie, abym czuwał nad życiem i śmiercią Twoich stworzeń. Oto jestem, gotowy do wypełnienia mojego powołania.*

## **Deklaracja genewska**

Po zakończeniu II wojny światowej, w wyniku Holocaustu i zhańbienia nauki medycznej przez hitlerowskich lekarzy, Światowe Stowarzyszenie Medyczne ogłosiło *Deklarację genewską*. Była to próba sformułowania nowoczesnej przysięgi, która podniosłaby medycynę z popiołów i okropieństw wojny. Brzmiała ona następująco:

*Uroczyście ślubuję, że poświęcę moje życie służbie ludzkości. Będę otaczał moich nauczycieli należną im wdzięcznością i czcią. Będę wykonywał swój zawód sumiennie i z godnością. Zdrowie mojego pacjenta będzie dla mnie sprawą najważniejszą. Będę szanował powierzone mi tajemnice.*

*Wedle wszelkich moich możliwości będę dbał o honor i szlachetne tradycje zawodu lekarskiego. Moi koledzy będą moimi braćmi. Nie dopuszczę do tego, aby argumenty religijne, narodowościowe, rasowe, partyjne lub klasowe mogły wpływać na mnie w wykonywaniu mojego obowiązku wobec chorego. Zachowam najwyższy respekt dla życia ludzkiego od chwili jego poczęcia. Nawet pod wpływem groźby nie użyję mojej wiedzy lekarskiej przeciwko prawom ludzkości. Przysięgam to uroczyście, bez przymusu i na mój honor.*

Wszystkie te przysięgi związane są z pewnym zwyczajem. Zwykle składało się je w momencie ukończenia nauki i otrzymania licencji lekarza. W krajach zachodnich, a także coraz częściej w wielu innych krajach, powszechnie praktykowano składanie *Przysięgi Hipokratesa* lub *Deklaracji genewskiej* przez studentów medycyny w momencie nadania im tytułu lekarza medycyny. Po jakimś czasie tradycja ta zaczęła podupadać.

Wirus aborcji zaczął przenikać do zawodu lekarskiego. Dało się to zauważyć dosyć wcześnie, szczególnie wśród wykładowców medycyny. Jeśli lekarz miał dokonywać aborcji, nie mógł swobodnie powtórzyć całej *Przysięgi Hipokratesa*. Z tego powodu szkoły medyczne zaczęły po cichu, stopniowo opuszczać następujące linijki:

*Nikomu, nawet na żądanie, nie podam śmiertelnej trucizny, ani nikomu nie będę jej doradzał, podobnie też nie dam nigdy niewieście środka na poronienie.*

Interesujący przykład znalazł się w brzemiennej w skutki publikacji o Holokauście pt. *The Nazi Doctors* (Nazistowscy lekarze) autorstwa Roberta Liptona. Książka ta, opublikowana w USA w 1986 r., stanowi szczegółowy opis rozmów z żyjącymi nazistowskimi lekarzami wraz z informacją o ich roli w Holokauście. Na początku książki Lipton zdecydowanie podkreśla, że lekarze ci pogwałcili założenia *Przysięgi Hipokratesa*. *Przysięga* ta jest wyróżniona na początku tekstu, lecz proszę sobie wyobrazić, Lipton opuścił zdanie dotyczące trucizny i środków poronnych.

Wracając do edukacji przyszłych lekarzy. Następnym krokiem po usunięciu z przysięgi słów o aborcji było zastąpienie ich inną treścią. Najczęściej wprowadzano zwrot w rodzaju *Nie uczynię niczego, co nie jest zgodne z prawem*, który równocześnie odzwierciedla postawę przyjętą przez Amerykańskie Stowarzyszenie Medyczne po zalegalizowaniu aborcji w 1973 r. wyrokiem Sądu Najwyższego USA w sprawie *Roe contra Wade*. Wraz z upływem lat coraz więcej szkół medycznych po prostu pomijało całą przysięgę. Etyczny konflikt dotyczył już nie tylko aborcji, lecz w coraz szerszym zakresie również eutanazji. W ten sposób oczywistym stał się fakt, że wielkie osiągnięcie Hipokratesa – rozdzielenie lekarskiej funkcji leczenia od zabijania – jest współcześnie kwestionowane. Pamiętajmy, że etyka Hipokratesa przetrwała ponad 2 000 lat przekraczając granice wszystkich państw, pokonując wszystkie etyczne i religijne bariery.

W chwili obecnej licencjonowany lekarz w USA w jednej sali odbiera rodzącego się noworodka, a w drugiej zabija dziecko wewnątrz macicy, choć dzieci te są w tym samym wieku. W Holandii pracują lekarze, którzy jednego dnia robią wszystko, aby utrzymać przy życiu cierpiącego staruszka, po to aby następnego dnia zaaplikować śmierć innej osobie. Nikt jeszcze nie wie, jaki będzie ostateczny rezultat tego etycznego konfliktu.

Wracając do kwestii przysięgi trzeba powiedzieć, że pojawiła się nowa, pozytywna inicjatywa w



tej dziedzinie. Joseph Stanton – lekarz, który od dawna zaangażowany jest w ruch pro-life – zainicjował powstanie i wspólną pracę grupy 35 znanych lekarzy, adwokatów, teologów i profesorów. (Brałem udział w pracy tego zespołu.) W 1995 r. zespół ten zakończył aktualizowanie i przeredagowanie Przysięgi Hipokratesa. Jest ona obecnie wyrażona nowoczesnymi, choć nadal pełnymi godności sformułowaniami, odpowiednimi dla naszych czasów i jest zgodna z etyką oryginału. Brzmi następująco:

## **Uaktualniona wersja Przysięgi Hipokratesa**

*Wobec Boga Najwyższego, przed moją rodziną, nauczycielami i kolegami uroczyście przysięgam, że zgodnie z moimi umiejętnościami i wiedzą dotrzymam niniejszej przysięgi i zawartych w niej postanowień:*

*Wszystkich, którzy nauczyli mnie sztuki medycznej, będę szanować tak samo, jak rodziców. W tym samym duchu i z tym samym poświęceniem będę zaszczepiać znajomość sztuki medycznej u innych. Cały czas będę sumiennie zapoznawał się z nowymi osiągnięciami w medycynie. Będę traktować jednakowo wszystkich, którzy potrzebują mojej posługi, dopóki nie ucierpi na tym leczenie innych, a gdy będzie wymagać tego dobro pacjenta, zwrócę się o poradę do bardziej wyspecjalizowanych lekarzy.*

*Będę stosował takie metody leczenia, które zgodnie z moją wiedzą i oceną, uważam za korzystne dla mojego pacjenta, odrzucając wszystko, co jest dla niego szkodliwe lub niekorzystne. Nie będę żadnemu pacjentowi przepisywał ani zlecał podawania śmiertelnych dawek leku, nawet gdybym był o to proszony, ani też nie będę tego doradzał. Nie będę wykonywał zabiegu ani też dopuszczał się celowego niedopatrzania w celu zakończenia ludzkiego życia. Będę okazywał najwyższy szacunek dla każdego ludzkiego życia od poczęcia aż do naturalnej śmierci oraz odrzucę aborcję, która celowo niszczy poczęte życie unikalnej jednostki ludzkiej.*

*Dobrze czyniąc, zachowam moje życie i sztukę medyczną w czystości i świętej niewinności. Nie będę podejmował leczenia ani przeprowadzał żadnych badań na człowieku, z wyjątkiem próby ratowania zagrożonego ludzkiego życia, bez ważnej, w pełni świadomej zgody danej osoby lub jej odpowiedniego prawnego opiekuna, rozumiejąc, że badania naukowe muszą stawiać sobie za cel polepszenie stanu zdrowia tej osoby. Bez względu na warunki, w jakich przebywa pacjent, będę działał dla dobra chorego i nie dopuszczę się żadnego dobrowolnego aktu zaszkodzenia pacjentowi albo korupcji, albo uwodzenia pacjenta.*

*Cokolwiek zobaczę lub usłyszę o życiu moich pacjentów, co nie powinno być przekazywane dalej, a co jest związane z moją praktyką lekarską lub nie, zachowam w tajemnicy.*

*Jeśli będę dotrzymywał tej przysięgi, niechaj moje życie, praktyka lekarska i nauka medycyny będzie dla mnie radością przy błogosławieństwie Najwyższego i szacunku ze strony kolegów i społeczeństwa. Gdybym przekroczył lub złamał tę przysięgę, przeciwnej niech doznam doli.*

Czas płynie dalej. Zobaczymy, czy pewnego dnia oficjalna medycyna powróci do swoich prawdziwych źródeł etycznych, czy też zwycięstwo odniosą te współczesne siły, które pragną zniszczyć pierwotną etykę. Słowa pierwotnej przysięgi straciły na aktualności nie ze względu na

zawartą tam etykę, lecz z powodu wezwań do bogów greckich. Obecnie jednak mamy przysięgę dostosowaną do naszej rzeczywistości i miejmy nadzieję, że zajmie ona trwałe miejsce w przyszłej praktyce medycznej.

# ROZDZIAŁ VI

## DOŚWIADCZENIA HOLENDERSKIE

Jeśli obywatele jakiegoś państwa rozważają możliwość legalizacji eutanazji w jakiejkolwiek formie, powinni najpierw – kierując się zdrowym rozsądkiem – przyjrzeć się doświadczeniom holenderskim. Holandia – nowoczesne, uprzemysłowione, zachodnie państwo, kraj ludzi wykształconych, faktycznie zalegalizowała eutanazję we wszystkich jej formach. Jakie są zatem tamtejsze doświadczenia? Jak rozwinął się pierwotny zamysł? Co jest korzystne, a co niekorzystne w praktyce? Jakie są zalety, a jakie nadużycia? Jakie argumenty przekonały Holendrów do legalizacji eutanazji? Czy potwierdziły się przewidywane zalety tego przedsięwzięcia, czy raczej przytaczane wcześniej argumenty okazały się błędne? To małe, uporządkowane państwo stanowi przykład, jak w praktyce realizowane są idee eutanazji, a więc przyjrzyjmy się bliżej tamtejszym doświadczeniom.

### Przypatrzmy się temu bliżej!

Mówiąc najogólniej, temat eutanazji w Holandii jest traktowany przez tamtejsze media z umiarkowaną przychylnością i pewnego rodzaju sympatią. Trzeba przyznać, że większość artykułów i ustnych wypowiedzi wykazuje sporą niepewność odnośnie do tego zagadnienia. Pomimo tego, z relacji mediów dowiadujemy się, że nieograniczona eutanazja w Holandii nie jest legalna i że można z niej korzystać tylko w najpoważniejszych przypadkach. Prawie każde doniesienie w mediach, jakie autor tej książki czytał, lub słyszał, podkreśla fakt, że Holendrzy zabezpieczyli się przed nadużyciami dzięki bardzo ścisłym regulacjom i ograniczeniom. Przyglądając się przekonującym twarzom Holendrów, możemy odnieść takie wrażenie i uwierzyć, że nie ma zbyt wielu nadużyć.

### Niestety tak NIE JEST!

**Prawdziwe fakty są dalekie od tego, co się wciąż ludziom opowiada. Tak naprawdę, samobójstwo wspomagane przez lekarza przekształciło się w bezpośrednie zabijanie pacjenta przez lekarza. Eutanazja śmiertelnie chorych obecnie objęła również przewlekłe chorych. Eutanazja z przyczyn fizycznych poszerzyła się o tzw. wskazania psychiatryczne. Dobrowolna eutanazja poszła o krok dalej i dopuszcza się eutanazję bez zgody pacjenta.**

To wszystko doprowadziło do sytuacji, w której w Holandii powstają grupy ochrony pacjenta. Wiele osób, szczególnie w podeszłym wieku, obawia się umieszczenia w holenderskim szpitalu. Jeśli jakaś osoba już się tam znajdzie, odwiedza ją przedstawiciel Holenderskiego Stowarzyszenia Pacjentów lub innego podobnego zrzeszenia. Członkowie tych organizacji za skromną opłatą czuwają nad pacjentem, aby nie zastosowano wobec niego eutanazji bez jego zgody. Problem niech zilustruje prawdziwa historia, jaką usłyszałem podczas mojej ostatniej wizyty w Holandii.

*Na początku tygodnia lekarz ogólny przyjął do szpitala pacjentkę z chorobą nowotworową. Do piątku wykonano badania diagnostyczne. Rak rozwijał się i choroba była prawdopodobnie nieuleczalna, jednak pacjentka nie czuła się źle i nadal mogła żyć samodzielnie. Powiedziano jej, że w poniedziałek skonsultują jej przypadek z innymi specjalistami i podejmą decyzję o odpowiednim leczeniu. Lekarz prowadzący wyjechał na weekend. W poniedziałek rano podczas*

*obchodu na łóżku zajmowanym wcześniej przez jego pacjentkę ze zdziwieniem zobaczył inną kobietę. Wezwany lekarz dyżurny zapytany o tę pacjentkę odpowiedział, że poprzedniego dnia zastosowano wobec niej eutanazję. „Ale ona nie była terminalnie chora”- próbował tłumaczyć lekarz prowadzący. Odpowiedź brzmiała: „Tak, wiem, ale była nieuleczalnie chora, a my przecież potrzebowaliśmy łóżka”.<sup>1</sup>*

## Historyczny paradoks

Obecne przyzwolenie na szeroką eutanazję jest tym bardziej zaskakujące dla kogoś, kto zna wydarzenia z okresu II wojny światowej. Niemcy zajęli Holandię, a ich siły okupacyjne były wszędzie. Komisarz Rzeszy powiadomił holenderskich lekarzy, że są zobowiązani wziąć udział w Niemieckim Programie Eutanazji. Tutaj pierwowzorem późniejszych działań nie był żydowski Holocaust, lecz program eutanazji, który pustoszył szpitale psychiatryczne, placówki dla dzieci upośledzonych oraz przewlekłe i nieuleczalnie chorych w całych Niemczech. Teraz planowano wyeliminowanie *bezużytecznych zjadaczy chleba* w Holandii. Odpowiedź tamtejszych lekarzy była bezprecedensowa.

*(...) Komisarz Rzeszy poinformował holenderskich lekarzy o powstaniu „Artsenkamer” (Holenderskiego Stowarzyszenia Medycznego – odpowiednika Naczelnej Izby Lekarskiej) oraz obowiązkowej przynależności wszystkich praktykujących lekarzy do tej instytucji. Większość z nich obawiała się, iż w ten sposób będą zmuszeni uczestniczyć w Niemieckim Programie Eutanazji. Z ogólnej liczby 6 tysięcy lekarzy 4261 podpisało list z dnia 4 grudnia 1941 roku do Komisarza Rzeszy, w którym odmówili członkostwa w „Artsenkamer”, argumentując, że w swoim sumieniu nie zgadzają się z doktryną nazistowską. Równocześnie zdjęli z budynków swoje szyldy, doprowadzając do tego, że Niemcom trudno było znaleźć lekarza. Niektórych lekarzy uwięziono, innym grożono śmiercią, lecz pozostali oni niewzruszeni i solidarni. Nie będą mordować upośledzonych obywateli. Holenderscy lekarze stanowili jedyną grupę w okupowanej Europie, której udało się oprzeć niemieckim planom. Komisarz Rzeszy, napotkawszy zjednoczony front opozycyjny, wycofał się i zrezygnował z realizacji eutanazji. Tak więc w Holandii w okresie wojny nie zadawano śmierci upośledzonym obywatelom i było to jedyne okupowane państwo, według wiedzy autora książki, w którym do tego nie dochodziło.<sup>2</sup>*

Zastanówmy się, w jaki sposób po czterdziestu latach od historycznej, heroicznej i godnej pochwały postawy mogło dojść do diametralnie różnej sytuacji – do podjęcia tego, czego niegdyś poprzednicy usiłowali uniknąć, ryzykując nawet życiem.

Holandia posiada uniwersalną i kompleksową opiekę medyczną. Jest odpowiednio wyposażona w personel medyczny, placówki oraz sprzęt. Nie jest to państwo skrajnej nędzy ani dużej liczby imigrantów. Holendrzy są wykształceni i kulturalni. **Jednak dla bystrego obserwatora jedna rzecz rzuca się w oczy – większość narodu, z drobnymi wyjątkami, zupełnie zatraciła swą religijność.** Od dawna współistniały tu dwa wyznania: katolickie (Kościół rzymsko-katolicki) oraz kalwińskie (Holenderski Kościół Zreformowany). Krajobraz wiejski usłany jest kościółkami, a gdziekolwiek się zatrzymamy widać jedną lub kilka wież kościelnych. Jednakże większość kościołów jest pusta. Silny, powszechnie respektowany system wartości chrześcijańskich, który głosi przykazanie – *nie zabijaj* – w bardzo dużym stopniu uległ rozmyciu. Być może to jest jedna z

przyczyn, dlaczego eutanazja znalazła swoje miejsce właśnie w Holandii.

W 1941 r. zdecydowana większość lekarzy holenderskich zrezygnowała z członkostwa w *Holenderskim Stowarzyszeniu Medycznym*, które później przestało istnieć. Powodem ich decyzji był fakt, że zaakceptowano idee nazistowskie, a holenderscy lekarze nie chcieli zabijać. Dr K. J. P. Haasnoot, stojący obecnie na czele Ligi Lekarzy Holenderskich, powiedział, że gdyby wtedy któryś z lekarzy zaproponował taką rzecz (eutanazję), *zostałby wykluczony ze środowiska lekarzy*<sup>3</sup>. Ten sam lekarz potwierdził, że wówczas w ogóle nie dyskutowano takich kwestii jak aborcja czy eutanazja. W 1984 r. Królewskie Towarzystwo Popierania Medycyny (KNMG) udzieliło swoim członkom wskazówek, jak praktykować eutanazję, aby być równocześnie chronionym przed oskarżeniem sądowym. W roku 1996 to samo stowarzyszenie potwierdziło swoją postawę w oficjalnej publikacji, gdzie ponownie wymieniono pewne zalecenia, z których wynikało, że lekarz może zadać pacjentowi śmierć, jeśli pacjent o to poprosi.

Wszystko zaczęło się w momencie, gdy jeden z lekarzy przyznał się do zabicia pacjenta i stanął za to przed sądem. Sędzia oczyścił go z zarzutu i sformułował pierwsze warunki umożliwiające uniknięcie kary za dokonanie eutanazji. Następne dziesięć lat przyniosło kolejne sprawy sądowe – lekarzy kolejno uniewinniono, a prawo tworzone przez sędziów stawało się coraz lepiej skodyfikowane. W rezultacie nadal nie ma formalnego, prawnego zezwolenia na samobójstwo w asyście lekarza czy eutanazję. W ten sposób poprzez precedensowe decyzje prawnicze oraz zalecenia wydane przez Królewskie Towarzystwo Wspierania Medycyny, uzupełnione przez nowe ustawy pomocnicze, Holendrzy stworzyli kryteria, które zwalniają lekarzy od odpowiedzialności i kary za współuczestnictwo w eutanazji (zabiciu) pacjenta.

Oficjalnie kryteria te odzwierciedlają niemalże absolutne zaufanie dla umiejętności lekarza do dokonania krytycznej oceny i rozróżnienia, niezbędnego do podjęcia decyzji o eutanazji danego pacjenta.

## **Oficjalne wskazówki**

Zgodnie z wytycznymi, wydanymi przez holenderskiego Ministra Zdrowia, lekarze, stosujący eutanazję, nie będą podlegać karze sądowej w następujących warunkach:<sup>4</sup>

- Prośba o dokonanie eutanazji musi pochodzić wyłącznie od samego pacjenta i musi być w pełni świadoma i dobrowolna.
- Prośba pacjenta musi mieć następujące cechy: winna być podjęta z rozmysłem, musi być ponawiana, uporczywa i poparta argumentami.
- Pacjent musi doświadczać nie dającego się znieść bólu, bez perspektyw na poprawę. Cierpienie to nie musi mieć charakteru fizycznego, lecz może być emocjonalne.
- Eutanazja musi być dokonana przez lekarza.
- Lekarz jest zobowiązany do konsultacji z innym(i) niezależnym(i) lekarzem(ami), który(rzy) ma(ją) doświadczenie w tej dziedzinie.
- Musi wystąpić sytuacja tzw. *force majeure*. To holenderskie słowo oznacza, że spróbowano wszystkiego, nic nie przyniosło pozytywnego efektu, wszystkie alternatywy zostały rozpatrzone i teraz, w ostateczności, lekarz ucieka się do eutanazji.

- Wszystkie przypadki eutanazji powinny być odnotowane w aktach zgonu.
- Wszystkie przypadki eutanazji winny być zgłoszone do odpowiednich władz.

## **Codzienna praktyka jest inna**

Wszystkie powyższe kryteria są powszechnie ignorowane. Tragedię w świetle stosunków międzyludzkich stanowi fakt, że powyższe oficjalne wskazówki pozostają integralną częścią programu i są respektowane. Z przykrością trzeba stwierdzić, że rzadko kiedy można przeczytać lub usłyszeć, że zalecenia nie są stosowane. Codzienna praktyka ukazuje jak poszczególne wytyczne są po kolei ignorowane, a następnie nadużywane. Sytuacja stale się pogarsza, jednak opinia publiczna, nawet w Holandii, pozostaje w znacznym stopniu nieświadoma rozmiarów zjawiska. Przyjrzyjmy się więc obecnej rzeczywistej sytuacji w dziedzinie eutanazji w Holandii. Cytowane tu statystyki pochodzą w głównej mierze z raportów rządu holenderskiego dotyczących programu. W styczniu 1990 r. nowo utworzona koalicja rządowa Holandii powołała Komitet ds. Badania Medycznej Praktyki Eutanazji. Na jego czele stanął Królewski Prokurator Sądu Najwyższego, profesor J. Remmelink. Zlecił on Instytutowi Medycyny Społecznej Uniwersytetu Erazma w Rotterdamie przeprowadzenie ogólnonarodowego studium. Dokonano trzech niezależnych analiz. W ciągu sześciu miesięcy przeprowadzono wywiady z ponad 400 lekarzami. Cytowane poniżej statystyki pochodzą głównie z tego raportu.<sup>5</sup> Należy zauważyć, że badania powtórzono w 1995 r. pod auspicjami Królewskiego Towarzystwa Popierania Medycyny. Osoby zajmujące się tą analizą opublikowały jej wyniki w 1996 roku w *New England Journal of Medicine*.<sup>6</sup> Wnioski powtórnego raportu sprowadzają się do stwierdzenia, że sytuacja ustabilizowała się i nie pogorszyła. Bezpośrednią odpowiedź na ten raport stanowiła publikacja w *Journal of the American Medical Association* z czerwca 1997 roku napisana przez trzech lekarzy, m. in. przez doktora Herberta Hendina – światowej sławy psychiatrę, autorytet w dziedzinie samobójstwa oraz autora książki pt. *Seduced by Death* (Uwiedziony przez śmierć)<sup>7</sup>. Lekarze ci poddali szczegółowej analizie artykuł w *New England Journal of Medicine* oraz wnioski Królewskiego Towarzystwa Popierania Medycyny. Wykorzystując własne badania wykazali, że w ciągu tych pięciu lat, prawie wszystkie wskaźniki znacząco się pogorszyły. Przyjrzyjmy się więc każdemu z wymienionych wcześniej kryteriów, mających na celu ochronę praw pacjenta.<sup>8</sup>

## **Prośba o eutanazję musi pochodzić wyłącznie od samego pacjenta i musi być w pełni świadoma i dobrowolna**

Raport z 1990 roku głosi, że w Holandii na 130 tysięcy zgonów w ciągu roku 25306 spowodowanych zostało eutanazją. Liczba ta według raportu zawiera tysiąc przypadków *czynnej eutanazji wbrew woli pacjenta* dokonanej bez wiedzy lub zgody pacjenta za pomocą jednego, śmiertelnego zastrzyku. Poza tym w globalnej liczbie zawarte są również przypadki tzw. *mimowolnej (przypadkowej) eutanazji* (odróżnianej od czynnej eutanazji wbrew woli pacjenta), które osiągnęły liczbę 14691. Łącznie (14691 dodać 1 tysiąc) jest to liczba 15691, z czego 8100 to przypadki, kiedy stopniowo podawano coraz większe dawki morfiny z zamiarem przerwania życia pacjenta. Z ogólnej liczby 25 306 przypadków eutanazji 8750 stanowią te, w których zabiegi przedłużające życie zostały przerwane lub odmówiono ich z zamiarem spowodowania śmierci, znów bez zgody pacjenta. Raport stwierdza, że miały miejsce również inne przypadki, które nie zostały wymienione, związane z

dokonywaniem eutanazji na noworodkach z wadami oraz dzieciach z chorobami zagrażającymi życiu.

***Prośba pacjenta musi być dobrze przez niego rozważona, powtarzana i uporczywie ponawiana.***

Kryterium to jest oczywiście przetworzeniem i rozszerzeniem poprzedniego, które wymagało dobrowolnej prośby. Dodano je po to, aby uniknąć pośpiesznych *dobrowolnych* prośb, które mogły zostać wyrażone w momencie strachu czy załamania wywołanego przez informację o nieuleczalności choroby. Powyższa statystyka dotycząca niedobrowolnej eutanazji odnosi się również i do tego kryterium.

***Pacjent musi doświadczać nie dającego się znieść bólu fizycznego czy cierpienia emocjonalnego bez perspektyw na poprawę.***

Ból – gdyby nie to trzyliterowe słowo, prawdopodobnie w żadnym kraju na świecie nie byłoby skutecznego ruchu na rzecz eutanazji. W Holandii wizja rozdierającego bólu oraz powodowanego litością *wyzwolenia* poprzez zastosowanie eutanazji odegrała dominującą rolę w tym, co się wydarzyło. Nadal jest to główny argument za eutanazją funkcjonujący w umysłach większości ludzi w tym kraju.

***Ból jednak można kontrolować – i to jest najistotniejszy fakt.***

Za wyjątkiem bardzo małego ułamka przypadków człowiekowi w bólu można ulżyć. Najważniejszą osobą w tym momencie jest lekarz. Jeśli on nie wie, jak kontrolować ból, nie potrafi tego zrobić i nie robi, wówczas najprostszym *rozwiązaniem* dla lekarza, który nie potrafi zabić bólu, jest zabicie pacjenta. Wydaje się oczywiste, że dostępność tego łatwego *rozwiązania* stanowi główny czynnik, składający się na fakt, że holenderska postawa wobec uporczywego czy silnego bólu została określona przez niektórych jako niemal prymitywna, w porównaniu, np. z postawą reprezentowaną przez dwieście angielskich hospicjów dla ludzi śmiertelnie chorych.

***Eutanazja musi być wykonywana przez lekarza.***

To zalecenie jest prawie powszechnie respektowane w Holandii, chociaż miały miejsce przypadki, gdy pacjentów zabijały pielęgniarki. Zostały one ostro upomniane za tę samodzielną inicjatywę. Gdyby dopuściły się tego samego czynu na polecenie lekarza, wszystko przeszłoby bez echa. Jednakże i w tym przypadku kara zazwyczaj ma formę upomnienia.

***Lekarz musi skonsultować się z niezależnym lekarzem, który ma w tej dziedzinie doświadczenie.***

W rzeczywistości zalecenie to nie stanowi żadnej przeszkody dla eutanazji, ponieważ jeśli lekarz chce zabić pacjenta, dokładnie wie, który z *konsultantów*, potwierdzi, że powinno się tego dokonać. Istnieją udowodnione przypadki, kiedy taką zgodę uzyskiwano telefonicznie. Raport rządowy ujawnia, że konsultacja nie ma miejsca nawet w połowie przypadków, gdy eutanazja jest dokonywana bez wyraźnej prośby pacjenta. Co więcej, jedna trzecia lekarzy nie uważa wymogu konsultacji za ważny.

## „Force majeure”

Zwrot ten funkcjonuje tylko w Holandii. Kiedy tam przyjechałem, musiano mi go wyjaśnić, choć od wielu lat interesuję się zagadnieniem eutanazji, zarówno w USA, jak i na świecie. Jest to worek, do którego można wrzucić wszystko, wymówka usprawiedliwiająca każdą decyzję lekarza. Lekarz, który nie jest wystarczająco kompetentny, aby leczyć daną chorobę pacjenta, stwierdza, że jest to przypadek *force majeure*. Jeśli nie potrafi opanować bólu pacjenta, również nazywa to *force majeure*. Wnioski wyciągnijmy sami.

*Eutanazja winna być odnotowana w akcie zgonu. Odpowiednie władze winny zostać poinformowane o wszystkich przypadkach eutanazji.*

Oba te zalecenia są w ogromnej większości przypadków ignorowane. Wspomniane powyżej analizy wykazały, że 72% zgonów, spowodowanych zastosowaniem eutanazji na wyraźną prośbę pacjenta, zostało fałszywie odnotowanych jako *zgony naturalne*. Co więcej, wszystkie przypadki, gdzie medyczna decyzja skrócenia życia pacjenta została podjęta **bez wyraźnej jego prośby**, zostały uznane za *zejścia naturalne* i nie poinformowano o nich odpowiednich władz. Raport Remmelinka stwierdza, że lekarze zajmujący się eutanazją pragną swobodnie robić to, co chcą, bez informowania o tym kogokolwiek. *Problem nie polega jedynie na tym, że legalizacja eutanazji dla jednej grupy pacjentów nieuchronnie prowadzi do legalizacji eutanazji dla innej. Legalizacja eutanazji dla jakiejkolwiek grupy nie może zostać uregulowana. Wystarczy, że zalecenia zostaną rozszerzone, zignorowane czy celowo ominięte, a z czasem pojawi się presja, aby zalegalizować to, co już ma miejsce.* Inną konsekwencją, kiedy nie informowano władz jest fakt, że tym, którzy opowiadają się za eutanazją, pozwala to udawać, iż praktyka stosowana w Holandii jest dobrze kontrolowana i nie wykazuje nadużyć. Dr Hank Jochemsen, bardzo znany holenderski etyk medyczny, mówi: *Większość przypadków, kiedy lekarze celowo skracają życie pacjentów albo jakimś zabiegiem, albo przez zaniedbanie, nie wychodzi na jaw, pozostaje nie do sprawdzenia i nie do wykrycia przez wymiar sprawiedliwości*<sup>9</sup>.

## Autonomia pacjenta

Argument ten wywołuje duże zaniepokojenie wśród osób usprawiedliwiających dobrowolne samobójstwo wspomagane przez lekarza. Jak wynika z naszego krytycznego spojrzenia na sytuację w Holandii, legalizacja eutanazji z pewnością nie przyczyniła się do poszerzenia autonomii pacjenta. Tylko w mniejszości przypadków pacjent jest w jakimś stopniu zaangażowany w podjęcie decyzji. Zalegalizowanie eutanazji doprowadziło do ogromnego wzrostu władzy lekarza nad życiem i śmiercią pacjenta. Decyzja dotycząca śmierci najczęściej okazuje się nie decyzją pacjenta, lecz lekarza, który często o niczym nie wspomina pacjentowi.

## Kto proponuje?

Kto proponuje eutanazję? Czy jest to pacjent, rodzina, czy lekarz? Mówi się nam, że zawsze jest to pacjent, ale nie jest to prawda. Nawet wtedy, gdy prośba pochodzi od pacjenta, jest ona często po prostu wołaniem o pomoc. Jeśli odpowiedzią będzie współczucie, pacjent całkowicie przestaje



ponawiać prośbę. Kiedy eutanazję proponuje rodzina, szczególnie wówczas, gdy pacjent jest stałym ciężarem dla bliskich, powoduje to bez wątpienia ogromną etyczną i emocjonalną presję wobec niego, aby usunął się z życia i przestał być ciężarem. W Holandii eutanazję może zaproponować również lekarz. Jakie są tego psychologiczne implikacje? Często bardzo głębokie. Najczęściej jest to dla pacjenta jasny komunikat, że jego sytuacja jest beznadziejna, że lekarz nic już nie może zrobić, że czeka go już tylko ból, strach i cierpienie. W tym przypadku w niezbyt zawołany sposób, tak naprawdę to lekarz proponuje pacjentowi eutanazję.

## **Obowiązek umierania**

Pacjent, który otrzymuje od lekarza, rodziny czy kogokolwiek innego sugestię, że lepiej byłoby, gdyby umarł, może wziąć to sobie do serca. Człowiek w podeszłym wieku, który widzi, że jego majątek szybko topnieje z powodu kosztów leczenia, może uświadomić sobie, że chorując trwoni fundusze na edukację wnucząt. Cóрка, która nie może iść do pracy, bo musi opiekować się matką; syn, który bierze dodatkową pracę, aby wykupić recepty matki. Te i inne sytuacje sygnalizują schorowanej staruszce, że jest naprawdę bardzo kosztownym ciężarem, a przedłużając swoje życie pozbawia swoich najbliższych środków potrzebnych do życia. Komunikat, jaki taka osoba otrzymuje, jest prosty: pora umierać. W sytuacjach, gdy eutanazja w ogóle nie jest brana pod uwagę, cały ten *ciężar* zostaje zaakceptowany i szuka się innego rozwiązania. Natomiast doświadczenia holenderskie pokazują wyraźnie, że wielu starszych obywateli, świadomych możliwości, jaką daje eutanazja, czuje, że ich obowiązkiem jest umrzeć i w ten sposób akceptują lub nawet proszą o własną śmierć.

## **Kto prosi?**

Oczywisty jest już fakt, że eutanazja nie zawsze wynika z prośby pacjenta, który jest zabijany. Zarówno w Holandii, jak i w innych miejscach świata, warto oddzielić tych pacjentów, którzy sami prosili o eutanazję. **Okazuje się, że rodzina prosi o eutanazję dwa razy częściej niż sam pacjent.** Co więcej, różni członkowie tej samej rodziny zapytani o decyzję w sprawie eutanazji matki, odpowiadają często zupełnie odmiennie. **Tak więc, pacjent nie prosi o swoją śmierć tak często, jak jego rodzina.**

## **Tylko śmiertelne choroby**

Na początku Holendrzy nalegali, aby eutanazja była dozwolona jedynie w przypadkach chorób śmiertelnych. Sami jednak wkrótce odrzucili ten warunek argumentując, że przypadki chorób przewlekłych mogą również wiązać się z sytuacją *konieczności*, taką samą jak w przypadku chorób terminalnych. Paraliż czy ciężkie zapalenie stawów, powodujące kalectwo, stanowią przykład takich przewlekłych chorób.

## **Tylko choroby somatyczne**

Przez wiele lat w Holandii eutanazja była ograniczona do chorób somatycznych, jednak z czasem i ta bariera została przełamana. Przed sądem stanął psychiatra, który znajdującego się w depresji nastolatka zaopatrzył w śmiertelną mieszankę. Nastolatek spożył ją w domu i zmarł. Inny szeroko

opisywany przypadek dotyczy wdowy, która nie miała żadnych problemów natury fizycznej, lecz znajdowała się w głębokiej depresji.<sup>10</sup> Lekarz o nazwisku Chabot zajął się jej problemem. Kobieta była rozwiedziona z mężem, który źle ją traktował, straciła dwóch synów – ten drugi zaledwie dwa miesiące wcześniej zmarł na raka. Lekarz nie leczył jej depresji, lecz po dwóch miesiącach zdecydował, że jej stan psychiczny nie ulegnie poprawie i przepisał śmiertelną dawkę leku. Eksperci potwierdzili taki przebieg sytuacji. Sąd Najwyższy Holandii wydając w tej sprawie werdykt w czerwcu 1994 r. potwierdził decyzję sądu niższej instancji, że cierpienie psychiczne może być podstawą do samobójstwa wspomaganego. Chabot nie został skazany.

### Depresja kliniczna

Na całym świecie główną przyczyną popełniania samobójstw jest kliniczny zespół depresyjny. Najnowsze badania wykazują, że niemalże na pewno wynika ona z biochemicznych zaburzeń w organizmie człowieka. Nie jest to choroba czysto psychiczna. Dostępne leki, jeśli są przyjmowane w odpowiednich dawkach, stopniowo wyprowadzają człowieka z depresji. (Patrz rozdział VII – Samobójstwo wspomagane).

### Alternatywy

Znaczącym i bardzo tragicznym rezultatem legalizacji eutanazji w Holandii jest prawie zupełny brak postępu w rozwoju bardziej humanitarnych alternatyw wobec eutanazji. W chwili obecnej Holandia ma trzy małe hospicja, walczące o przetrwanie. Po drugiej stronie kanału La Manche – w Anglii, gdzie eutanazja nie jest legalna, działa ponad 200 pełnych pacjentów hospicjów, funkcjonalnych i dobrze spełniających swoje zadanie. W USA Amerykańskie Stowarzyszenie Medyczne (AMA) publicznie przyznało się do kompetencyjnych braków związanych z uśmierzaniem bólu. Dla poprawienia sytuacji główne wysiłki skierowało na doksztalcenie swoich lekarzy. Uśmierzanie bólu, według norm AMA, jest w Holandii prymitywne. Podejmuje się niewielkie wysiłki, aby nauczyć tamtejszych klinicystów nowoczesnych metod kontrolowania bólu. Po co holenderscy lekarze mają podejmować takie wysiłki? Po co marnować pieniądze na opiekę hospicyjną, skoro istnieje inne, szybkie *rozwiązanie*? Ta prymitywna logika działa i rządzi całym systemem.

### Decyduje lekarz

Wydaje się oczywiste, że stosowanie eutanazji przy prawnym jej usankcjonowaniu, zachęciło lekarzy do podejmowania decyzji o życiu i śmierci bez konsultacji z najbardziej kompetentną w tej sprawie osobą – z samym pacjentem. Doskonale ilustruje to sprawa przed Sądem Najwyższym USA, dotycząca lekarza, który zakończył życie zakonnicy kilka dni przed jej naturalną śmiercią, ponieważ *cierpiała z powodu nie dającego się znieść bólu, a przekonania religijne nie pozwalały jej prosić o eutanazję*.

### International Right to Life Federation (Międzynarodowa Federacja Prawa do Życia)

Autor tej książki jest Prezydentem Międzynarodowej Federacji Prawa do Życia. Wraz z żoną wiele podróżował wygłaszając w 65 krajach wykłady dotyczące szacunku wobec życia ludzkiego, dotyczące aborcji, eutanazji i ludzkiej płciowości. Świadomi popularności zagadnienia eutanazji w krajach zachodnich, zorganizowaliśmy w Holandii wiele międzynarodowych seminariów na ten temat. Przyniosło to ważne osobiste kontakty pomiędzy nami, a praktykującymi w Holandii lekarzami.

Analizę sytuacji holenderskiej zakończymy kilkoma relacjami opisującymi prawdziwe historie.

## **Prawdziwe historie**

Jedna z nich pochodzi z oficjalnego pisma skierowanego do Sądu Najwyższego Stanów Zjednoczonych. Kobieta, która nie chciała już dłużej opiekować się swoim chronicznie chorym mężem, kazała mu wybierać pomiędzy eutanazją a domem opieki. Obawiając się nieznanego otoczenia i opieki obcych wybrał eutanazję. Lekarz dokonał jej, choć był świadomy tego przymusu.<sup>11</sup> Lekarz pro-life, nasz przyjaciel z Rotterdamu, opiekował się przewlekłe chorym starszym panem.<sup>12</sup> Mieszkał on w swoim domu wraz z żoną, która się nim opiekowała. Nie odczuwał bólu. Był pacjentem ambulatoryjnym, lecz potrzebował pewnego rodzaju opieki w ciągu dnia. Wspomniany lekarz był u niego w piątek. Stwierdziwszy zapalenie oskrzeli, przepisał odpowiednie lekarstwa. W niedzielę stan starszego pana pogorszył się i żona wezwała innego lekarza mającego dyżur. Ten przyjechał, zbadał go, dał zastrzyk i godzinę później mężczyzna już nie żył. W poniedziałek rano do mojego przyjaciela zadzwoniła bardzo roztrzęsiona żona. Pojechał do niej do domu i w drzwiach spotkał zapłakaną kobietę, która łkała: *Dlaczego tamten lekarz – dr G. – zabił Johana? Johan nie chciał umierać!* Jeszcze jedna historia.<sup>13</sup> W pewnym holenderskim miasteczku mieszkał wraz z żoną dość bogaty starszy pan, właściciel sporej posiadłości. Nie był chory, ale potrzebował pewnej formy opieki. Któregoś dnia o godzinie dziewiątej rano odwiedził go ksiądz. Lekarz przyjechał godzinę później, dał mu zastrzyk i go uśmiercił. Właściciel zakładu pogrzebowego przyjechał o godzinie jedenastej, aby zabrać zwłoki. Posiadłość została szybko sprzedana, a zyski podzielone pomiędzy wdowę i dzieci. Wszyscy przenieśli się na Riwierę Francuską. W miasteczku nie było ani jednej osoby, która uwierzyłaby, że ów mężczyzna poprosił o eutanazję. Jednak jedynymi świadkami byli: sam pacjent, żona, która z uśmiechem stwierdziła, że mąż prosił o eutanazję oraz lekarz, któremu zapłacono, aby zrobił swoje. Tyle na temat dobrowolnej eutanazji w Holandii.

## **Wnioski**

Wydaje się oczywiste, że jeśli jakiekolwiek państwo poważnie i obiektywnie rozważa zalegalizowanie eutanazji w jakiejkolwiek formie lub stopniu, powinno najpierw dokładnie przeanalizować sytuację w Holandii. Jeśli gdzieś istnieją dowody wykazujące zagrożenia związane z legalizacją eutanazji, to właśnie w Holandii.

# ROZDZIAŁ VII

## SAMOBÓJSTWO WSPOMAGANE – dlaczego tak i dlaczego nie

W rozdziale I wyjaśniałem, dlaczego nie powinniśmy używać terminu *samobójstwo wspomagane*, ale raczej nazywać sprawy po imieniu i mówić - eutanazja. Mimo to, ponieważ wyrażenie to jest dziś w powszechnym użyciu, przyjrzymy się więc *samobójstwu wspomaganemu*. Tym właśnie różni się ono od zwykłego samobójstwa, popełnianego bez niczyjej pomocy, że zabijanie odbywa się przy pomocy drugiej osoby.

W różnych krajach, także w USA – w stanach Kalifornia, Oregon i Waszyngton – podejmowano próby zalegalizowania bezpośredniej eutanazji. Próby te nie powiodły się. Kultura śmierci dała jednak znać o sobie w postaci działań osób, które znalazły furtkę pod nazwą *samobójstwo wspomagane przez lekarza*. Dokładnie to samo zdarzyło się również w Australii. W tym rozdziale w formie pytań i odpowiedzi rozważymy argumenty, które są przytaczane za *samobójstwem wspomaganym przez lekarza*. Taka forma tekstu łatwiej i bardziej przejrzysto pozwala czytelnikowi na zrozumienie zagadnienia i ułatwia podejmowanie dyskusji. Tak więc, przyjrzymy się argumentom popierającym samobójstwo wspomaganemu przez lekarza.

**Jaka jest różnica pomiędzy doprowadzeniem pacjenta do śmierci poprzez samobójstwo wspomagane a odmową leczenia, w wyniku czego pacjent również umrze?**

W jednym z dwóch procesów, jakie miały miejsce przed Sądem Najwyższym USA w 1997 r. Sąd Apelacyjny USA Drugiego Okręgu wydał opinię, że nie ma tu żadnej różnicy. Co więcej, w drugiej sprawie Sąd Apelacyjny Dziewiątego Okręgu stwierdził: *Nie widzimy żadnej etycznej czy konstytucyjnie rozpoznawalnej różnicy pomiędzy odłączeniem przez lekarza wtyczki respiratora a przepisaniem przez niego preparatu, który pozwoli terminalnie choremu pacjentowi zakończyć życie*. Sąd Najwyższy wysłuchał tego argumentu, rozważył go i odczytał dołączone pisma urzędowe. Następnie ogłosił, że **istnieje znacząca różnica** i obalił ten argument. W następstwie tej sprawy 4 czerwca 1997 r. w *Journal of the American Medical Association* pojawił się artykuł stawiający następujące pytanie: *Czy w sensie klinicznym logiczne jest stawianie znaku równości pomiędzy terminalnie chorymi pacjentami, którzy wymagają zabiegów podtrzymujących życie, a tymi, którzy ich nie wymagają?* Autorzy, lekarze L. A. Alpers i B. Lowe podsumowali to w następujący sposób: *Rozumowanie amerykańskich Sądów Okręgowych jest głęboko błędne. Traktowanie jednakowo samobójstwa wspomaganego przez lekarza i przerywania podtrzymujących życie zabiegów może doprowadzić do zamieszania wśród klinicystów i pacjentów oraz podważyć wiarygodność opieki nad ludźmi terminalnie chorymi. Nalegamy, aby tradycyjne, kliniczne, etyczne i prawne rozróżnienie zostało utrzymane*.

**To się przecież i tak dzieje, więc dlaczego tego nie zalegalizować?**

Niektórzy twierdzą, że zabijana jest duża liczba pacjentów, ale nigdzie się tego nie zgłasza. Chyba najlepszą odpowiedzią na to jest po prostu oświadczenie – **NIE! TO NIEPRAWDA**. Takie stwierdzenia nie mogą być brane pod uwagę. Istnieje pewna szara strefa, która pojawia się, gdy

pacjent jest umierający, a podwyższona dawka leku może przyspieszyć śmierć. Jednakże w tym momencie wszystko zależy od nastawienia. *Intencja*, aby pacjent pozostał w dobrej formie, jest sprawą podstawową i na pewno jest etyczna. *Intencja*, aby doprowadzić pacjenta do śmierci, jest czymś zupełnie innym i jest nieetyczna.

**Teraz jest to dokonywane w sekrecie. Wraz z legalizacją, będzie to jawne i będzie można to odpowiednio kontrolować.**

**Niestety, nie.** Jeśli obecnie lekarz pomaga w sposób bezpośredni w doprowadzeniu pacjenta do śmierci i fakt ten wychodzi na światło dzienne oraz jest udowodniony, to lekarz ów popełnił przestępstwo i powinien trafić do więzienia. W przypadku, gdyby samobójstwo wspomagane zostało zalegalizowane, takie działanie nie byłoby już przestępstwem, a w najlepszym wypadku zostałyby jedynie uznane za niewłaściwą procedurę medyczną. Dlaczego ludzie sądzą, że lekarz, który obecnie narusza prawo i popełnia tego rodzaju przestępstwo, będzie respektował wszystkie ograniczenia, jakie zostaną wprowadzone wraz z legalizacją? Jeśli ów lekarz w dniu dzisiejszym narusza prawo pod groźbą większej kary, znacznie łatwiej naruszy prawo jutro pod groźbą dużo łagodniejszych sankcji. No cóż, tylko dlatego, że jakieś prawo może być naruszone, nie można przestać traktować czegoś jako przestępstwa. Pomyślmy o gwałcie czy napadzie na bank, które są nielegalne. Zbrodnie te tak czy inaczej są popełniane, czyż więc dlatego mamy je zalegalizować? Takie rozumowanie jest oczywiście błędne. Rozwiązaniem może być raczej lepsze egzekwowanie prawa – ustalonych ograniczeń.

**Ale pacjent powinien posiadać autonomię, powinien mieć prawo do decydowania!**

Niestety, to zupełnie nie sprawdziło się w Holandii. Idea autonomii wydaje się atrakcyjna, choć jest iluzoryczna. Doświadczenie pokazuje, że w obecnej praktyce zarówno, jeśli chodzi o eutanazję, jak i samobójstwo wspomagane, **to nie pacjent jest osobą, która podejmuje ostateczną decyzję. Osobą tą jest lekarz.** To lekarz wydaje diagnozę; lekarz decyduje, że to jest *potrzebne*; lekarz uzyskuje zgodę. Również lekarz podejmuje decyzję, jakich lekarstw użyć, a jakie wycofać, kiedy przerwać leczenie. To lekarz decyduje, kiedy pacjent ma umrzeć. W przypadku samobójstwa wspomagane pacjent oddaje swoją autonomię lekarzowi. Zwykle u pacjentów występuje depresja. Istnieje cała lista czynników, które ją wywołują i podtrzymują – strach, niepokój, troska o finanse, o ból i tak dalej. To wszystko kształtuje decyzję pacjenta, nawet jeśli rzeczywiście sam pacjent ją podejmuje. Do tego wszystkiego należy dodać wewnętrzną presję na pacjenta oraz zewnętrzne naciski, które czasem przybierają niezbyt subtelną formę przymusu ze strony przyjaciół, rodziny i lekarza. Tak więc widzimy, że ci osłabieni chorobą ludzie nie mają zbyt wiele autonomii.

**Ale to jest prywatne prawo człowieka, moje indywidualne prawo wyboru. To naprawdę nie uderza w innych ludzi.**

Niestety uderza to w tych, którzy są najbliższymi pacjenta, a także w całe społeczeństwo. Uderza w bliskich, którzy zostają – w rodzinę, ukochane osoby. Uderza to również w innych pacjentów, którzy pozostają w kręgu znajomych tego, kto otrzymuje *pomoc*, aby umrzeć. Jeśli dana osoba otrzymała tego rodzaju *pomoc*, ułatwia to podjęcie decyzji o zabiciu innych chorych, słabych, starszych czy po

prostu niechcianych ludzi. Co więcej, pojawia się wówczas potrzeba współpracy wśród przyjaciół, rodziny i osób ze środowiska medycznego. Teraz spójrzmy ogólnie na sytuację z perspektywy społeczeństwa jako całości. Jeśli jednemu człowiekowi pomoże się umrzeć, osoby, które były w to zaangażowane, stają się w pewnym stopniu mniej wrażliwe na czyjąś śmierć, co może prowadzić do kolejnych tego rodzaju zgonów. Oczywiście jest, że jeśli my jako społeczeństwo staniemy się niewrażliwi na zabijanie, będziemy w stanie znaleźć wiele politycznych, społecznych i ekonomicznych powodów dla skrócenia życia innych ludzi. Łatwo jest zdevaluować życie tych, którzy są najbardziej bezbronni: opóźnionych w rozwoju, upośledzonych umysłowo, kalekich, chorych, starszych, biednych, chorych na AIDS, narkomanów, itd. Twoje prywatne prawo do skrócenia życia pierwszemu pacjentowi, którym ty jesteś, może być jak wirus, który powoli zarazi wszystkich.

### **Pragnę umierać z godnością.**

***Czy osoba ta pragnie śmierci z godnością, czy raczej tak naprawdę pragnie żyć z godnością aż do naturalnej śmierci?*** Nie powinniśmy stawiać znaku równości pomiędzy godnością ludzką a kontrolą nad funkcjami wydalania lub możliwością samodzielnego załatwiania wszelkich własnych potrzeb fizjologicznych. Prawdziwa, niezbywalna, ludzka godność jest związana z samą istotą człowieczeństwa, a nie reakcjami ciała. Prawdziwa ludzka godność dotyczy osoby ludzkiej. Choroba nie niszczy godności człowieka. Jeśli pacjent jest traktowany z godnością przez rodzinę i przyjaciół, zachowuje cały należny osobie ludzkiej szacunek i godność.

**Myślę, że ciocia Mania zdaje sobie sprawę, iż jest ciężarem dla swoich bliskich. Jeśli ona wyrazi zgodę, dlaczego nie pomóc jej odejść, a jednocześnie pozbyć się kłopotu?**

Kilka powyższych myśli jest tutaj bardzo trafnych. Jeśli ciocia Mania to rzeczywiście osoba niesamolubna, zdolna do poświęceń dla innych, która może chcieć się usunąć, po to aby ulżyć bliskim, to z pewnością jest również osobą, która przez całe swoje życie służyła pomocą innym. Ona, która kiedyś opiekowała się innymi, teraz najbardziej ze wszystkich ludzi zasługuje na opiekę. Te osoby, które są naprawdę skoncentrowane na sobie, nie proszą o śmierć, aby przestać być ciężarem dla innych. Ale pozwólmmy naszym rozważaniom iść dalej. Klasycznym przykładem pozbywania się tych, którzy stanowili ciężar, był program eutanazji w Niemczech, który poprzedził Holocaust.

### **Czy pomagamy w pozbywaniu się tych, którzy stanowią dla nas ciężar?**

Nie zapominajmy, że pewnego dnia każdy z naszych uczynków ujrzy światło dzienne. Prosta, bezpośrednia zasada jest tu zupełnie jasna. Każdy człowiek powinien być oceniany według tego kim jest, a nie na podstawie swojego fizycznego stanu. Porozmawiajcie z ludźmi działającymi w stowarzyszeniach osób niepełnosprawnych. Zapytajcie przedstawicieli mniejszości rasowych. Oni wam powiedzą. Jedyną drogą zapewnienia sobie opieki na stare lata jest zaopiekowanie się innymi ludźmi w chwili obecnej. Jedynym sposobem upewnienia się, iż Wasze życie będzie kiedyś chronione, jest teraz ochranianie życia innych.

**Ale przecież mogę zaufać lekarzowi, że postąpi właściwie.**

Przyjrzyjmy się doświadczeniom holenderskim. Co piąty umierający tam człowiek kończy życie na skutek eutanazji, bezpośredniej lub pośredniej. Z tych, którzy są poddawani eutanazji, prawdopodobnie około 50% nie prosi o śmierć i nie zdaje sobie sprawy, że są zabijani przez własnych lekarzy. Legalizacja samobójstwa wspomaganego oddaje ogromną władzę – władzę niemalże absolutną – w ręce lekarza. Najprawdopodobniej na początku większość Holendrów sądziła, że może zaufać swojemu lekarzowi. Jestem pewien, że nadal mogą ufać większości lekarzy, choć jest oczywiste, że nie mogą zaufać wszystkim. W obecnych czasach, gdy z jakiegoś powodu twój lekarz nie jest osiągalny, przyjeżdża do ciebie obcy lekarz. W rezultacie nigdy nie możesz być pewien, czy twój osobisty lekarz będzie przy tobie, gdy przyjdzie czas decyzji o eutanazji. Na podstawie doświadczeń holenderskich wydaje się jasne, że ludzie byliby głupcami, chcąc ufać wszystkim lekarzom. Natura ludzka zdaje się być taka sama wszędzie, na pewno w większości krajów zachodnich. Ale my chcemy ufać naszym lekarzom i w zdecydowanej większości przypadków w chwili obecnej możemy im zaufać i ufamy. Jednak, co się stanie, jeśli lekarz otrzyma prawne pozwolenie na uśmiercenie ciebie? Jak wpłynie to na Twoje zaufanie wobec lekarzy, którzy opiekują się Tobą teraz? Wydaje się oczywiste, że świadomość tego faktu podkopie zaufanie w relacji pacjent – lekarz. Dokładnie tak stało się w Holandii, gdzie przebywający w szpitalach starsi ludzie zlecają innym opiekę nad sobą, po to, aby nie uśmiercili ich opiekujący się nimi lekarze. Czy chcielibyśmy, aby doszło do tego w Waszym kraju?

**Ale mógłbym ufać swojemu lekarzowi!**

Wprowadzenie systemu ubezpieczeń społecznych i regulowanej opieki lekarskiej, w której pacjentowi przydzielany jest lekarz ogólny, decydujący, w jaki sposób go leczyć, rzuca zupełnie nowe światło na relację lekarz – pacjent. Czy zaufasz lekarzowi, który działa w Twoim imieniu i jego jedynym obowiązkiem jest robić to, co jest dla ciebie najlepsze? A może ten lekarz jest po prostu przedstawicielem jakiegoś konglomeratu zinstytucjonalizowanej opieki medycznej? A może jest biurokratą, reprezentującym swoje finansowe interesy? Czy jego interes finansowy leży w tym, żeby jak najszybciej doprowadzić Cię do śmierci, czy też w tym, abyś żył jak najdłużej? Kiedy Ty sam nie zatrudniasz i bezpośrednio nie płacisz lekarzowi, a czyni to jakaś trzecia zbiurokratyzowana strona, pojawiają się właśnie takie pytania i są one uzasadnione.

**Ale czy nie pojawiają się takie przypadki, w których najlepszym rozwiązaniem, podyktowanym współczuciem dla pacjenta, jest właśnie samobójstwo wspomagane?**

Współczucie wobec kogo? Czy jest to współczucie wobec pacjenta czy wobec personelu medycznego, któremu chce się ulżyć? Czy jest to może współczucie wobec rodziny osoby chorej? Prawdziwe współczucie szuka przyczyny i sposobów przyniesienia ulgi w cierpieniu. Prawdziwe współczucie nie polega na wyeliminowaniu osoby, która cierpi. Współczucie oznacza, że my współczujemy *wraz z*, pracujemy *wraz z*, cierpimy *wraz z*, siedzimy *wraz z* osobą, która cierpi. Nie pozbywamy się osoby, która cierpi. Prawdziwe współczucie oznacza, że pomagamy przezwyciężyć lęk przed bólem oraz przynosimy ulgę w samym bólu. Oznacza to, że oprócz lekarstw niesiemy pomoc poprzez eliminowanie poczucia opuszczenia i odrzucenia, które mogą pojawić się u

pacjenta.

**To powinno być dopuszczalne, jeśli pacjent cierpi ból, trudny do zniesienia i opanowania.**

Oddzielmy ból od cierpienia. Ból jest organiczny, fizyczny, *bolesny*. Cierpienie jest emocjonalne, jest samotnością, rozpaczą, zmartwieniem itd. W bólu można ulżyć i jeśli twój lekarz nie potrafi tego zrobić, znajdź innego. Jeśli twój lekarz nie potrafi ulżyć w bólu twojej ukochanej osobie, nie należy zabijać pacjenta, ale postarać się unicestwić ból. Na podstawie doświadczeń holenderskich wiemy, że wśród tych, którzy poprosili o eutanazję czy też samobójstwo wspomagane, tylko w 5% przypadków ból stanowił główną przyczynę. Poza nielicznymi wyjątkami ludzie, którzy poprzednio prosili o samobójstwo wspomagane, zupełnie zmieniali zdanie, gdy ból został opanowany. Musimy pamiętać, że ból nie jest tylko sprawą fizyczną, ale że problemy natury społecznej i psychicznej wzmagają ból fizyczny i powodują, że jest trudniejszy do opanowania. Skuteczne kontrolowanie bólu wymaga czasami wysiłków całej grupy ludzi. Lekarz z dawką morfiny nie wystarczy. Potrzeba często jeszcze opieki pielęgniarzkiej, dobrej rady, księdza oraz pełnej troski rodziny. A jak kontroluje się ból? No cóż, morfina i jej pochodne są nadal najskuteczniejszymi środkami przeciwbólowymi. Jednak najlepiej działają w postaci małych, regularnych lub powtarzających się dawek, często kontrolowanych przez samego pacjenta. Ta metoda jest dużo lepsza niż efekt jednego, silnego uderzenia, dobrze znany tym, którzy poznali skutki pojedynczej dużej dawki. Doustne podawanie odpowiednio obliczonych dawek pomaga kontrolować ból w trzech na cztery przypadki, tak samo skutecznie, jak lekarstwa w zastrzykach. Czasami problem może rozwiązać terapia radiacyjna. Zastrzyki mające na celu zablokowanie nerwu (tzw. blokada) także bywają dobrą metodą. Samodzielne wstrzykiwanie lekarstwa jest możliwe za pomocą sterowanego komputerowo małego dozownika, bądź też sam pacjent może dawkować sobie lekarstwo, kiedy zaczyna odczuwać, że ból wraca. Powstrzymanie bólu, kiedy się rozpoczyna, wymaga znacznie mniejszej dawki leku, niż wówczas, gdy osiągnie on swoje apogeum. Inną metodą kontrolowania bólu jest obecnie powszechne stosowanie naskórnych plastrów nasączonych lekiem. W ten właśnie sposób podaje się obecnie różnego rodzaju lekarstwa, hormony, leki nasercowe, a także przeciwbólowe.

**To będzie szybki i łatwy zgon, a nie przedłużająca się i bolesna śmierć.**

Doświadczenia holenderskie są dla nas pouczającą lekcją. Podobną lekcją są publiczne debaty w stanie Oregon w USA oraz zalegalizowanie tam nowego prawa. Prawo to pozwala lekarzowi przepisać śmiertelną dawkę leku, którą później pacjent, jeśli ma taką wolę, sam sobie może zaaplikować. I co dzieje się w takiej sytuacji? Tylko 70% lub 80% ofiar umiera na skutek działania tego preparatu. Reszta zostaje dobita przez współmałżonka, rodzinę, przyjaciół czy lekarza za pomocą różnych dodatkowych metod – począwszy od uduszenia, skończywszy na drugim silniejszym zastrzyku.

## Cierpienie

Musimy w tym momencie odróżnić kontrolowanie bólu fizycznego, o czym była mowa powyżej, od faktu, że istnieje również cierpienie emocjonalne i psychologiczne. Samotność, opuszczenie, rozpacz, strach i zmartwienie mogą się pojawić, a nawet wzmacniać przede wszystkim na skutek depresji. W



rzeczywistości kontrolowanie bólu fizycznego jest łatwe. Kontrolowanie cierpienia i stresu emocjonalnego jest dużo trudniejsze. Ale żaden z tych powodów nie upoważnia do uśmiercenia pacjenta.

## A co z uzależnieniem?

50 lat temu ostrzegano nas – studentów medycyny, aby nie stosować zbyt dużych dawek morfiny w obawie przed uzależnieniem. Choć teza ta została obalona, w wielu krajach rządowe instytucje zajmujące się narkotykami nie zostały jeszcze w pełni poinformowane o tym fakcie. Lekarze nadal obawiają się, i zazwyczaj słusznie, że jeśli zastosują w trakcie leczenia zbyt dużo silnych opiatów (morfina, itp.) mogą być przesłuchiwani i/lub nawet oskarżeni o nielegalne ich użycie. **To koniecznie trzeba zmienić.** Obecnie wiemy, że nie ma żadnej górnej granicy dawkowania morfiny. Odpowiednią dawką morfiny w przypadku silnego bólu pochodzenia nowotworowego jest po prostu ta dawka, która przynosi ulgę.

## Czy ludzie wraz z upływem czasu potrzebują większych dawek?

Tak, niektórzy tak. Nazywa się to mniejszą wrażliwością na lek przeciwbólowy. Jest to coś zupełnie innego niż uzależnienie. Przy długotrwałym, przewlekłym, silnym bólu może zdarzyć się, że pacjent z czasem będzie potrzebował dawek pięć, dziesięć czy nawet więcej razy większych, niż przyjmował na początku. Ale jeśli ból zostaje usunięty, na przykład na drodze operacji, okazuje się, że pacjent nie jest uzależniony i może przerwać przyjmowanie leku przeciwbólowego. Dr J. Anderson określił, że tylko 0,04% pacjentów leczonych morfiną uzależniło się od niej. Dobrym przykładem może być kobieta, która ma przedłużony i bolesny poród. Ile potrzebuje dawek *demerolu*? I jak dużych? Kiedy dziecko przychodzi na świat i ból znika, czy kobieta ta odczuwa uzależnienie od *demerolu*? Oczywiście, że nie.

**Ale niektórzy z tych ludzi są w takiej depresji, że jeśli nie pomożesz im umrzeć, targną się na swoje życie w bardziej gwałtowny sposób.**

Ludzie, o których mówimy, prawie na pewno cierpią na kliniczny zespół depresyjny. Obecnie wiadomo, że jest to choroba natury biochemicznej. Istnieją skuteczne lekarstwa do jej leczenia. Osoba taka powinna udać się do specjalisty, otrzymać leki, a następnie koniecznie regularnie je przyjmować. Dziewiętnaście z dwudziestu osób, którym udaje się popełnić samobójstwo, cierpi na depresję. 47% ofiar samobójstwa cierpiało na depresję kliniczną, czy jakąś jej formę, jak np. zaburzenie dwubiegunowe, a niektórych dotknęła schizofreniczna psychoza. 25% ofiar to alkoholicy, a 15% uznano za osoby z zaburzeniami psychiatrycznymi bez szczegółowej diagnozy. 4% miało organiczny syndrom mózgowy, 2% to schizofrenicy, a 1% – narkomani. W sumie stanowi to 94% tych, którzy popełnili samobójstwo. Inne badania cytowane w *British Journal of Psychiatry* doprowadziły do niemalże identycznych wniosków. Ogólnie wiadomo, że wiele, jeśli nie wszystkie, próby samobójcze są w rzeczywistości *wołaniem o pomoc*. Przeważnie taka jest właśnie prawda w przypadkach nieudanego otrucia się, podcięcia żył, itp. Krzyk o pomoc, wysyłany przez ofiarę, powinien wzbudzić wrażliwość bliskich na jej potrzeby; bliscy winni otoczyć ją opieką. Dlatego też, prośba o samobójstwo wspomagane jest najczęściej wołaniem o pomoc: *Pragnę,*

*abyście byli bliżej mnie; pragnę towarzystwa; potrzebuję ulgi w bólu*, itd. Prawdziwie współczująca opieka prawie zawsze rozwiąże problem, bo prawdziwe współczucie nie polega na pomocy w zabiciu pacjenta.

**A co z osobami, które znajdują się w stanie permanentnej śpiączki (PVS)? Czy odłączenie ich od urządzeń podtrzymujących życie jest eutanazją?**

Po pierwsze należy zaznaczyć, że diagnoza takiego stanu nie może być pośpieszna. Całkowita śmierć mózgu może być potwierdzona zwykle w przeciągu kilku dni, natomiast PVS może zostać zdiagnozowane po tygodniach, a często nawet miesiącach obserwacji. Zdarza się też, że pacjenci z PVS budzą się po latach. Można dokonywać szerokich generalizacji, jednakże zawsze każdy przypadek musi być rozpatrywany indywidualnie. Wraz ze śmiercią mózgu, ustają wszystkie funkcje kontrolowane przez mózg, także oddychanie. Serce natomiast bije tak długo, jak otrzymuje dotlenioną krew. Śmierć mózgu jest zwykle definiowana według prawa jako całkowite i stałe przerwanie wszystkich funkcji mózgu, także tych kontrolowanych przez pień mózgu. Istnieją tu jednak pewne wyjątki, które obejmują zamrożenie oraz zatrucie barbituranami. Wraz ze śmiercią mózgu, opisaną powyżej, odłącza się system podtrzymywania życia. Kiedy dotlenianie poprzez płuca ustaje, sercu brakuje tlenu i ustaje automatyczna akcja pompowania. W stanie PVS utrzymują się pewne funkcje mózgu oraz oddychanie. Stąd pojawia się pytanie, jakie systemy podtrzymywania życia mogą lub powinny być kontynuowane. Należy w tym momencie rozróżnić stałą opiekę od leczenia. Na stałą opiekę składa się tzw. CKO – Czula, Kochająca Opieka, tj. zmiana pościeli, ciepły pokój, uśmiech, kąpiel, odpowiednie ułożenie chorego, poduszki, jedzenie, woda i inne codzienne zabiegi. Opieka terapeutyczna, czyli leczenie, obejmuje wykorzystanie lekarstw, operacji, itp., co ma na celu wyleczenie choroby, zaleczenie rany, usunięcie guza itd. Terapię tę można podzielić na zwykłą, np. zastosowanie antybiotyków, założenie szyny na złamanej kończynie czy usunięcie wyrostka robaczkowego oraz nadzwyczajną, np. operacje serca, transplantacje organów itp. Jeśli pacjent nie ma zapewnionej stałej opieki, traktowane jest to jako zaniedbanie ze strony osoby, która za tę opiekę odpowiada. Nadzwyczajne leczenie natomiast nigdy nie było obowiązkowe i powinno być oceniane w świetle wielu czynników. Obecnie niektórzy przenieśli podawanie jedzenia i wody ze stałej opieki do leczenia. Wówczas, jeśli podejmowana jest decyzja przerwania dalszego leczenia, jedzenie i woda też mogą zostać odstawione. Gdy lekarz przerywa terapię, pacjent czasami umiera. Natomiast, gdy lekarz odbiera pacjentowi jedzenie i wodę, pacjent zawsze umiera – w bólu. Pozbawienie pacjenta jedzenia i wody nie jest *pozwoleniem, żeby pacjent umarł*, jest raczej *zmuszeniem go do śmierci*. Dobry przykład stanowi tu Karen Ann Quinland. Pamiętamy, że leżała w śpiączce przez dziesięć lat zanim zmarła. Początkowo wyłączono respirator, ale ona oddychała samodzielnie. Wszyscy obserwatorzy ocenili, że znajduje się w stanie PVS. Jednakże sekcja zwłok po śmierci wykazała (ku zaskoczeniu wszystkich), że nie było uszkodzenia kory mózgowej, ale znaczące uszkodzenie wzgórza wzrokowego. Tak więc czy rzeczywiście była w stanie PVS, czy też istnieje możliwość, że znajdowała się w stanie *zablokowania* i nie mogła skomunikować się ze światem zewnętrznym? Nigdy się tego nie dowiemy. Jej rodzice nie przestali dawać jej jedzenia i płynów, choć wielu innych dawno już przestałoby to robić i zmusiłoby ją do śmierci.

**Czy istnieje jakaś ogólna zasada religijna w tej sprawie?**

Tak. Bóg Wszechmocny jest dawcą życia i kiedyś będzie naszym sędzią. Odwołajmy się do Biblii – do *Księgi Genesis* oraz do Mojżesza, który na Górze Synaj otrzymał 10 przykazań. Piąte przykazanie jest absolutnie jednoznaczne **Nie zabijaj!** Zasada ta przetrwała przez wieki, wychodząc zupełnie poza kontekst religijny i stając się tym, co nazywamy dziś prawem cywilnym – prawem, które jest absolutnie zasadnicze dla utrzymania stabilnego społeczeństwa. Jako fundament prawa naturalnego dotyczy ono zarówno wierzących, jak i niewierzących. My sami nie jesteśmy twórcami naszego życia i dlatego też nie mamy prawa go skracać.

## Śliskie urwisko? Dlaczego?

Dr Edmund Pellegrino – profesor na Uniwersytecie Georgetown w USA – przedstawił nam jasny obraz zagrożenia, które nazywa *śliskim urwiskiem* i uważa za realną rzeczywistość. Oto elementy tej analizy:

**Zagrożenie logiczne** – Jeśli eutanazja i samobójstwo wspomagane przez lekarza są korzystne dla kwalifikujących się do tego pacjentów, czy można odmówić tej *korzyści* pacjentom, którzy się nie kwalifikują? Jeśli śmierć staje się opcją medyczną, dlaczego nie wykorzystać jej do rozwiązania innych problemów? Jeśli zabiegi te stają się legalne dla pewnej grupy pacjentów, będzie to wymagało najwyżej jednej lub może dwóch spraw sądowych, aby uzyskać to samo ustawodawstwo dla tych, którzy obecnie nie mieszczą się w tych kryteriach, ale wkrótce mogą uzyskać tę możliwość na bazie decyzji osób trzecich.

**Zagrożenie psychologiczne** – Kiedy zasada ta już się przyjmie, jej powszechność rodzi pogardę dla życia. Pojawia się tzw. znieczulenie wobec zabijania, co zostało dobitnie udowodnione w Holandii. Cała sytuacja rozpoczyna się od jasnych i ścisłych założeń, a zmierza w kierunku, gdzie stają się one po prostu sprawą preferencji. Zasady i pryncypia zaczynają być czymś abstrakcyjnym, a wokół nich powstaje wiele innych opcji.

**Zagrożenie empiryczne** – Przyjrzyjmy się doświadczeniom holenderskim. Obserwowaliśmy tam postępujące starania w kierunku rozluźnienia kryteriów określonych przez sędziów. Zostały one poszerzone o pacjentów nieterminalnych, osoby niepełnoletnie, dzieci z zespołem Downa, pacjentów z problemami umysłowymi i emocjonalnymi, będących w głębokiej depresji, cierpiących na demencję, następnie o nieterminalnych chorych na AIDS, a w końcu o eutanazję wbrew woli pacjenta. Wytyczne dotyczące ostatnich chwil życia człowieka, tzw. *Testament życia* są wykorzystywane jako te, które nie podlegają dyskusji i szybkie zalecenie pełnej zgody na dokonanie eutanazji. Z powodu niemożności pełnego egzekwowania prawa sytuacja wciąż się pogarsza i wymyka spod kontroli.

Przypomnijmy sobie moment, kiedy w stanie Oregon przyjęto prawo zezwalające na samobójstwo wspomagane przez lekarza, który może przepisać śmiertelną dawkę narkotyku. Stowarzyszenie Hemlock (propagujące eutanazję) uznało ten zapis za niewystarczający i nalegało, aby można było również stosować bardziej śmiertelne, bezpośrednie środki dla tych, którym nie udało się umrzeć na skutek działania narkotyków.

## Co dalej?

Rząd Holandii podjął starania, aby eutanazja przestała być przestępstwem. Dotychczas lekarz nie był karany, jeśli wypełnił określone prawem warunki. To prawo może zostać rozszerzone na nie-terminalnych starszych obywateli, będących w lekkiej depresji i tych, dla których życie nie ma sensu. Następnie obejmie także tych, których przyszłe życie, z powodu diagnozy o jakiejś chorobie, nie będzie już nigdy takie jak przedtem. Tendencja jest taka, aby w przyszłości głównym punktem odniesienia był poziom cierpienia, który usprawiedliwia eutanazję, przy czym pomija wysiłki znalezienia przyczyn tego cierpienia. **Rozwój sytuacji polega na przejściu od założenia, że eutanazją obejmuje się tylko osoby, które o nią proszą, do działania, kiedy dokonuje się jej także na osobach, które o nią nie proszą. Eutanazja daje lekarzowi drogę wyjścia, jeśli jest sfrustrowany i widzi udrękę rodziny w *beznadziejnych przypadkach*. Wszystko zmierza w kierunku zmiany rodzinnych standardów dotyczących jakości życia oraz standardu pacjenta – *czy to życie jest warte przeżycia i jaka jakość życia jest do zaakceptowania*.** A w efekcie, co również jest bardzo ważne, eutanazja odwraca uwagę od przynoszenia ulgi w cierpieniu i opieki paliatywnej, proponując szybki skok do grobu.

# ROZDZIAŁ VIII

## OPINIE

*Australijskie Towarzystwo Medyczne przeciwstawia się eutanazji*

*Kanadyjskie Towarzystwo Medyczne przeciwstawia się eutanazji*

*Amerykańskie Towarzystwo Medyczne przeciwstawia się eutanazji*

*Brytyjskie Towarzystwo Medyczne przeciwstawia się eutanazji*

Główne stowarzyszenia medyczne krajów zachodnich, które w sprawie aborcji przyjmują postawę popierającą, silnie przeciwstawiają się eutanazji.

Podczas dyskusji nad legalizacją eutanazji na Terytorium Północnym Australii w latach 1995-1997 Australijskie Towarzystwo Medyczne było główną siłą, która przekonała Parlament krajowy do zmiany tego prawa.

Kanadyjscy lekarze z wielkim zainteresowaniem obserwowali narodową debatę, mającą miejsce w Stanach Zjednoczonych, która doprowadziła do decyzji Sądu Najwyższego z czerwca 1997 r. Stanowisko Kanadyjskiego Towarzystwa Medycznego było jednoznaczne – opowiadało się przeciwko jakiegokolwiek formie eutanazji. Podobną opinię wyraziło Brytyjskie Stowarzyszenie Medyczne (lipiec 1997 r.) odrzucając eutanazję przeważającą większością głosów.

Izba Lordów Parlamentu Brytyjskiego przystąpiła do konfrontacji, przyjmując stanowisko popierające holenderski program eutanazji. Jednak dla sprawdzenia sytuacji, co należy pochwalić, brytyjska komisja udała się do Holandii i na miejscu dokładnie zbadała program.<sup>1</sup> Doprowadziło to do całkowitej zmiany początkowej opinii wszystkich członków komisji. W odpowiedzi na wyniki tej analizy Izba Lordów wydała oświadczenie zdecydowanie potępiające holenderski program eutanazji.<sup>2</sup>

W międzyczasie główne pole walki przeniosło się do Stanów Zjednoczonych. Po dwóch federalnych apelacjach sądowych, opowiadających się na korzyść samobójstwa w asyście lekarza, sprawa trafiła do Sądu Najwyższego Stanów Zjednoczonych. Amerykańskie Towarzystwo Medyczne przyjęło bardzo zdecydowane stanowisko. Nie tylko oświadczyło, że sprzeciwia się eutanazji, a szczególnie samobójstwu w asyście lekarza, ale przeszło do ofensywy. Do Sądu Najwyższego Stanów Zjednoczonych złożyło dwa pisma urzędowe wyjaśniające wątpliwości prawne i faktyczne.<sup>3,4</sup> Pisma w tej sprawie nadesłało również 51<sup>5</sup> ważnych, związanych z opieką zdrowotną, organizacji. Analiza argumentów, zawartych w tych pismach jest bardzo pouczająca. Przedstawione tam stanowisko opiera się na przekonaniu, że takie działanie *jest w swoich założeniach niezgodne z rolą lekarza, jako człowieka leczącego*.<sup>6a</sup> Podkreślany jest fakt, że interesem państwa jest ochrona integralności i etyki zawodu lekarza. Dokonuje się rozróżnienia pomiędzy prawem pacjenta do samodecydowania o zakończeniu leczenia a celowym jego zabijaniem. Dokument silnie akcentuje skuteczność opieki paliatywnej. Szczegółowo wymienia zagrożenia i niewielką skuteczność

wprowadzania reguł stosowania eutanazji. Ostrzega o ryzyku dotyczącym ludzi znajdujących się w depresji i innych pacjentów, podatnych na sugestie. W swoich redakcyjnych analizach na temat decyzji sądu czasopismo *American Medical News* stwierdziło: *Ogólnie rzecz ujmując, decyzja sądu spuszcza powietrze z części retoryki ruchu opowiadającego się za samobójstwem, który konsekwentnie mylił indywidualne prawa pacjenta z nieodpowiednim wykorzystaniem umiejętności lekarza. Jednomyslna decyzja sądu jest ważnym zwycięstwem, które chroni zarówno pacjentów, jak i relację pacjent-lekarz.*<sup>5</sup>

Sąd Najwyższy Stanów Zjednoczonych orzekł, że zaprzeczenie istnienia konstytucyjnego prawa do samobójstwa wspomaganego nadal pozostawia otwartą możliwość legislacyjną dla poszczególnych stanów, ale Amerykańskie Towarzystwo Medyczne (AMA) stwierdziło: *Dla sądów nie pozostaje zbyt dużo pustki prawnej do wypełnienia. Trzydzieści pięć stanów już zakazało samobójstwa wspomaganego przez lekarza (...) a większość innych stanów, według raportów, generalnie sprzeciwia się tej praktyce. Oregon jest jedynym stanem, gdzie jest to dopuszczalne i gdzie referendum powraca do głosujących po apelacji sądowej.* [zwróćcie uwagę na datę tego oświadczenia – 21 lipca 1997, czyli przed ostatecznym wynikiem referendum w stanie Oregon.] *Stanowi ustawodawcy mogą zignorować opinię Sądu Najwyższego, ale lepiej byłoby gdyby dokładnie ją przestudiowali i zdali sobie sprawę, dlaczego zakaz powinien obowiązywać.*<sup>6b</sup>

Każdy człowiek, każde państwo, czy grupa ludzi, poważnie rozpatrująca możliwość legalizacji eutanazji lub samobójstwa wspomaganego przez lekarza, powinna skorzystać z trwającej dwa lata w Stanach Zjednoczonych analizy argumentów przytoczonych przez osoby reprezentujące środowisko lekarskie, prawników, kościoły oraz innych, co doprowadziło do decyzji Sądu Najwyższego z 1997 r. Przeczytanie tekstu obu decyzji będzie na pewno ciekawe. Opinia Amerykańskiego Towarzystwa Medycznego (AMA) posiada ogromną wartość. Poniżej drukujemy fragmenty tego dokumentu oraz innych opinii, przekazanych w tych sprawach do Sądu Najwyższego Stanów Zjednoczonych.

### **Opinia *American Medical Association* (Amerykańskiego Stowarzyszenia Medycznego)**

*Poparcie dla samobójstwa wspomaganego przez lekarza było największe wśród tych lekarzy, którzy najmniej znają zagadnienia bólu i radzenia sobie z jego symptomami oraz z powodu emocjonalnego wyczerpania nie są zdolni wczuć się w sytuację pacjenta. (...) Najszybciej legalizację samobójstwa wspomaganego poparli ci lekarze, którzy mieli najmniejszy kontakt z terminalnie chorymi pacjentami.*

*Przyjęcie samobójstwa wspomaganego przez lekarza na listę zabiegów medycznych stworzyłoby możliwość wykorzystania go w takiej formie, jakiej regulacje prawne nie mogłyby odwrócić. Gdyby samobójstwo wspomagane przez lekarza stało się zalegalizowaną opcją medyczną, wówczas decyzja, kiedy nie wybiera się tej opcji, powodowałaby, że wielu pacjentów odczuwałoby odpowiedzialność za swoje cierpienie oraz ciężar, jakim stają się dla innych. W sytuacji, kiedy pacjent może wybrać samobójstwo wspomagane przez lekarza, już tylko krok dzieli nas od pytania skierowanego do pacjenta – dlaczego nie podjął takiej decyzji. Wydaje się wysoce prawdopodobne, że pacjent czułby presję, aby wciąż powracać do tego pytania, być może nawet codziennie. Stąd wielu pacjentów, przy wsparciu rodziny i lekarza, będzie traktowało swoje prawo do wybrania samobójstwa wspomaganego przez lekarza jako obowiązek.*

Dokumenty AMA wielokrotnie stwierdzają, że zniesienie zakazu samobójstwa wspomaganego przez lekarza udaremni wysiłki zmierzające do rozszerzenia opieki paliatywnej na wszystkich pacjentów.

Przyjmując nietypową dla zawodu lekarza argumentację, AMA oświadczyło, że Stany powinny być mocno zainteresowane unikaniem zagrożeń niszczących zawód związany z opieką zdrowotną i zdolność lekarzy do służenia pacjentowi, co miałyby miejsce w przypadku zniesienia zakazu tego rodzaju samobójstw. Prawo stosowania medycyny niesie za sobą ogromną odpowiedzialność. *Pacjenci przychodzą do lekarzy i pielęgniarek wtedy, gdy są w wielkiej potrzebie, często osłabieni chorobą, ufając, że odpowiedzą oni z oddaniem na ich potrzeby. Wielu pacjentów, mając świadomość powagi swojego stanu i pozostając pod opieką lekarza, którego nie znają, ale którego kwalifikacje pozwalają na pomoc w samobójstwie, może zupełnie poważnie zastanawiać się, czy ów lekarz będzie na pewno działał w kierunku zachowania ich przy życiu. Zakaz pomocy przy samobójstwach stanowi zabezpieczenie, że pacjenci nigdy nie stracą zaufania, które musi się rozwijać w relacji pomiędzy osobami reprezentującymi opiekę zdrowotną a pacjentami.*

*Nie ma żadnych dowodów, że wzrasta liczba pacjentów umierających w silnych bólach. Wręcz przeciwnie. Ostatnio poszerzyły się możliwości kontrolowania bólu, zarówno na skutek lepszych technik, jak i rozszerzenia zakresu opieki poprzez hospicja i opiekę paliatywną. Ból najbardziej cierpiących – terminalnie chorych pacjentów – może być przez cały czas kontrolowany bez silnych środków uspokajających i anestezji. Bardzo niewielka liczba pacjentów wymaga stosowania w ostatnich dniach życia uspokojenia podobnego do stanu snu z powodu doświadczania silnego bólu (...) Kiedy leki przeciwbólowe są właściwie podawane, dla większości pacjentów ryzyko zatrzymania oddechu, które przyspiesza śmierć, jest minimalne.*

*Nie dziwi fakt, że przy wzrastających możliwościach kontrolowania bólu, żądania samobójstwa wspomaganego przez lekarza nie pochodzą zasadniczo od tych, którzy szukają ulgi od bólu fizycznego. (...) Trudne do zniesienia fizyczne symptomy nie są przyczyną, z powodu której znaczna liczba pacjentów prosi o eutanazję.*

*Nie można powiedzieć, że wszyscy pacjenci mają dostęp i rzeczywiście otrzymują odpowiednią ulgę w bólu i dobrą opiekę paliatywną. Na pewno nie. Dostępność takiej opieki jest w dużym stopniu niewystarczająca, a starania o powszechną jej dostępność nie przyniosły jeszcze zadowalających rezultatów. Trudności w zapewnieniu odpowiedniego kontrolowania bólu leżą w braku specjalistycznych szkoleń i wiedzy, błędnym rozumieniu ryzyka uzależnienia i zahamowania oddechu przy stosowaniu środków przeciwbólowych, nieodpowiedniej komunikacji, obawie przed represyjnymi działaniami wobec lekarzy przepisujących takie środki (cytat z New York State Task Force).<sup>6</sup>*

*Wydawałoby się, że pacjenci, którzy są w mniejszości, ludzie starsi, kobiety i biedni, mogą być nieodpowiednio leczeni. Jednakże lekarstwa oraz techniki, o których obecnie szeroko się pisze i które są skuteczne, wymagają jedynie niewielkich nakładów. Nieodparte dowody świadczą o istnieniu potrzeby zapewnienia wszystkim pacjentom dostępu do odpowiedniego poziomu opieki paliatywnej, a nie kontrolowania bólu za pomocą samobójstwa w asyście.*

Większość pacjentów, którzy proszą o samobójstwo, czyni tak z obawy, że w przyszłości ból stanie się nie do zniesienia, że cierpiąc stracą godność, będą uzależnieni od innych i staną się ogromnym ciężarem. Tego rodzaju cierpienie emocjonalne jest prawdziwe, ale kiedy te dotyczące przyszłości egzystencjalne rozterki zostaną rozpoznane i przedyskutowane, często przynosi to ulgę. Oprócz tego, pacjent powinien być wciąż zapewniany o pełnym zaangażowaniu innych w opiekę nad nim. Powinien również mieć możliwość skonfrontowania się z przyczajonym i niewypowiedzianym lękiem przed śmiercią.

Opieka paliatywna w pełnym tego słowa znaczeniu obejmuje zarówno wymiar i duchowy, i egzystencjalny, jak również sprawy osobiste i społeczne (...) Warto działać w grupie (...) Jeśli to się uda, pragnienie śmierci mija, a pacjenci mówią, że odnajdują nieoczekiwaną wartość swojego życia, która powoduje, że ich ostatnie dni życia są po prostu warte przeżycia.

Dokument AMA podkreśla, że depresja kliniczna stanowi największy pojedynczy czynnik niosący pragnienie śmierci. Następnie podaje szczegóły udanego leczenia depresji. Wielokrotnie powtarza, że pragnienie samobójstwa w asyście nie jest jedynie wyrażeniem bólu, którego nie da się opanować, ale ma znacznie szerszy kontekst przyczyn: *Wśród tych, którzy popełniają samobójstwo jedynie od 2% do 4% stanowią osoby terminalnie chore. Dalej: Jedynie niewielki procent terminalnie chorych czy poważnie chorych pacjentów, próbuje dokonać lub popełnia samobójstwo. A ci zwykle cierpią na dające się wyleczyć schorzenia psychiczne, najczęściej depresję.*

Końcowy komentarz głosi, że nawet gdyby uważano, że w takich sytuacjach samobójstwo wspomagane jest czymś odpowiednim *nikt nie może zapewnić, że wraz z dopuszczalnością, będzie ono rzeczywiście ograniczone tylko do tych kilku pacjentów.*

### **Opinia American Suicide Foudation (Amerykańskiej Fundacji ds. Samobójstw)**

*Nie istnieje żadna rozsądna naukowa czy kliniczna podstawa rozróżnienia terminalnie chorych pacjentów o skłonnościach samobójczych i innych z tymi samymi skłonnościami. Obie grupy charakteryzują dające się całkowicie wyleczyć zaburzenia psychiczne i zwykle mają one naturę depresyjną. Obydwie grupy są ambiwalentne w swoim pragnieniu śmierci. Obydwie cierpią z powodu silnego niepokoju i kognitywnego zmęczenia światem zewnętrznym. Obydwie mają ogromną potrzebę kontrolowania, która przejawia się w najbardziej dramatycznym pragnieniu określenia czasu i miejsca swojej śmierci. W przypadku obu grup depresja wpływa na ich zdolność podejmowania decyzji.*

*Terminalnie chorzy pacjenci, także ci, którzy wyrazili chęć śmierci, mogą wyleczyć się z depresji i zwykle są w stanie spędzić swoje ostatnie dni na pełnym treści i zadowolenia przebywaniu z rodziną i przyjaciółmi.*

### **Opinia National Hospice Organization (Narodowej Organizacji Hospicyjnej)**

Ci, którzy opowiadają się za samobójstwem wspomagany (..) *nie dostrzegają, że ostatnie chwile życia dają możliwość pełnych treści doświadczeń, które można utracić w przypadku braku ochrony życia ze strony państwa i braku zakazu samobójstwa w asyście, nawet dla terminalnie chorych. Co więcej, wielu terminalnie chorych pacjentów szuka pomocy w samobójstwie nie dlatego, że nie*



*mogą być wyleczeni, ale raczej dlatego, że nie mogą znieść bólu fizycznego i depresji, która towarzyszy chorobom terminalnym. Te czynniki prawie zawsze można zniwelować. Opieka hospicyjna stanowi sprawdzoną, skuteczną alternatywę dla samobójstwa wspomaganego, która doskonale niweluje czynniki leżące u podstaw pragnień samobójczych wśród osób terminalnie chorych.*

*Hospicja rozumieją psychologiczny wymiar cierpienia i włączają się w leczenie depresji oraz lęku, który otacza choroby terminalne. Kiedy terminalnie chorzy pacjenci otrzymują odpowiednią paliatywną i wspierającą opiekę, pragnienie samobójstwa w asyście najczęściej znika.*

*Hospicja stanowią znaczącą podporę dla rodzin pacjentów. Członkowie rodziny są włączani do opieki nad chorym, podczas choroby mają zapewnione wsparcie doradców oraz pomoc w łagodnym przeżyciu śmierci drogiej osoby.*

### **Opinia American Geriatric Society (Amerykańskiego Stowarzyszenia Geriatrycznego)**

*W przeciwieństwie do powszechnych przekonań, śmiertelna choroba nie musi oznaczać silnego bólu i cierpienia. (...) Większość ludzi umiera w spokoju, najczęściej we śnie. Hospicja i opieka paliatywna wykazały, że żadna umierająca osoba nie musi cierpieć przejmującego bólu czy silnych fizycznych symptomów. Silne bóle odczuwa mniej niż połowa pacjentów chorych na raka, a tylko jedna czwarta wszystkich umierających pacjentów. Wysokiej jakości pomoc paliatywna przynosi ulgę w bólu prawie wszystkim pacjentom bez większego zamieszania czy silnego uspokajania.*

*To, w jaki sposób społeczeństwo organizuje opiekę dla tych, którzy są już u schyłku życia, ma ogromny wpływ na to, jak ten ostatni okres życia zostanie przeżyty. Życie na krótko przed śmiercią może być szczególnie cenne i znaczące. Jeśli osoba umierająca ma wsparcie i dogodne warunki, może załatwić ważne dla siebie sprawy, takie jak pożegnania, rozdysponowanie własności, ukończenie życiowych projektów i cieszenie się ostatnimi dniami życia.*

*Wiele osób myśli o samobójstwie, kiedy odczuwa gniew i kiedy cierpi. Ludzie ci, czując się bezwartościowi, często sprawdzają, czy inni też tak o nich myślą. Jeśli znajdą potwierdzenie, czują się popchnięci do uznania tego za fakt i potwierdzenia swojej niewielkiej wartości. W tym momencie propozycja samobójstwa wspomaganego nie jest jedynie jedną z opcji, lecz także potwierdzeniem poczucia bezwartościowości i nicości.*

*Dokument podkreśla, że specyficzna opieka nad ludźmi umierającymi zmieniła się znacząco w ostatnich latach. Reanimację stosuje się jedynie w przypadku około 10% ciężko chorych osób, które umierają w szpitalach. (...) Stała opieka regulowana kładzie większy nacisk na ograniczenie kosztownej opieki niż zachęcanie pacjenta czy rodziny do przedłużania życia.*

*W odpowiedzi na twierdzenia, że samobójstwo wspomagane często odbywa się nielegalnie organizacja stwierdza, że nie wie nic o takiej sytuacji i wydaje się ona nieprawdziwa. (...) Istnieje mało wiarygodnych dowodów świadczących o zasięgu i charakterze zdarzających się samobójstw wspomaganych przez lekarza. Większość tych twierdzeń, zdaniem dokumentu, to jedynie przypuszczenia.*

## **Opinia Anti-Euthanasia Task Force (Grupa Zadaniowa przeciw Eutanazji)**

... Zawiera ostrzeżenie, że coraz bardziej powszechna regulowana opieka zdrowotna to system oparty na *konieczności obniżania kosztów (...)*, który *nagradza obniżony poziom opieki medycznej*. Problem jeszcze by się pogłębił, gdyby mało kosztowna i mało czasochłonna *usługa* – samobójstwo wspomagane – została legalnie dopuszczona jako prawo konstytucyjne. Stworzyłoby to scenariusz, w którym umierający, pogrążony w depresji pacjent prosiłby o śmierć, ponieważ nie otrzymałby środków, które mogłyby ulżyć mu w bólu. To z kolei następowałoby w wyniku ograniczeń w ogólnodostępnej opiece medycznej, spowodowanych zmniejszonymi funduszami na ten konkretny program regulowanej opieki zdrowotnej. *Zalegalizowanie samobójstwa wspomagane przez lekarza w ogólnym systemie opieki zdrowotnej, w którym finansowe wytyczne promowałyby odmawianie opieki i przyspieszanie śmierci, nie służyłoby szczytnej idei wolności osobistej, a byłoby raczej szyderstwem z wolności.*

### **Dokument opiniujący podpisany przez stan Kalifornia oraz 20 innych stanów USA**

Nawiązuje on do istniejącego prawa pacjenta do odmowy leczenia. *Zasady cielesnej integralności i decydowania o sobie są tak podstawowe, że wydaje się, iż nie potrzebują uzasadnienia. Nic nie upoważnia państwa, aby zmuszać dorosłego obywatela, posiadającego wolną wolę i zdrowego na umyśle, aby zawsze poddawał się zaleceniom lekarza. Taka zasada zamieniłaby poradę medyczną w lekarską tyranię. Próżno by szukać przypadków, w których ogranicza się wolność sprawnych umysłowo dorosłych ludzi i zmusza się ich do poddania się leczeniu, zaleconemu przez lekarza. Prawo powinno iść w zupełnie odwrotnym kierunku. Nie może istnieć żaden prawny nakaz, który zmuszałby zdrowe na umyśle, świadome dorosłe osoby do poddania się proponowanemu leczeniu. Istniejące prawo dotyczące naruszenia nietykalności osobistej oraz konieczności wyrażenia przez pacjenta zgody na leczenie po uzyskaniu informacji, stanowi barierę przed niechcianym leczeniem.*

### **Wspólny dokument podpisany przez przedstawicieli różnych wyznań – katolików, baptystów, ewangelików, luteranów i muzułmanów**

Dokument ten stwierdza, że *opozycja wobec samobójstwa wspomagane jest najsilniejsza wśród schorowanych, starszych i terminalnie chorych, a więc dokładnie wśród tych, których to zagadnienie najbardziej dotyczy.*

### **Wspólna opinia opracowana przez chrześcijańskie grupy prawników, lekarzy i stomatologów, farmaceutów, pielęgniarki i asystentów lekarzy**

Dokument ten, cytując świętego Augustyna, potępia eutanazję *jako wstrętą i godną potępienia niegodziwość* oraz stwierdza, że *chrześcijański pogląd, iż samobójstwo we wszystkich przypadkach jest grzechem i zbrodnią, panował przez tysiąc lat*. Przypomina, że w czasach przed świętym Augustynem szanowani przywódcy Kościoła potępiili samobójstwo, m. in. Klemens Aleksandryjski i inni. Dokument kończy się stwierdzeniem, że próba biblijnej interpretacji wspierającej samobójstwo z asystą dokonana przez sąd niższej instancji *ilustruje niebezpieczeństwo prawnej interpretacji doktryny religijnej. Trudno sobie wyobrazić dziedzinę mniej podlegającą kompetencji federalnych prawników i bardziej skrupulatnie przez nich unikaną, jeśli to tylko możliwe.*

## **Ortodoksyjni Żydzi i Rada Rabinów Ameryki**

(...) Stwierdziła, że tradycyjny żydowski pogląd mówi, iż nie powinno się podejmować żadnych działań, które mogłyby aktywnie przyspieszyć śmierć osób terminalnie chorych.

## **Catholic Medical Association (Katolickie Stowarzyszenie Medyczne)**

(...) oświadczyło, że *nienaruszalność prawa do życia, od poczęcia do śmierci, każdej niewinnej istoty ludzkiej jest znakiem i wymogiem samej nienaruszalności osoby ludzkiej, którą Stwórca obdarzył darem życia.*

Stowarzyszenie wniosło do sądu długo rozpatrywane i znaczące wnioski Brytyjskiej Izby Lordów wynikające z analizy sytuacji holenderskiej: *Nie życzymy sobie, aby ochrona obywatela została umniejszona i stąd zalecamy, aby nie było żadnych zmian prawnych zezwalających na eutanazję.*

## **Dokument Christian Legal Society (Chrześcijańskiego Stowarzyszenia Prawniczego USA)**

Nawiązywał do prawa nie uczestniczenia w przedsięwzięciu niezgodnym z własnym sumieniem, w przypadku gdyby eutanazja stała się legalna. *Część pracowników opieki zdrowotnej ma słuszne obawy, iż będą narażeni na silne naciski ze strony swoich przełożonych, firm ubezpieczeniowych lub pracodawców, także ze strony regulowanej opieki medycznej, domów opieki i szpitali, aby uczestniczyć w podawaniu pacjentom śmiertelnych dawek narkotyków. Wielu kieruje się religijnymi przekonaniem, które nie pozwalają ułatwiać innym ludziom śmierci, czy też po prostu zabijać pacjenta za zgodą czy też bez jego zgody. Wbrew powszechnej opinii pojedynczy lekarze zatrudnieni w szpitalu, przychodni, domu opieki czy w systemie regulowanej opieki medycznej często nie posiadają wystarczającej autonomii, aby podejmować decyzje lekarskie, które wiążą się dla ich pracodawców ze znacznymi kosztami ekonomicznymi. Pracodawcy, którym zwykle zależy na niskich kosztach, nie będą popierać u swoich pracowników postępowania zgodnego z przekonaniem religijnymi, jeśli dla nich samych będzie to oznaczało wzrost kosztów wynikających z „niewygodnych przekonań religijnych” pracownika. Odnosi się to również do pielęgniarek, studentów medycyny i innych pracowników opieki zdrowotnej.*

## **Opinia Prokuratora Okręgu Oakland**

Dokument ten wspomina Jacka Kevorkiana i zauważa, że jego działania wyraźnie pokazują, iż *słuszne są obawy przeciwników samobójstwa wspomaganego. Ponad 75% osób, które brały udział w zaaranżowanym przez Kevorkiana samobójstwie wspomaganym, nie było śmiertelnie chorych. Kevorkian pomaga ludziom popełnić samobójstwo jedynie w oparciu o własną opinię na temat tego, czy ich prośba o pomoc jest uzasadniona czy nie. Nie wymaga on, aby ludzie ci byli terminalnie chorzy, czy też cierpieli nie dający się opanować ból. Jedyne warunki jest fakt, że cierpią z powodu rzeczywistej czy też wyimaginowanej dolegliwości, co tak bardzo wpływa na jakość ich życia, że są przekonani, iż ich dalsze życie jest pozbawione sensu. Jeśli są w stanie poprosić o pomoc, a prośba, zdaniem Kevorkiana, spełnia w/w wymagania, jest on gotowy ją spełnić. Włącza w to medyczne zabiegi i odpowiednie zabezpieczenia. W rzeczywistości, jeśli jego pacjenci chcą, aby pomógł im popełnić samobójstwo, wówczas niezmiennie otrzymują jego pomoc i umierają, bez względu na to, jaki faktycznie był ich stan fizyczny i psychiczny. Jedyne*

*odmawiając nowego konstytucyjnego prawa do śmierci, sąd może mieć nadzieję, że zapobiegnie pojawianiu się coraz to nowych „Doktorów Śmierć”, którzy będą proponować chorym, słabym, pogrążonym w depresji lub po prostu ludziom starszym, kuszącą propozycję bezbolesnej śmierci.*

### **Opinia National Legal Center for the Medically Dependent & Disabled (Państwowego Centrum Prawniczego dla Uzależnionych Medycznie i Niepełnosprawnych)**

*W dokumencie tym poświęcono sporo miejsca rozważaniom, jak w przypadku legalizacji eutanazji funkcjonowałyby Państwowa Ustawa dot. Amerykańskich Inwalidów (ADA). Dokument stwierdzał: Gdyby samobójstwo wspomagane zostało uznane za prawo osób w pełni sprawnych, którzy sami są w stanie popełnić samobójstwo, wówczas ADA zażądałaby, aby zezwolono na użycie bezpośrednich, śmiertelnych środków wobec osób, które z powodu kalectwa nie są w stanie same siebie pozbawić życia. W przeciwnym przypadku osoby, którym kalectwo uniemożliwia zabicie siebie, byłyby dyskryminowane, gdyż nie miałyby możliwości skorzystania z „dobrodziejstw” samobójstwa wspomagane, wyłącznie z powodu swojego kalectwa. Podsumowując, prawo konstytucyjne i założenia statutowe ADA wymusiłyby żądanie, aby tego rodzaju prawo było dostępne dla wszystkich, również dla niepełnosprawnych i zabijanie było dopuszczalne także dla tych, którzy z powodu kalectwa nie są w stanie sami siebie zabić.*

### **Opinia senatora Hatcha oraz kongresmenów Hyde’a i Canady’ego**

*Konkluzja tego dokumentu jest następująca: Aby zatwierdzić legalizację samobójstwa wspomagane, trzeba by znacząco zmienić zasady konstytucyjne. Ponieważ taka decyzja nie miałaby podstaw w tekście konstytucji, w pierwotnym jej rozumieniu, w tradycji narodowej, a także żadnego uzasadnienia w odniesieniu do ochrony wyizolowanej mniejszości, jej przyjęcie wiązałoby się ze śmiałym założeniem, że konstytucja upoważnia sąd do unieważnienia jej założeń i ustaw po prostu w oparciu o fakt, że sędziowie się z nimi nie zgadzają.*

# ROZDZIAŁ IX

## DECYZJA SĄDU NAJWYŻSZEGO USA

W USA dwa stany, Nowy Jork i Waszyngton, uchwaliły prawa zabraniające samobójstwa wspomaganego przez lekarza. Prawa te zostały sądowo zakwestionowane i powędrowały do federalnych rejonowych sądów apelacyjnych, jeden poziom poniżej Sądu Najwyższego, gdzie zdecydowano w 9. Okręgu (Kalifornia, et. al.) oraz w 2. Okręgu (Nowy Jork, et. al.), że z zupełnie innych powodów, samobójstwo wspomagane przez lekarza jest podstawowym prawem konstytucyjnym. Apelacje w sprawie tych decyzji zostały wniesione do Sądu Najwyższego Stanów Zjednoczonych. Dostarczono sądowi 45 różnych dokumentów opiniujących. Posiedzenia w tych sprawach miały miejsce w styczniu 1997 r. Stosunkiem głosów 9 – 0 w czerwcu 1997 r. Sąd uchylił obie wcześniejsze decyzje niższych sądów apelacyjnych.

Sąd Najwyższy zdecydował, że samobójstwo wspomagane nie jest federalnym konstytucyjnym prawem. Nie zabronił go w poszczególnych stanach, które pozostały wolne w podejmowaniu własnych decyzji. Jednakże przekazanie decyzji w ręce poszczególnych stanów nie było jedynie wybiegiem prawnym. Sąd Najwyższy przedstawił argumenty popierające samobójstwo wspomagane i obalał je, jeden po drugim, w bardzo dobitny sposób i bardzo skutecznie. Chociaż poszczególne stany nadal posiadają legalne prawo uchwalenia wewnętrznych przepisów zezwalających na samobójstwo wspomagane lub nawet bezpośrednią eutanazję, trudno im będzie usprawiedliwić taką decyzję w świetle zgromadzonych przez Sąd opinii. Decyzja Sądu robi tym większe wrażenie, gdy przypomnimy sobie zupełnie inną decyzję tego samego Sądu z 1973 roku w sprawie *Roe vs. Wade*, legalizującą aborcję.

Ktoś, kto naprawdę interesuje się tym tematem, z ciekawością przeczyta całe orzeczenie. Drukujemy poniżej fragmenty oficjalnego streszczenia decyzji Sądu w każdej z dwóch spraw, w jakich podjęto decyzję. Są to decyzje historyczne, które powinny mieć nieprzemijający wpływ na to zagadnienie na całym świecie.

*[Uwaga od wydawcy polskiego: Należy zwrócić uwagę na zasadniczą różnicę struktury prawa europejskiego, obowiązującego na kontynencie europejskim, od struktury prawa amerykańskiego, opierającego się głównie na orzeczeniach w sprawach precedensowych.]*

**Sąd Najwyższy Stanów Zjednoczonych, Oficjalne streszczenie decyzji sądu w sprawie *Waszyngton v. Glucksberg***

(a) Analiza naszej historii narodowej, prawnych tradycji i praktyki wskazuje, że anglo-amerykańskie prawo powszechne karało lub potępiało samobójstwo wspomagane przez ponad 700 lat; słuzenie taką pomocą jest nadal zbrodnią prawie we wszystkich stanach; zakaz ten nigdy nie obejmował żadnych wyjątków dla tych, którzy byli bliscy śmierci; w ostatnich latach zakazy tego rodzaju zostały rozpatrzone powtórnie i w ogromnej większości przyjęte ponownie w wielu stanach; Prezydent podpisał ostatnio *Federalną Ustawę o Zakazie Finansowania Samobójstwa Wspomaganego* (1997), która zabrania korzystania z funduszy federalnych na cele samobójstwa wspomaganego przez lekarza, s. 5-15.

(b) W świetle tej historii, decyzje Sądu prowadzą do wniosku, że prawo, którego domagają się pozwani, do pomocy w popełnieniu samobójstwa nie jest fundamentalnym interesem wolnościowym chronionym Klauzulą o Właściwej Procedurze Prawnej. Ustalona przez Sąd metoda analizy właściwej procedury prawnej ma dwie pierwszorzędne cechy. Po pierwsze, Sąd regularnie obserwował, że Klauzula szczególnie chroni te fundamentalne prawa i wolności, które są, w obiektywny sposób, zakorzenione w naszej narodowej historii i tradycji. Dla przykładu, sprawa *Moore v. East Cleveland*, tom numer 431 prawa federalnego strony 494, 503 (opinia względnej większości). Po drugie, Sąd zażądał *dokładnego określenia* fundamentalnego wolnościowego interesu społecznego, związanego z całą sprawą. Przykład – sprawa *Reno v. Flores*, tom numer 507 prawa federalnego, strony 292, 302. Przedstawiono różne opisy interesu społecznego, który mógłby wchodzić tutaj w grę, pochodzące z Dziewiątego Okręgu oraz od pozwanych – prawo *decydowania o czasie i sposobie własnej śmierci, prawo do śmierci, wolność wyboru jak umierać, prawo kontrolowania swoich ostatnich dni, prawo wyboru ludzkiej, godnej śmierci, wolność decydowania o rodzaju śmierci* – jednak wszystkie one stoją w sprzeczności z drugim zaleceniem. Ponieważ statut Waszyngtona zabrania *udzielania drugiej osobie pomocy w próbie samobójczej*, kwestię omawianą przed Sądem trzeba bardziej dokładnie sprecyzować – czy *wolność* szczególnie chroniona przez Klauzulę obejmuje prawo do popełnienia samobójstwa, które samo w sobie zawiera pomoc w jego dokonaniu. To prawo, którego pozwani się domagają, nie znajduje miejsca w naszej tradycji narodowej – państwo w sposób spójny, jednomyślny i ciągły odrzuca to prawo nawet dla ludzi chorych terminalnie, psychicznie zdrowych. Aby spełnić oczekiwania pozwanych, Sąd musiałby zmienić całe wieki prawniczej doktryny i praktyki oraz obalić założenia przyjęte prawie przez każdy stan. Argument strony pozwanej, że przedstawiany przez nią interes społeczny *jest* zgodny z przypadkami właściwej procedury prawnej, jeśli nie z historią i praktyką tego narodu, nie jest przekonywający. Konstytucyjnie gwarantowana możliwość odmowy poddania się ratującemu życie nawodnieniu organizmu i odżywianiu, dyskutowana w sprawie *Cruzan, supra*, s. 279, nie została po prostu wydedukowana z abstrakcyjnych pojęć osobistej autonomii, lecz była wcześniej zakorzeniona w narodowej historii i tradycji, na bazie zasady prawa powszechnego, że przymusowe leczenie to naruszenie nietykalności osobistej oraz długiej prawnej tradycji chroniącej decyzję do odmowy niechcianego leczenia medycznego. I chociaż *Casey* zauważył, że wiele praw i wolności chronionych przez Klauzulę Właściwej Procedury odnosi się do osobistej autonomii, tom numer 505 prawa federalnego, strona 852, nie wynika z tego, że każda i wszystkie ważne, intymne i osobiste decyzje są tak chronione; proszę przyjrzeć się sprawie *San Antonio School Dist. v. Rodriguez*, tom numer 411 prawa federalnego, strony 1, 33-34. *Casey* nie sugerował inaczej, s. 15-24.

(c) Konstytucyjny wymóg, aby zakaz Waszyngtona dotyczący samobójstwa z asystą był w sposób racjonalny powiązany z prawnie słusznym interesem społecznym, patrz sprawa *Heller v. Doe*, tom numer 509 prawa federalnego, s. 312, 319-320, na pewno jest tutaj spełniony. Ten interes społeczny obejmuje zakaz umyślnego zabijania oraz ochronę życia ludzkiego; zapobieganie poważnemu problemowi związanemu ze zdrowiem publicznym – samobójstwom, szczególnie wśród ludzi młodych, starszych i tych, którzy cierpią z powodu nie leczonego bólu czy depresji albo innych psychicznych zaburzeń; ochrona integralności i etyki zawodu medycznego oraz

podtrzymanie roli lekarza jako osoby leczącej swoich pacjentów; ochrona osób biednych, starszych, kalekich, terminalnie chorych i innych słabszych przed obojętnością, uprzedzeniem oraz psychologiczną i finansową presją, aby zakończyli życie; oraz unikanie tendencji zmierzających w kierunku dobrowolnej, a może nawet niedobrowolnej eutanazji. Wymienione powyżej elementy interesu społecznego nie muszą być omawiane oddzielnie, ponieważ są one bezsprzecznie ważne i prawnie uzasadnione, a sporne prawo jest przynajmniej w części powiązane z ich promocją i ochroną, s. 24-31.

## **Sąd Najwyższy Stanów Zjednoczonych Oficjalne streszczenie decyzji Sądu w sprawie *Vacco v. Quill***

(a) Klauzula Równej Ochrony wciela w życie zasadę, że Stany Zjednoczone muszą traktować podobne sprawy w ten sam sposób, z tym, że wolno im traktować niepodobne sprawy również w ten sam sposób, przykład sprawa *Plyler v. Doe*, tom numer 457 prawa federalnego, strony 202, 216. Statuty Nowego Jorku, zakazujące samobójstwa wspomaganego, ani nie naruszają fundamentalnych praw, ani nie obejmują podejrzanych klasyfikacji, na przykład sprawa *Waszyngton v. Glucksberg*, *ante*, *fat* 14-24, stąd istnieje domniemanie, że są legalne, sprawa *Heller v. Doe*, tom numer 509 prawa federalnego, strony 312, 319. Na pierwszy rzut oka ani zakaz samobójstwa wspomaganego, ani prawo zezwalające na odmowę leczenia medycznego, nie traktuje jednej osoby inaczej niż drugiej, ani też nie wprowadza jakiegoś rozróżnienia między osobami. *Każdy*, bez względu na stan fizyczny, jest upoważniony, jeśli jest w pełni władz umysłowych, do odmówienia niechcianego aczkolwiek ratującego życie, medycznego leczenia; **nikt nie ma pozwolenia pomagania przy samobójstwie**. Generalnie, przepisy prawne, odnoszące się sprawiedliwie do wszystkich, bezsprzecznie przestrzegają równej ochrony, przykład sprawa *New York City Transit Authority v. Beazer*, tom numer 440 prawa federalnego, strony 568, 587. Sąd ten nie zgadza się z sugestią Drugiej Instancji, że zakończenie lub też odmówienie leczenia medycznego ratującego życie *nie jest niczym innym jak samobójstwem wspomaganym*. Rozróżnienie pomiędzy pozwoleniem pacjentowi umrzeć, a przyczynieniem się do śmierci pacjenta jest ważne, logiczne, rozsądne i jasne: odpowiada to podstawowym prawniczym zasadom związku przyczynowego, oto przykład sprawa *People v. Kevorkian*, tom numer 447 Michigan, strony 436, 470-472, 527 N.W. 2d 714, 728, c.d. tom numer 514 prawa federalnego s. 1083 i intencja, patrz przykład sprawa *USA v. Bailey*, tom numer 444 prawa federalnego strony 394, 403-406; został rozpoznany przynajmniej w sposób domniemany, przez ten Sąd w sprawie *Cruzan v. Director, Mo. Dept. of Health*, tom numer 497 prawa federalnego s. 261, 278-280; *id.*, s. 287-288 (O'Connor, J., zgodny); co zostało szeroko rozpoznane i zaaprobowane w środowisku medycznym, stanowych sądach i przeważającej większości stanowych legislatur, które jak ta nowojorska, zezwoliły na to pierwsze i zabroniły tego drugiego. Stąd Sąd nie zgadza się z zażaleniem pozwanych, że rozróżnienie jest *arbitralne i irracjonalne*. Linia oddzielająca te dwa akty może nie zawsze być wyraźna, ale z pewnością nie jest wymagana, nawet gdyby była możliwa do ustalenia. Logika i współczesna praktyka opowiadają się za nowojorskim osądem, że te dwa akty są różne, i stąd Nowy Jork może zgodnie z Konstytucją traktować je inaczej; str. 3-13.

(b) Nowojorskie przyczyny rozpoznania i rozróżnienia pomiędzy odmówieniem leczenia i

asystowaniem przy samobójstwie – obejmujące zakaz celowego zabijania i ochronę życia, zapobieganie samobójstwom, utrzymanie roli lekarzy jako osób leczących swoich pacjentów, ochrona osób *słabszych* przed obojętnością, uprzedzeniem i psychologiczną oraz finansową presją do zakończenia życia oraz uniknięcie możliwego zwrotu ku eutanazji – są wartościowymi i ważnymi elementami interesu publicznego, zgodnymi z konstytucyjnym wymogiem, aby legislacyjna klasyfikacja była w sposób racjonalny związana z jakimś prawnie uzasadnionym celem prawnym. Patrz *Glucksberg, ante.*, s. 13-14.

## Komentarz

Jeśli ktoś powie, że decyzja Sądu była tylko doniosła, będzie to umniejszanie faktów. Przecież także w tym przypadku, podobnie jak było to w sprawie *Roe vs. Wade [dotyczącej aborcji]* Sąd mógł stwierdzić, że bezpośrednia eutanazja jest podstawowym prawem konstytucyjnym. Zalegalizowanie jej w całych Stanach Zjednoczonych stałoby się prawdopodobnie początkiem jej legalizacji na całym świecie. W zasadzie zostało to bardzo skutecznie, niemal zupełnie potępione. Niedaleko było już nawet od *uznania konieczności wprowadzenia* nowego federalnego prawa konstytucyjnego zabraniającego eutanazji. To wszystko wywołało najbardziej wyczerpującą i długą dyskusję na temat tego zagadnienia, jaka wcześniej nie zdarzyła się w historii świata.

Czterdzieści pięć różnych opiniujących dokumentów przeciwko samobójstwu z asystą i eutanazji wpłynęło w jednym albo w obu sprawach, rozpatrywanych przed sądem. Pod jednym z nich – dokumentem Amerykańskiego Towarzystwa Medycznego – podpisało się aż 51 różnych organizacji. Można powiedzieć, że każdy możliwy argument, wysunięty w ostatnich czasach za eutanazją, został wychwycony i odparty przez tę bezprecedensową liczbę dokumentów opiniujących. Inną cechą charakterystyczną był fakt, że argumenty przytoczone w tych dokumentach generalnie nie nakładały się na siebie. Nie operowały na podobnych gruntach. Dzięki dobrze skoordynowanym wysiłkom *National Legal Center for the Medically Dependent & Disabled* w Indianapolis, w stanie Indiana, dosłownie wszystkie legalne ośrodki ruchów pro-life, medycznego establishmentu, kościołów i in., zostały wezwane do zaprezentowania Sądowi Najwyższemu wszystkich możliwych argumentów pro-life.

Dokumenty pochodziły od organizacji medycznych i pielęgniarek, od sprzymierzonych grup, takich jak np. Fundacja ds. Samobójstw, Szpital Geriatryczny czy organizacje hospicyjne. Pochodziły od członków Kongresu Amerykańskiego, od poszczególnych stanów, od bioetyków, od grup walczących o prawa dla niepełnosprawnych, wielu różnych organizacji religijnych, reprezentujących różne wyznania, od fundacji wspierających obronę prawną pro-life, organizacji prorodzinnych i pro-life oraz innych.

Streszczenie, wykorzystujące dosłowne cytaty z tych opiniujących dokumentów, jest dostępne w letniej edycji *Issues in Laws & Medicine 1997, vol. 13, nr 1*.



# ROZDZIAŁ X

## CO WYDARZYŁO SIĘ W STANIE OREGON?

**Stan Oregon zatwierdził legalizację samobójstwa wspomaganego przez lekarza w listopadzie 1997 r. na drodze stanowego referendum.** Ze względu na wszystkie okoliczności poprzedzające ten fakt, wymienione w poprzednich rozdziałach, należy przyjrzeć się bliżej sytuacji, która doprowadziła do tejże legalizacji.

Pamiętajmy, że ustawa zdobyła większość stosunkiem głosów 51 za i 49 przeciw już we wcześniejszym referendum w 1994 r. Siły broniące życia zakwestionowały to głosowanie w sądzie, wstrzymując realizację legalizacji aż do kolejnego referendum w listopadzie 1997 r., które zatwierdziło nowe prawo stosunkiem głosów 60 do 40.

Mimo, że z pozoru głosowanie przeszło znaczącą większością głosów, warto przyjrzeć się dynamice tego głosowania, ponieważ z wielu powodów stanowiło ono sytuację nietypową, która niekoniecznie może powtórzyć się w innym miejscu. Zaledwie kilka dni po ogłoszeniu ostatecznych wyników referendum zdarzyło się coś zupełnie niespodziewanego. Departament Federalny Amerykańskiej Administracji ds. Wprowadzania w Życie Praw Narkotykowych wydał zarządzenie, które w rezultacie całkowicie uniemożliwia w praktyce realizowanie tego nowego prawa. Przyjrzyjmy się temu dokładniej.

### Historia

Ogólnie wiadomo, że w trzech stanach Zachodniego Wybrzeża USA (Kalifornia, Oregon i Waszyngton) mieszka najbardziej liberalna społeczność Stanów Zjednoczonych i w tym sensie nie są to stany typowe w porównaniu z innymi. Logiczne więc było, że siły, dążące do legalizacji eutanazji, skupiły swoje działania na Zachodnim Wybrzeżu, wiedząc, że mają znacznie mniejszą szansę sukcesu w innych stanach. Pierwsze próby zostały podjęte w Kalifornii. Potrzebowano pewnej liczby podpisów, aby inicjatywa mogła być rozpatrywana. Próba ta nie udała się z powodu niewystarczającej liczby podpisów. W 1992 r. próbę podjęto po raz wtóry. Uzyskano odpowiednią liczbę podpisów, ale kalifornijscy wyborcy odrzucili próbę zalegalizowania eutanazji. Podobnie stan Waszyngton w wyniku pierwszego referendum odrzucił propozycję zalegalizowania eutanazji. Zarówno Kalifornia, jak i Waszyngton posiadały już w tym czasie ustawy zakazujące samobójstwa wspomaganego. Zaskarżona waszyngtońska ustawa trafiła nawet do Sądu Najwyższego, który (jak wyjaśnia rozdział IX) podtrzymał jej ważność.

### Inne stany

Trzydzieści siedem stanów (z pięćdziesięciu) posiada przepisy prawne zakazujące samobójstwa wspomaganego przez lekarza. Większość pozostałych stanów posiada podobny zakaz w ramach prawa powszechnego lub precedensu sądowego. Po ostatnich apelacjach w stanach Michigan i Floryda takie same przepisy prawne zostały podtrzymane przez tamtejsze Stanowe Sądy Najwyższe. Stan Michigan jest pod tym względem nietypowy, gdyż pomimo, że istnieje tam prawo zakazujące samobójstwa wspomaganego, Jack Kevorkian (zwany *Doktor Śmierć* za uśmiercanie pacjentów)

został u niewinniony w trzech próbach ukarania go na drodze procesu kryminalnego.

## Prawo w Oregonie

Prawo, obowiązujące obecnie w stanie Oregon, upoważnia lekarza do wypisania recepty na śmiertelną dawkę narkotyku, którą pacjent sam sobie aplikuje. Tamtejsze prawo zabrania wykonywania śmiertelnych zastrzyków. Ogólnie wiadomo, że przyczyną odrzucenia wcześniejszych prób zalegalizowania eutanazji był fakt, że propozycje te obejmowały śmiertelne iniekcje. Przez pomoc w samobójstwie obowiązujące prawo rozumie wypisanie recepty przez lekarza i przyjęcie śmiertelnej dawki, dobrowolnie, przez samego pacjenta. Wymagane jest, aby pacjent był terminalnie chory, a przewidywana długość jego życia nie była dłuższa niż sześć miesięcy. W przypadku depresji klinicznej lekarz musi skontaktować pacjenta z psychiatrą, aby był w stanie podjąć racjonalną decyzję. Pomiedzy prośbą pacjenta o śmiertelną dawkę narkotyku, a momentem wydania go przez aptekę obowiązuje okres 15 dni oczekiwania. Farmaceuci zaproponowali, aby na recepcie było określone, iż lek będzie użyty w celu samobójczym. W ten sposób farmaceuta wie, jakie jest przeznaczenie leku i może działać zgodnie z przepisami prawnymi.

## Reakcja grup pro-life

Głęboka troska i rozczarowanie – oto reakcja grup pro-life na wyniki referendum. Przedstawicielka ogólnonarodowej organizacji prorodzinnej i pro-life (Focus on the Family's) – Carrie Gordon – stwierdziła, że głosowania w Oregonie *uwolniły w narodzie siłę, która jest zbyt potężna, aby człowiek mógł ją kontrolować. (...) Nie ma wątpliwości, że zwolennicy samobójstwa wspomaganego przez lekarza będą interpretować to tragiczne głosowanie jako wezwanie do promowania śmierci w kolejnych 49 stanach. Oregon w chwili obecnej wyróżnia się tym, że jest jedynym miejscem na świecie, gdzie zalegalizowano samobójstwo z asystą lekarza. Przesłanie pochodzące ze stanu Oregon jest jasne – lekarze mają obecnie zielone światło zezwalające na zabijanie pacjentów. Ludzie słabi, w depresji, terminalnie chorzy – uważajcie. Nie możecie już być pewni, że prawo będzie chronić wasze prawo do życia. Bezprecedensowe głosowanie stawia niezliczoną liczbę obywateli Oregonu i całego kraju w stan zagrożenia przedwczesną śmiercią (...) Zgoda Oregonu na prawnie usankcjonowane zabijanie wypacza praktykę medyczną i otwiera drzwi dla nadużyć wobec chorych, cierpiących Amerykanów, mających teraz możliwość „wyboru” wcześniejszej śmierci. Nadużycia mogą pochodzić ze strony kierujących się zyskiem instytucji opieki zdrowotnej, skorumpowanych lekarzy, a także mających dobre intencje członków rodziny. W epoce wzrastających z zawrotną szybkością kosztów opieki zdrowotnej i desperackich prób ich obniżania, wcześniejsza śmierć może stać się rozsądnym substytutem dla leczenia i opieki.*

Przewodniczący Zarządu Amerykańskiego Towarzystwa Medycznego – dr Thomas Reardon – nazwał głosowanie *poważnym ciosem wymierzonym w zdrowie i bezpieczeństwo (...) Co więcej, zostaje ustanowiony niebezpieczny precedens dla innych stanów rozważających podobne inicjatywy, który stwierdza, że samobójstwo wspomagane przez lekarza jest opcją dopuszczalną dla pacjentów w ostatnim okresie ich życia (...) Wszyscy mamy pod koniec życia prawo, aby uniemożliwiono nam konieczność korzystania z samobójstwa w asyście lekarza. Jest to nie tylko nasz obowiązek, aby edukować siebie samych, naszych bliskich i opinię publiczną w odniesieniu do tych istniejących praw, ale również jest to nasza powinność, aby zapewnić respektowanie tego*

prawa.

Kardynał Bernard Law, Przewodniczący Komisji Episkopatu USA ds. Działalności Pro-Life nazwał zaistniałą w Oregonie sytuację tragedią dla wszystkich Amerykanów – *Przed wszystkim jest to tragedia dla poważnie chorych pacjentów, którzy zasługują na zaspokojenie swoich prawdziwych potrzeb, a nie potrzebują zachęty do samobójstwa*. Przewidywał, że jeśli prawo to się utrzyma, prawo do śmierci stanie się wkrótce obowiązkiem śmierci. Katolicka Konferencja Oregonu – jedna z czołowych sił kampanii pro-life – nazwała to *tragicznym dniem dla Oregonu, narodu i świata... W Oregonie powstało pierwsze w świecie prawodawstwo, które w pełni kieruje się kulturą śmierci... Niech Bóg ma litość nad nami i naszym narodem*.

Oświadczenie *National Right to Life Committee* (Narodowego Komitetu Prawa do Życia) stwierdzało, że *eutanazja w Oregonie nie pozostanie na długo „dobrowolna”*. Wystarczy, żeby sąd zdecydował, iż *uniemożliwienie samobójstwa z asystą ludziom, którzy nigdy nie prosili o śmierć, ale też nie są w stanie mówić sami w swoim imieniu, jest sprzeczne z narodowym konstytucyjnym zapisem o „równej ochronie”*. Dokładnie to samo zrobił Sąd w przeszłości w odniesieniu do medycznych zabiegów ratujących życie.

*Americans United for Life* – państwowa firma prawnicza opowiadająca się za życiem i interesem społecznym – stwierdziła: *Oregon jest obecnie najbardziej niebezpiecznym miejscem w kraju dla ludzi terminalnie chorych... Doświadczenie holenderskie pokazuje, że to, co na początku jest dobrowolną prośbą o pomoc przy umieraniu, szybko i nieubłagane prowadzi do przymusowego likwidowania tych, którzy są uważani za mniej „doskonałych”... Społeczeństwo, które aprobuje samobójstwo terminalnie chorych z pomocą lekarza, równocześnie wypowiada wojnę starszym, biednym i kalekim, którzy w takiej sytuacji są bardzo zagrożeni. Inni będą decydować czy ich życie jest, czy nie jest już warte przeżycia oraz będą próbować przekonać ich, że „godną i odpowiedzialną” rzeczą jest szukać własnej śmierci (...) „Spełnij swój obowiązek i umieraj” to zdanie może stać się niewypowiedzianym, choć jasnym przesłaniem dla ludzi osłabionych chorobą lub wiekiem*.

Chrześcijańskie Towarzystwo Lekarskie i Stomatologiczne przyjęło bardzo podobną postawę, podkreślając, że *prawo do umierania wkrótce będzie rozumiane jako obowiązek śmierci*, co postawi ludzi starszych, ułomnych, biednych i innych w wyjątkowo niepewnej sytuacji. *Hospicja, kontrolowanie bólu i prawdziwie współczująca, pełna miłości opieka stanowią etyczne alternatywy wobec zabijania pacjenta. Skuteczne zastosowanie tych alternatyw sprawia, że samobójstwo w asyście lekarza jest niepotrzebne*.

## Inne reakcje

Po wprowadzeniu nowych zapisów prawnych dały się słyszeć godne uwagi wątpliwości ze strony środowiska lekarskiego. Czy lekarz potrafi przewidzieć, że pacjent będzie żył nie więcej niż sześć miesięcy? W związku z faktem, że prawo mówi o konieczności zalecenia wizyty u psychiatry, jeśli pacjent cierpi na depresję, rozgorzała również szeroka dyskusja wokół kwestii, czy lekarz, nie będący specjalistą w tej dziedzinie, jest w stanie ocenić czy pacjent cierpi na tę chorobę, czy nie. Co więcej, prawo dotyczy tylko *mieszkańców Oregonu*, ale nie określa warunków uznania kogoś *zamieszkańcą*.

To wszystko odnosi się do tych, których można uznać za przeciętnych, sumiennych lekarzy klinicznych. Z perspektywy holenderskiej łatwo jednak przewidzieć, że pewna grupa lekarzy nie będzie miała problemów z własnym sumieniem, podejmując wobec pacjenta powyższe decyzje, bez względu na ograniczenia zawarte w ustawie i bez względu na fakt, że badania wykazały, iż 70% lekarzy nie jest w stanie rozpoznać i nie rozpoznaje depresji klinicznej.

## **Dlaczego głosujący opowiedzieli się za**

Głównym czynnikiem była kwestia osobistej autonomii. Oregon jest stanem z najmniejszym odsetkiem ludzi wierzących; ocenia się, że nawet mniej niż co czwarty obywatel należy do jakiegokolwiek kościoła. Cała, politycznie właściwa, koncepcja nieograniczonego, osobistego wyboru była głównym czynnikiem decydującym o podjęciu przez większość takiej decyzji.

Tendencje antykatolickie oraz ogólnie antyreligijne stanowiły kolejny główny czynnik. Płatne ogłoszenia radiowe, reklamujące możliwość samobójstwa, silnie koncentrowały się na implikowaniu, że zewnętrzne siły religijne, wyposażone w ogromne sumy pieniędzy, napływają do stanu, aby narzucić katolicką doktrynę niechętnym obywatelom. Określanie negatywnymi etykietkami osób, które sprzeciwiały się samobójstwu wspomaganemu, przyniosło duży sukces w eliminowaniu wiarygodności *tamtych ludzi*. Celne ogłoszenia telewizyjne ze strony pro-life powinny były odnieść lepszy skutek. Nie odniosły go jednak, ponieważ ludzie opowiadający się za eutanazją neutralizowali ich wpływ, deprecjonując grupy ludzi, które opłacały te ogłoszenia, określając ich, np. w ten sposób *to ci religijni, którzy chcą nam wszystkim narzucić swoją moralność*.

Pogarda dla ciasnoty poglądów: ludzie, opowiadający się za eutanazją, skutecznie grali na nastrojach, głosząc, że mieszkańcy Oregonu są bardziej nowocześni w poglądach, niż mieszkańcy innych stanów, a dowieść tego mogą stając się pierwszymi, którzy poprą tak postępowe prawo.

Oburzenie wobec konieczności powtórnego głosowania: ta kwestia była nośnym tematem, który pewnie nie będzie miał zastosowania gdzie indziej. Ogłoszenia telewizyjne przypominały ludziom, że władza ustawodawcza próbowała obalić prawo już przez nich przegłosowane. Drugie głosowanie było nagłaśniane jako *próba odebrania wam waszych praw* przez władzę ustawodawczą oraz innych. Mówiono ludziom: *jesteście zmuszani do powtórnego głosowania nad tym, o czym już wcześniej zadecydowaliście. To jest obraza dla głosujących*.

To nie zawsze działa: obrońcy życia ludzkiego twierdzili, że doustna dawka śmiertelnego narkotyku często nie skutkuje i śmierć pacjenta przeciąga się, aż w końcu bywa dobijany metodą bardziej bezpośrednią, np. uduszenie. Odpowiedź zwolenników eutanazji sprowadzała się do pytania: *No i co z tego? I tak chory musi umrzeć wskutek choroby*.

Trochę zamieszania powstało w wyniku możliwości wyboru *tak* lub *nie* na liście. Jeśli głosowaliście *nie* oznaczało to, że chcecie eutanazji. Jeśli głosowaliście *tak*, oznaczało to, że chcecie zmienić prawo i uniemożliwić eutanazję. To prawdopodobnie było mylące dla obu stron, ale z pewnością nie tłumaczy przewagi po stronie ludzi opowiadających się za samobójstwem wspomaganym.

W końcu siły opowiadające się za śmiercią w dużej mierze przekonały wyborców, że prawo

zawiera odpowiednie zabezpieczenia przed *nadużyciami*.

Podsumowując, wydaje się, że głównymi argumentami, które doprowadziły do takiego wyniku głosowania były zagadnienia osobistej autonomii, sztucznie wywołanego oburzenia z powodu konieczności ponownego głosowania oraz z pewnością antyreligijna niechęć, będąca skutkiem wcześniejszego argumentu zwolenników eutanazji, że jest to jedynie kwestia przekonań religijnych.

### **Możliwe rozszerzenie prawa?**

Do obecnej sytuacji dochodzi troska o przyszłe apelacje prawne, które mogłyby to prawo rozszerzyć. Istniejące prawne precedensy w wielu stanach utrzymują, że jeśli *osoba w pełni władz umysłowych* ma pewne *prawa*, wówczas konstytucyjne gwarancje równej ochrony dla wszystkich wymagają, żeby opiekun miał możliwość dokonywania tego samego wyboru w imieniu dzieci i dorosłych, nie będących w pełni władz umysłowych. Jeśli sąd podejmie taką decyzję, wówczas eutanazja bez zgody pacjenta może stać się w Oregonie legalna.

**Nie ma tego złego, co by na dobre nie wyszło:** nie można przeoczyć pewnych bardzo pozytywnych skutków, które przy tej okazji się pojawiły. Doświadczyła tego Australia na skutek heroicznych wysiłków sił pro-life. W ten sam sposób wiele dobra wydarzyło się również w Oregonie. Dyrektor wykonawczy organizacji Right to Life w Oregonie – Gale Atteberry powiedział: *Bez tej długiej i szeroko nagłośnionej kampanii, Oregon w sposób nieświadomy zaakceptowałby nowe prawo, jego wady i całą resztę, a samobójstwo wspomagane po prostu wsiąkłoby w nasze życie. Głosy sprzeciwu ledwie zostałyby zauważone. Jednakże, dzięki kampanii, śmiertelne zagrożenia, jakie to prawo niesie, znane są wszystkim. Dzięki tej wiedzy samobójstwo wspomagane będzie stosowane po większym zastanowieniu, a w wielu przypadkach nie dokona się wcale. Na skutek kampanii Towarzystwo Medyczne w Oregonie przeszło od neutralności do opozycji. Dzięki kampanii, ci którzy w środowisku medycznym sprzeciwiają się samobójstwu z asystą, zjednoczyli się, a ich głos został usłyszany. Lekarzy „niezdecydowanych” zachęcano do tego, aby nie uczestniczyli w przedsięwzięciu. Dzięki kampanii istnienie hospicjów oraz możliwości kontrolowania bólu są dobrze znane w Oregonie i będą wykorzystywane jako alternatywa w innych przypadkach. Na skutek kampanii lekarze zostali wezwani, aby być bardziej wrażliwi na prawdziwe potrzeby terminalnie chorych pacjentów.*

Kilka dni po potwierdzeniu wyników głosowania, które zdawałoby się zalegalizowało samobójstwo z asystą lekarza, miało miejsce wydarzenie, które jednoznacznie uniemożliwiło wprowadzenie w życie tego nowego prawa. Była to decyzja Biura Federalnego w Waszyngtonie. W ramach rządu, pod nazwą *Drug Enforcesment Administration* (DEA), działa apolityczna, medyczna instytucja, która wydaje lekarzom licencje na stosowanie narkotyków w procesie leczenia. Każdy praktykujący lekarz musi złożyć do DEA wniosek i otrzymać roczne zezwolenie na wypisywanie recept na morfinę i inne kontrolowane substancje. Kiedy przywilej ten, zdaniem DEA, wydaje się być nadużywany, zarzut ten może być (i ostatecznie jest) powodem dla anulowania licencji dla lekarza lub farmaceuty, ponieważ to samo odnosi się również do farmaceutów. Odebranie licencji nie przebiega jak proces kryminalny, który wymaga niekwestionowanych dowodów podczas długotrwałego przewodu sądowego. Jest to czynność administracyjna, a podejrzany o wykroczenie lekarz czy farmaceuta jest tak długo winny, aż nie udowodni swojej niewinności.

To właśnie na mocy tych uprawnień DEA, krótko po przyjęciu nowego prawa w Oregonie, wydała informujące zarządzenie, które wyraźnie stwierdza, że jeśli lekarz przepisze śmiertelną dawkę narkotyku w celu udzielenia pacjentowi pomocy przy dokonaniu samobójstwa, automatycznie zostaje mu odebrana licencja. Zgodnie z prawem w Oregonie, na recepcie musi znajdować się pisemna adnotacja, podająca powód przepisania śmiertelnej dawki leku. Farmaceuta, otrzymujący taką receptę, nie tylko może zgodnie z sumieniem odmówić wydania leku, lecz jak ogłosiła DEA, w przypadku wydania go traci swoją licencję. Zarządzenie to jest zgodne z federalnym przepisem prawnym – ustawą o substancjach kontrolowanych. W efekcie całkowicie anulowało to możliwość praktycznego stosowania tego nowego prawa w Oregonie.

Kongres Amerykański – Izba Reprezentantów i Senat – wcześniej uchwalił ustawę zabraniającą wykorzystywania funduszy federalnych w ramach jakiegokolwiek programu wspierającego samobójstwo w asyście przez lekarza. Została ona uchwalona prawie jednomyślnie w obu Izbach. W chwili obecnej podejmowane są w Kongresie Amerykańskim kroki, które poprzez federalny przepis prawny będą mogły wesprzeć zarządzenie wydane przez DEA.

## **A zatem**

Na pierwszy rzut oka zdawało się, że nowe prawo w Oregonie może być punktem zwrotnym, prowadzącym do legalizacji samobójstwa wspomaganego w innych miejscach. Powagi dodawał fakt, że prawo to zostało ostatecznie uchwalone już po tym, jak Parlament Australijski zmienił pro-eutanazyjne prawo przyjęte wcześniej przez tzw. Terytorium Północne, po decyzji Amerykańskiego Sądu Najwyższego, opisanej w rozdziale X i po całym związanym z tym wydarzeniem doświadczeniu, a także w obliczu coraz większego rozluźnienia ograniczeń, dotyczących bezpośredniej eutanazji w Holandii. To wszystko zdawało się wskazywać, że będzie to wydarzenie brzemiennie w skutki.

Jednakże po dokładnym zbadaniu sprawy, wydarzenie to można raczej zakwalifikować jako odosobnione. Wiele uwarunkowań, które doprowadziły do takiego wyniku głosowania, nie powtórzy się w innych stanach czy państwach. Możemy przyjrzeć się tamtejszej sytuacji, ale w jej unikalnym kontekście.

Znacznie bardziej istotne w badaniach nad rozwojem *kultury śmierci* są obecnie: dalsza analiza postępującej destrukcji, jaka ma miejsce w Holandii, zapoznanie się z godną uwagi, całkowitą zmianą decyzji Komisji Brytyjskiej Izby Lordów oraz zmianą australijskiego prawa dla Terytorium Północnego, a także poznanie niezbitych i znakomitych argumentów przedstawionych przed Amerykańskim Sądem Najwyższym.

Oregońskie doświadczenie może pewnego dnia zostać uznane jedynie za tragiczne wydarzenie, a nie jak planowano za punkt zwrotny w historii, prowadzący do kosmicznych przemian. Jeśli pogląd ten zostanie uznany za pobożne życzenie autorów, niech i tak będzie. Życie pójdzie naprzód i nikt z nas nie jest w stanie dokładnie przewidzieć, co przyniesie przyszłość.

## **Dalszy ciąg wydarzeń**

Zarządzenie DEA na 7 miesięcy skutecznie uniemożliwiło realizację nowego prawa w Oregonie.

Później Prokurator Generalny USA – Janet Reno – orzekła, że to prawo federalne *nie jest w stanie zapobiec temu, aby lekarze nie pomagali terminalnie chorym pacjentom zakończyć ich życie*. I wówczas nowa ustawa weszła w życie.

Wprowadzono już wiele poprawek do tej kontrowersyjnej ustawy i nadal planuje się nowe dla jej sprecyzowania i skorygowania. Dotyczą one m. in.: zakazu finansowania samobójstwa z asystą z funduszu podatników, sprecyzowania wymagań związanych z zamieszkiwaniem w danym stanie, przymusowego badania psychiatrycznego, zakazu dokonywania tego rodzaju samobójstwa w samotności, zakazu wykonywania tego w miejscach publicznych oraz zezwolenia szpitalom katolickim oraz innym instytucjom karania lekarzy, którzy dopuszczają się asystowania przy samobójstwie na ich terenie.

Oregoński Plan Zdrowia zawiera finansowanie śmiertelnych preparatów. Równocześnie ten sam plan ogranicza swoje dotacje na leki antydepresyjne i przeciwbólowe, ogranicza usługi dotyczące zdrowia psychicznego, a także spycha na dalszy plan domową oraz hospicyjną opiekę paliatywną.

Rezultaty rocznego funkcjonowania nowego prawa w Oregonie są następujące: 23 pacjentów otrzymało recepty, z czego 15 skorzystało z nich i zmarło. Sześciu lekarzy odmówiło prośbie pacjentów i pacjenci musieli szukać innych chętnych lekarzy. Tylko w jednym przypadku za przyczynę podano ból. Raport w *New England Journal of Medicine* z 18 lutego 1999 r. przyznaje, że nie można sprawdzić przypadków, które nie są ujęte w raportach. Konsultacja psychiatryczna jest nieobowiązkowa i tylko 6% oregońskich psychiatrów czuło się na siłach, aby decydować o wydaniu zgody na samobójstwo już po pierwszej wizycie, podczas gdy wszyscy zgadzają się, że większość lekarzy nie jest kompetentna do diagnozowania depresji. Potępiono również szeroką tajność gwarantowaną prawem, a związaną z całym przedsięwzięciem.

Jeden z pacjentów potrzebował aż 11,5 godziny, aby umrzeć. W innym przypadku pacjentowi *pomógł umrzeć* jego krewny. Osoba, która udzieliła *pomocy* nie została pociągnięta do odpowiedzialności karnej. Główną przyczyną prośb o przyspieszenie śmierci był strach przed utratą osobistej autonomii lub jej rzeczywista utrata oraz brak kontroli nad funkcjami ciała. Osoby walczące o prawa dla niepełnosprawnych wskazują, że wraz z podobnym myśleniem, tego rodzaju samobójstwa, dobrowolne czy też wymuszone, częściej będą wycelowane w starych i niedołączonych ludzi niż terminalnie chorych. Wszelkie informacje o pacjentach, którzy zdecydowali się na takie samobójstwo, pochodzą od lekarzy, którzy w nim uczestniczyli; w jednym przypadku od lekarza, który był już trzecim z kolei i który po dwóch i pół tygodnia od rozpoczęcia leczenia zdecydował się pomóc w samobójstwie pacjentki. W żadnym przypadku nie dokonano sekcji zwłok.

Wiedząc, że w skali kraju 95% osób popełniających samobójstwa cierpi na depresję, która jest uleczalna, warto zauważyć, że spośród 23 osób, które otrzymały śmiertelne recepty, tylko 4 pacjentów skierowano na badania psychologiczne lub psychiatryczne.

Fakt, że prawo jest bardzo niejasne, wydaje się oczywisty. Nie ma żadnych prawdziwych, jak i skutecznych zabezpieczeń dla tych, którzy cierpią na depresję kliniczną. Jeśli lekarz leczący danego pacjenta odmówi pomocy w samobójstwie, ponieważ jego zdaniem pacjent jest w depresji, pacjent może po prostu udać się do innego lekarza, zwolennika tego typu samobójstwa, który podejmie inną

decyzję i pomoże pacjentowi się zabić.

Podsumowując, z powyższego jasno wynika, że informacja na temat funkcjonowania nowego prawa jest niedostatecznie potwierdzona, ponieważ lekarze, którzy uczestniczą w zabijaniu pacjentów są naszym jedynym źródłem informacji. Całe przedsięwzięcie jest wysoce niejasne przy równoczesnych brakach realnej kontroli.

## Jack Kevorkian

Człowiek ten jest obecnie w więzieniu, skazany na 10-25 lat za morderstwo drugiego stopnia oraz dodatkowo 3-7 lat za nielegalne dostarczenie pacjentowi objętego kontrolą narkotyku. Jack Kevorkian, były patolog, utracił swoją lekarską licencję. Uczestniczył w uśmierceniu 130 pacjentów; przed sądem oskarżono go o uśmiercenie pięciu z nich, ale w żadnym przypadku sędziom nie udało się go skazać.

Jednak w listopadzie 1998 r. w programie telewizyjnym pokazano, nagrany na wideo film, ukazujący jak Kevorkian podaje śmiertelny zastrzyk kalekiemu mężczyźnie i zabija go. Oskarżono go ponownie i w wyniku rozprawy skazano. Słowa sędziny były dobitne, nie wspominały o prawie pacjenta, wyborze czy litości: *Mieliśmy tu do czynienia z bezprawiem. Mieliśmy do czynienia z brakiem szacunku wobec społeczeństwa, które istnieje dzięki sile systemu prawnego. Nikt, proszę Pana, nie jest ponad prawem. Nikt. Nie posiadał Pan licencji na wykonywanie zawodu lekarza, kiedy popełnił Pan to przestępstwo; nie posiada jej Pan od ośmiu lat. Miał Pan czelność pokazać światu w publicznej telewizji, czego Pan dokonał i prowokować system prawny, aby powstrzymał Pana. No cóż, niech Pan przyjmie do wiadomości, że już dłużej nie może Pan tego czynić. Amerykańska opinia publiczna wyraźnie odrzuca zabójstwo, jako sposób rozwiązywania problemów medycznych. Tak naprawdę, najbardziej jednoznaczne głosowanie, o jakim wiadomo na temat samobójstwa wspomaganego, zdarzyło się właśnie tutaj – w stanie Michigan ostatniej jesieni (listopad 1998) przy klęsce Propozycji B 71% do 29%. Wraz z wyrokiem wobec Pana, obywatele stanu Michigan po raz kolejny zapewniają cały naród o swoim zdrowym poglądzie, odrzucającym uśmiercanie jako odpowiedź na chorobę czy kalectwo – powiedziała sędzia Wagner. Ludzie dobrej woli powinni zjednoczyć się w celu polepszenia opieki nad naszymi chorymi: zastosowania istniejących technik ulgi w bólu wobec potrzebujących pacjentów, wykrycia i leczenia depresji oraz upadku ducha wśród ludzi walczących z chorobą, wspierania opieki hospicyjnej dla rodzin potrzebujących.*

Jack Kevorkian jest dziwnym człowiekiem. Będąc jeszcze praktykującym lekarzem, ciągle demonstrował swoją obsesję na punkcie śmierci i umierania. Chciał otwierać ośrodki zajmujące się eutanazją. Chciał pobierać organy od skazanych więźniów. Wiele mówią o nim obrazy, które malował. Jeden z nich przedstawia kwiat wyrastający z oczodołu czaszki, której dolna szczeka jest zwichnięta. Inny przedstawia mężczyznę, którego mózg oraz kręgosłup zostały usunięte z ciała i wiszą nad nim w formie łańcuchów. Kevorkian namalował jeszcze inne równie groteskowe obrazy.

Ofiary, które uśmiercił były samotne, nie miały rodzin, które mogłyby je wesprzeć.

Według Wesley Smith z *The Weekly Standard*: *Żadna z osób, którym Kevorkian pomógł umrzeć, nie miała silnych bólów, większość była niedołężna i w depresji, 80% nie było terminalnie*



*chorych, a dwoje lub więcej nie było w pełni władz umysłowych.*

Według agencji *Detroit Free Press*: *Przeważająca większość ofiar Kevorkiana to ludzie niepełnosprawni, którzy nie byli terminalnie chorzy. Przyczyną szukania pomocy u Kevorkiana był m. in.: strach, że z powodu niewystarczającej opieki medycznej będą zmuszeni przenieść się do domu opieki, opuszczenie przez przyjaciół i rodzinę, utrata opieki nad dzieckiem, romans męża z inną kobietą.*

Grupy zajmujące się prawami ludzi niepełnosprawnych przez całą noc czuwały przed budynkiem sądu. Jedna z grup *Not Dead Yet* (Jeszcze nie Umarli) – nazwała Kevorkiana *socjopatycznym mordercą, który wykazuje całkowitą pogardę dla prawa*. Miała ze sobą kilim zrobiony ze 130 kwadratów. Jej przedstawiciele mówili *Dajcie mu dożywocie, to więcej niż on dał swoim ofiarom*.

Niektórzy obserwatorzy twierdzą, że Kevorkian pomógł ruchom promującym eutanazję z powodu rozgłosu, który wywołał. Inni uważają, że im zaszkodził, wyraźnie demonstrując, w jaki sposób niekontrolowane zabijanie może szybko przeistoczyć się w wielkie nadużycia.

# ROZDZIAŁ XI

## ROZWIĄZANIE – PEŁNA TROSKI OPIEKA

Przedmiotem naszych rozważań nie są tutaj przypadki nagłej śmierci, wypadki, udary, ataki serca. Sprawa dotyczy raczej tych osób, które umierają powoli. Przesłanie naszej dyskusji sprowadza się do stwierdzenia, że **samobójstwo nie jest rozwiązaniem. Jakie wobec tego są rozwiązania?**

Po pierwsze, trzeba przyznać realistycznie, że śmierć z niewielkimi wyjątkami, jest trudna. Zwykle nie jest ładna. Bywa nieprzyjemna, przykra i bardzo często trudna. Jednakże każdy człowiek musi pewnego dnia z nią się spotkać. Osobami tymi mogą być któregoś dnia Twoi rodzice, Twój współmałżonek, Twoje dzieci lub wnuki, Twoi drodzy przyjaciele, ukochane osoby, no i oczywiście pewnego dnia także Ty. Naszym celem jest, o ile to możliwe, uczynienie tego przejścia jak najbardziej komfortowym, znaczącym, satysfakcjonującym i spokojnym. Pragniemy również, aby ludziom z otoczenia umierającego pozostały dobre, pełne miłości wspomnienia oraz poczucie spokoju i akceptacji.

Czy jest to łatwe? Raczej nie. Ale można to zrobić i dla własnej korzyści powinniśmy spróbować. Większość ludzi zna etapy, przez które przechodzi osoba, znająca werdykt o nadchodzącym kresie swojej ziemskiej egzystencji. Wspaniale, jeśli wokół znajdują się osoby, na które może liczyć – najlepiej współmałżonek, dzieci, rodzina – lub może przyjaciele albo przynajmniej odpowiednio wykwalifikowane osoby w hospicjach lub innych podobnych instytucjach. To właśnie z ich strony powinno nadejść wsparcie, w momencie, gdy chory powoli przyzwyczaja się i akceptuje nową rzeczywistość, która nadchodzi.

Strach, depresja, złość, rozpacz, osamotnienie są tylko częścią całego procesu. Z całą pewnością symptomy natury fizycznej oraz ból wzmagają te uczucia, co szerzej omówiliśmy już wcześniej. Zespół lekarski powinien czuwać nad tym, aby pacjent czuł się jak najlepiej pod względem fizycznym. Ale to chyba jest sprawą najłatwiejszą. Znacznie trudniejsze, lecz najczęściej najbardziej pożądane zadanie, stoi jeszcze przed nami. Z pomocą i wsparciem innych umierający może wznieść się ponad uczucie gniewu i dojść do punktu, w którym akceptuje zbliżającą się śmierć i przestaje obawiać się utraty osobistej kontroli nad swoim istnieniem. Zarówno mężczyzna typu *macho* jak i niezależna, wyemancypowana kobieta, muszą zaakceptować fakt, że są zależni od innych, choć często jest to dla nich zupełnie nowe doświadczenie. W przeszłości nigdy nie pozwolili sobie na zależność od drugiego człowieka.

W takiej chwili może pojawić się poczucie bezużyteczności – świadomość, że stanę się dla innych ciężarem oraz przenikliwy, ciągły strach przed powoli, choć nieubłaganie, zbliżającym się innym rodzajem egzystencji.

Jak wobec tego dalej żyć? Uciekać w milczenie, chować się przed światem? Rozpaczać? Miejmy nadzieję, że nie. Tyle jeszcze można zrobić, zanim każdy z nas umrze. Nikt z nas nie prowadził idealnego życia. Popelnialiśmy błędy i robiliśmy wiele rzeczy, których potem żałowaliśmy. Najczęściej, działania te były skierowane lub bezpośrednio dotyczyły najbliższych nam osób – małżonka, rodzica, dziecka, rodzeństwa, bliskiego przyjaciela czy kogoś, kto kiedyś był nam bliski.

Każdy z nas zostawia za sobą ludzi, których zranił oraz swoje własne rany – nieporozumienia, oburzenie, ukryty gniew.

W ciągu naszego życia często w różnorodny sposób otrzymujemy opiekę, pomoc, mnóstwo przysług, od tych, którym na nas zależało, od tych, którzy z nami pracowali i od tych, którzy nas kochali. Jak często mówiliśmy tym ludziom dziękuję?

Oczywiście, w tym momencie istnieje również potrzeba wykonania pewnych praktycznych ustaleń – jak dana osoba chce rozdysonować swoje ziemskie dobra? Chodzi tu oczywiście o sprawy finansowe, ale nie tylko. Co zrobić z tą chińską porcelaną, która zawsze tak podobała się córce, ze starą laseczką taty, z pianinem, biżuterią (wartościową lub nie), z innymi pamiątkami rodzinnymi czy zawodowymi. Osoba umierająca nie będzie ich już potrzebować. Teraz nadszedł czas, aby obdzielić nimi swoich bliskich.

Bez wątpienia dla wielu albo dla większości istnieje w tym momencie potrzeba duchowego nawrócenia, przemyśleń, modlitwy, pojednania się z Bogiem.

Dużo ludzi ma nadzieję, że odejdą szybko. Jednakże wielu z tych, którzy opiekowali się śmiertelnie chorymi, nie podziela tego poglądu. My dostrzegamy wartość tego szczególnego okresu. Osoby, które zetknęły się z opieką hospicyjną, znają być może jej pięciopunktowy kodeks. Jest to dobre ukazanie, jak mogą wyglądać ostatnie chwile człowieka. Hospicja nazywają to *pięcioma sprawami, które kończą związki [ze światem]*. Oto one:

***Przebaczam ci – przebacz mi – dziękuję – kocham cię – do widzenia.***

Opieka hospicyjna (i jej różnorodne formy) odpowiednio, z miłością i profesjonalnie zrealizowana, stanowi bez wątpienia odpowiedź współczesnego społeczeństwa na eutanazję. Hospicjum to zwykle budynek, instytucja, ale jego służba nie ogranicza się do czterech ścian. Opieka hospicyjna obejmuje domy rodzinne, wizyty w domach opieki i inne miejsca, nie tylko cztery ściany instytucji. Hospicjum to dobre miejsce, aby umierać. Sterylny szpital nie jest najczęściej przyjemnym miejscem do umierania. W szpitalu jest często głośno, lampy nigdy nie gasną, pacjent obok nie pozwala zasnąć, wciąż każą mierzyć temperaturę, sprawdzają ciśnienie krwi lub każą jeść. Istnieją problemy z godzinami odwiedzin, itd.

Hospicjum zapewnia warunki zbliżone do idealnej sytuacji umierania w domu. W hospicjum nie ma heroicznych wysiłków, aby przedłużyć życie. Kiedy życie w sposób naturalny gaśnie i umyka, tam jest to akceptowane, nie walczy się z tym. W hospicjum istnieje możliwość kontrolowania bólu. O to przede wszystkim tam się troszcą.

Godziny odwiedzin w hospicjum to dowolny czas, gdy Twoi ukochani chcą do Ciebie przyjść. Mają prawo zostać tak długo jak chcą. Odwiedzający mogą i powinni uczestniczyć w opiece nad pacjentem, która obejmuje karmienie, mycie, oliwkowanie, nacieranie, śpiewanie, rozmowę, modlitwę, słuchanie. Jest to miejsce, do którego mogą przyjść wnuki i przyprowadzić swoje zwierzątko domowe. Jest to miejsce, gdzie ksiądz nie musi wciskać się w napięty plan zabiegów przy nieprzychylnej tolerancji personelu. W hospicjum jest traktowany jako integralna część całego zespołu. Jest to miejsce, z którego pacjent może pójść do domu, jeśli jego stan na jakiś czas się

poprawi.

Hospicjum zapewnia opiekę zespołową – lekarzy, zawodowych pielęgniarek oraz pracowników społecznych, kapłanów, fizjoterapeutów, a przede wszystkim proponuje dar uwagi. Czy zabiegana, zapracowana pielęgniarka szpitalna ma czas, aby usiąść przy łóżku i porozmawiać lub co ważniejsze wysłuchać pacjenta? Rzadko. W hospicjum to jest jej praca. Czasem okazuje się, że dany pacjent ma w odległym mieście brata, z którym od dawna nie rozmawiał, a nie posiada bliskiej rodziny, która mogłaby go z nim skontaktować. W szpitalu najprawdopodobniej nic by nie zrobiono w tej sprawie. W hospicjum jest to naturalna sprawa, dla tych którzy tam służą. Skontaktują się z bratem i poproszą, aby jak najszybciej przyjechał, odwiedził, porozmawiał, pobyl z siostrą, która umiera.

Wszystkie opisane i zasygnalizowane w tym rozdziale działania leżą, mówiąc górnolotnie, w założeniach hospicjum. Nacisk na życie z godnością aż do śmierci, specjalna i pełna współczucia prawdziwa troska o pacjenta w formie wielowymiarowej – na poziomie fizycznym, emocjonalnym i duchowym – oto fundamentalna zasada istnienia hospicjum. Jeśli macie w pobliżu hospicjum, jesteście szczęściarzami. Jeśli nie, być może zaangażujecie się w stworzenie hospicjum w Waszej okolicy. Jeśli nie, wówczas być może każdy z Was, kiedy nadejdzie taka sytuacja, będzie starał się stworzyć jednoosobowe hospicjum dla ukochanej osoby, która umiera.

Mając nadzieję, że taka opieka będzie dla nas dostępna, przyjrzyjmy się jeszcze, w jaki sposób czas umierania może stać się okresem ubogającym i satysfakcjonującym.

Znaczący rozwój osobowy może mieć miejsce zarówno w okresie zbliżania się do momentu śmierci jak i dosłownie podczas umierania. W tym sensie, umieranie może być dla pacjenta czasem osobistego spełnienia, a także dla tych, którzy go otaczają.

Może to być czas, aby doprowadzić do końca takie historie jak te:

**Syn** od dawna jest skłócony z ojcem i jego zdaniem ma do tego ważny powód. Ojciec jest bliski śmierci. Syn odwiedza ojca i zapominając, kto był winien, mówi ojcu, że go kocha i prosi o przebaczenie, ponieważ on sam nie miał racji. Zwykle w takiej sytuacji ojciec przytula nawet tego, którego uważał za syna marnotrawnego. Taka wymiana miłości, często we łzach, uwalnia ich obu od emocjonalnego bagażu, długo skrywanego gniewu i urazy, a także pomaga zmyć poczucie winy.

**Dziadek** może zgromadzić wokół siebie wnuki i opowiedzieć im historie ze swojego życia, z dzieciństwa, wieku dorastania, jak spotkał babcię, jak się do niej zalecał i jak wyglądało ich małżeństwo, może przypomnieć szczegóły związane z narodzinami i wychowaniem swoich dzieci – rodziców tych dzieci. Tego rodzaju opowiadania, często słyszane przez te małe latorośle po raz pierwszy, nie zostaną zapomniane. Są one pomostem do przeszłości, międzypokoleniowymi więzami krwi oraz powodem dumy z *posiadania* takiego dziadka. To także tworzy pozytywny i pełen miłości przykład dotyczący roli dziadka dla rodziców tych dzieci oraz dla samych dzieci. To dziadek może i powinien odgrywać rolę łączącą pokolenia, rolę którą być może każdy z uczestników tego wydarzenia też będzie któregoś dnia odgrywał.

**Rozwódka**, która dawno zerwała kontakt z mężem, niesie ze sobą, podobnie jak i mąż, ciężar goryczy związany z bolesnym doświadczeniem separacji. Choć oboje (przez większość czasu) nie

mówili o tym, co czują i w pełni stłumili swoje uczucia, zwykle pozostaje pewien żal, że być może nie zrobili wszystkiego, co było można, aby uratować związek, a nawet poczucie wstydu, że zrobili lub powiedzieli coś, co doprowadziło do tego rozstania. To wszystko, schowane głęboko, często doprowadza do blokady emocjonalnej. Jeśli owa kobieta odwiedzi umierającego męża, obejmie go, powie, jak wspomina początek ich miłości i że coś z tego nadal pozostaje w jej sercu, przeprosi za to, co bolało i poprosi o przebaczenie, prawie na pewno runie ściana, która ich dzieliła. On przygarnie ją, przebaczy i odpowie z głębi serca. W owej chwili upadają wszelkie fasady, misternie budowane wraz z upływem czasu fortyfikacje dumy i samousprawiedliwienia. Ten wzruszający moment często przynosi taki skutek, że on może umrzeć w pokoju, a ona wiedząc o tym może wrócić do swego życia z lżejszym sercem, spokojniejszym sumieniem, bez ciężaru na duszy i z pokojem w sercu.

**Może** być to czas rachunku sumienia i żalu w poczuciu winy i grzechu; czas dzielony z księdzem, który w sakramencie pokuty udziela rozgrzeszenia. Czas ten może być dzielony z zaufanym przyjacielem. Jest to czas otwarcia zamkniętego sumienia i wyczyszczenia go, ze wszystkiego co nie było zgodne z Bożymi przykazaniami.

**Kolejny** przykład pochodzący z najnowszych czasów może dotyczyć syna, który opuścił rodzinę, aby żyć jako homoseksualista. Zachorował na AIDS i wraca do domu, aby tam umrzeć. Mamy nadzieję, że rodzina przyjmie go i przebaczy, z miłością i troską. Może to być okazja do poproszenia o zrozumienie i przebaczenie ze strony tych, których opuścił. Czas dzielący go od śmierci jest dla niego oraz jego rodziny szansą doprowadzenia do pojednania, dzielenia się miłością i pokojem.

**W przypadku** wszystkich takich pojednań może to być czas na rozmowy w cztery oczy, słuchanie, wyjaśnianie, zrozumienie i dzielenie się. Może to być czas szczerzej wymiany uczuć, wyjaśnień – dlaczego i jak to się stało, a następnie wspólnego zrozumienia, że to co było, tak naprawdę nie ma teraz znaczenia. Jest to czas przeznaczony na 5 aktów zawartych w Kodeksie Hospicyjnym, które w różnym stopniu mogą być powtarzane z bliskimi, z którymi dochodzi do spotkania.

**Wspomnienia** to potężna rzecz. Towarzyszą nam przez całe nasze życie. Nosimy w sobie często wspomnienia złe, gorzkie, pełne gniewu. Nie jest dobrze chować je w sobie. Znacznie lepiej jest pozwolić im wyjść na powierzchnię w atmosferze miłości, a wówczas wzajemne przebaczenie stosunkowo łatwo osiągnąć. Kiedy odrzucimy wszelkie obciążenia – związane z pieniędzmi, pozycją, władzą, dumą – na dnie pozostają najważniejsze sprawy – nasze stosunki z ludźmi, najpierw z tymi, z którymi jesteśmy związani więzami krwi, z tymi, których kochaliśmy, z tymi, którzy są dla nas najbliżsi. Dużo lepiej jest przechowywać dobre wspomnienia niż złe.

## Konkluzja

Autor oraz inne osoby, którym leży na sercu dobro ludzi umierających, mają nadzieję, że każdy z Was, kiedy stanie w obliczu śmierci bliskiej osoby, będzie próbował sprawić, aby te ostatnie tygodnie i dni stały się czasem, który będziecie dobrze wspominać, czasem spełnienia, czasem, który jest przeznaczony na pięć aktów:

*Przebaczam ci... przebacz mi... dziękuję... kocham cię...*

*do widzenia*

# BIBLIOGRAFIA

*A Grave Danger – Physician Assisted Suicide*, reprint „duguesne Law Review”, vol. 38, nr 1, Pittsburgh 1996.

B y o c k Ira, *Dying Well – The Prospect for Growth at the End of Life*, Hardbound 1997. Autorka jest dyrektorem medycyny, przewodniczącą Amerykańskiej Akademii ds. Hospicjum i Medycyny Paliatywnej. Książka zawiera wzruszające przykłady pełnej troski opieki.

H e n d i n Herbert, *Seduced By Death – Doctors, Patients & the Dutch Cure*, Hardbound 1996, Autor jest doktorem medycyny, dyrektorem wykonawczym Amerykańskiej Fundacji ds. Samobójstwa.

*Issues in Law & Medicine, Verbatim*, zebrane przez Richarda Colesona, w „The Glucksberg & Quill Amicus Curiae Briefs”, JD, vol. 13, Nr 1, summer 1997,

J o h n s t o n Brian, *Death As A Salesman – What’s Wrong With Assisted Suicide*, New Regency Publishing, 1994; szeroka analiza przypadku Kevorkiana i jego ofiar.

M a r k e r R., *Deadly Compassion*, W. Morrow & Co., 1993; szczegóły dotyczące Hemlock Society, Derka Humphrey’a i śmierci Ann Humphrey.

T a d a J. E., *When Is It Right To Die?*, Zondervan 1992; książka napisana przez chrześcijankę, która jest niepełnosprawna.

*The Threat of Euthanasia*, Hilversum 1996. Protokoły z Pierwszej Międzynarodowej Konferencji nt. „Zagrażającej Życiu Eutanazji w Holandii i Za Granicą”.

*When Death Is Sought – Assisted Suicide & Euthanasia in the Medical Context*, New York 1994.

## Rozdział II

- <sup>1</sup> Zob. J. R a c h e l s, *The End of Life* 77, wyd. 1986 (tu przyznano, że eutanazja w mniejszym stopniu dotyczy autonomii, a bardziej społecznego rozpoznania, że pewne istoty ludzkie nie posiadają na tyle atrybutów ludzkich, aby dalej żyć); P. S i n g e r, *Bioethics and Academic Freedom*, w: „Bioethics” 1990; J. H a r r i s, *Euthanasia and the Value of Life*, w: „Euthanasia Examined: Ethical, Clinical and Legal Perspectives” nr 6, 1995.
- <sup>2</sup> P. G. D e r r, *8 Issues in Law & Medicine*, s. 488. Zob. także: P r o c t o r, *Racial Hygiene*, ss. 282-83; L i f t o n, *The Nazi Doctors*, s. 45-51; Burleigh, *Death and Deliverance*, ss. 11-20.
- <sup>3</sup> P r o c t o r, *Racial Hygiene*, ss. 178-79.
- <sup>4</sup> F. W e t h a m, *The Geranium in the Window*, w: *Death, Dying & Euthanasia*, wyd. D. Horan & D. Mall, 1980, s. 610-611; L i f t o n, *The Nazi Doctors*, ss. 45-58.
- <sup>5</sup> P. G. D e r r, *8 Issues in Law & Medicine*, s. 232.
- <sup>6</sup> *Tamże*, s. 247-49. Jeśli chodzi o tę ostatnią grupę, Binding wyraził wątpliwość, że można stworzyć standardową procedurę do zorganizowania tego rodzaju zabójstw. W niektórych przypadkach zabijanie będzie w pełni sprawiedliwione, jednakże może się też zdarzyć, że wykonawca czynności, z przekonaniem, iż działał właściwie, zadziałał pochopnie. *Tamże*, s. 250.
- <sup>7</sup> *Tamże*, s. 258.
- <sup>8</sup> Generalnie eutanazja opisywana przez Bindinga i Hoche’a oraz ich niemieckich poprzedników charakteryzowała się czynnikiem społecznym i statystycznym, który odróżniał ją od amerykańskiej tradycji praw człowieka, ku której skłania się obecny ruch promujący eutanazję. (Zob. L i f t o n *The Nazi Doctors*, s. 47.) Jednakże to rozróżnienie może być bardziej widoczne w teorii niż w praktyce. Współcześni zwolennicy eutanazji nie opierają się wyłącznie na autonomii tych, których życie zostanie zakończone, ale na twierdzeniu, że osoby te przestały już „żyć”. (Zob. R a c h e l s, *The End of Life* 77; P. S i n g e r, *Bioethics and Academic Freedom*; H a r r i s, *Euthanasia and the Value of Life*.) Co więcej, w Holandii większość zgonów wspomaganych przez lekarza odbywa się bez wyraźnej prośby pacjenta. Zob. Amerykańska Fundacja ds. Samobójstwa, *Amicus Curiae*, nr 96-110.
- <sup>9</sup> P. G. D e r r, *8 Issues in Law & Medicine*, s. 262. Jeśli chodzi o trzecią kategorię, Binding uważał, że właściwymi kandydatami do niej są ci, którzy *prosilili [o eutanazję] lub zgodzili się na nią, jeśli w krytycznym momencie nie stracą świadomości albo jeśli będą w stanie osiągnąć świadomość sytuacji*. (P. G. D e r r, *8 Issues in Law & Medicine*, s. 250)
- <sup>10</sup> *Tamże*, w oryginale podkreślono.



- <sup>11</sup> *Tamże*, s. 252.
- <sup>12</sup> B u r l e i g h, *Death and Deliverance*, s. 24.
- <sup>13</sup> *Tamże*, s. 15.
- <sup>14</sup> *Tamże*, s. 21.
- <sup>15</sup> *Tamże*, ss. 21-22 (cytaty pominięto).
- <sup>16</sup> L i f t o n, *The Nazi Doctors*, s. 48.
- <sup>17</sup> *Tamże*, s. 22-44.
- <sup>18</sup> Zob. B u r l e i g h, *Death and Deliverance*, ss. 183-219.
- <sup>19</sup> *Tamże*, s. 204 (cytat z filmu).
- <sup>20</sup> *Tamże*, s. 201-05 (cytaty z filmów).
- <sup>21</sup> Jedną z osób zaangażowanych w programy zabijania przez lekarza był Alfons Klein – kierownik placówki w Hadamarze. Jego adwokat przedstawił ciąg wydarzeń prowadzących do morderstwa poprzez film pt. *Oskarżam*, gdzie problem eutanazji został przedstawiony w świetle uśmiercania z litości. Film ten był tylko wstępem do tego, co miało nadejść, ponieważ krótko po wybuchu wojny rząd uchwalił prawo, zgodnie z którym osoby chore umysłowo powinny zostać zlikwidowane (...). Od stycznia 1941 r. do lipca 1945 r. ponad 10 tysięcy niemieckich pacjentów psychiatrycznych zostało uśmierconych w samym tylko Hadamarze. (*The Hadamar Trial*, ss. 220-21). Obrońca pozwanego lekarza z Hadamaru, dr Adolfa Wahlmanna, opisywał, co wydarzyło się wśród elit Niemieckiego Stowarzyszenia Medycznego: w ważnych kręgach funkcjonowała opinia, że ludzie, których fizyczny i umysłowy poziom życia był tak niski, że ich życie nie było warte dalszej egzystencji i dla których nie było żadnej nadziei na wyzdrowienie, czy też uzyskanie zdolności do pracy, powinni po badaniu medycznym zostać usunięci, szczególnie kiedy stanowili ciężar dla bliskich i całego społeczeństwa... W Niemczech pogląd ten był przedstawiany publicznie poprzez książki i filmy. Stopniowo uznawały go coraz to szersze kręgi społeczeństwa. (*The Hadamar Trial*, s. 226)
- <sup>22</sup> Brandt, Międzynarodowy Trybunał Wojskowy w Norymberdze, ss. 877-880; K a m i s a r, *Non-religious Views*, od s. 470; G a l l a g h e r, *By Trust Betrayed*, s. 69. (Viktor Brack utrzymywał, że błogosławieństwo, jakim jest eutanazja powinno być zapewnione tylko [prawdziwym] Niemcom.)
- <sup>23</sup> P. G. D e r r, *8 Issues in Law & Medicine*, s. 494.
- <sup>24</sup> *Tamże*, s. 488-89. Błędem byłoby nazywanie tego programu nazistowskim. Nie był takim. Program został stworzony przez lekarzy i przez nich był realizowany. To oni mordowali. G a l l a

gher,*By Trust Betrayed*, s. 5.

<sup>25</sup> Gallagher, *By Trust Betrayed*, s. 60.

<sup>26</sup> Proctor, *Racial Hygiene*, s. 193; zob. także Gallagher, *By Trust Betrayed*, ss. 5, 46.

<sup>27</sup> Proctor, *Racial Hygiene*, s. 182.

<sup>28</sup> Tamże, s. 186; zob. także Burleigh, *Death and Deliverance*, ss. 93-96.

<sup>29</sup> Gallagher, *By Trust Betrayed*, s. 47; Proctor, *Racial Hygiene*, s. 186.

<sup>30</sup> A. Mitscherlich, *The Death Doctors*, 1962, s. 234.

<sup>31</sup> Burleigh, *Death and Deliverance*, s. 98. Niewielu rodziców wyrażało się tak jasno, jak kobieta, która poprosiła Ministerstwo Spraw Wewnętrznych o zabranie jej dwójki debilnych dzieci do azylu w Schleswig w celu dokonania eutanazji. Tamże, s. 102.

<sup>32</sup> Tamże, s. 111; Lifton, *The Nazi Doctors*, ss. 50, 56.

<sup>33</sup> Burleigh, *Death and Deliverance*, s. 93.

<sup>34</sup> H. Friedlander, *The Origins of Nazi Genocide: From Euthanasia to the Final Solution* ss. 171-72, 1995.

<sup>35</sup> Proctor, *Racial Hygiene*, s. 186.

<sup>36</sup> Tamże, s. 194.

<sup>37</sup> H. Friedlander, *The Origins of Nazi Genocide*, s. 300.

<sup>38</sup> *United States v. Brandt et al., Trials of War Criminals Before the Nuremberg Military Tribunals Under Control Council Law, No. 10*, Norymberga, październik 1946 – kwiecień 1947, Vol. II, s. 196.

<sup>39</sup> Proctor, *Racial Hygiene*, s. 193; Burleigh, *Death and Deliverance*, ss. 98-99.

<sup>40</sup> Proctor, *Racial Hygiene*, s. 193.

<sup>41</sup> Tamże, s. 190.

<sup>42</sup> Lifton, *The Nazi Doctors*, ss. 138-39.

<sup>43</sup> Lifton, *The Nazi Doctors*, s. 54; Burleigh, *Death and Deliverance*, s. 101. Szpitale te i instytucje opieki zdrowotnej znajdowały się w następujących miejscowościach: Wurtemberg,

Brandenburg, Hartheim, Sonnenstein, Hadamar, Leipzig-Dosen, Eglfing-Haar, Meseritz-Obrwalde, Tiegenhof, Langenhorn, Bernburg, Eichberg, Kalmenhof, Uchtsprunge, Konigslutter, Scheunern, Mainkofen, Am Steinhof i Kaufbeuren. (zob. H. F r i e d l a n d e r, *The Origins of Nazi Genocide*, ss. 87-89, 95, 152-53, 162.) Mordowanie było w sposób tajny kontynuowane w Kaufbeuren, Eglfing-Haar i kilku innych szpitalach również po zakończeniu wojny, przez kilka miesięcy, zanim siły sprzymierzone nie przejęły pełnej kontroli. (zob. G a l l a g h e r, *By Trust Betrayed*, ss. 249-50.)

<sup>44</sup> L i f t o n, *The Nazi Doctors*, s. 72.

<sup>45</sup> P r o c t o r, *Racial Hygiene*, ss. 189-90.

<sup>46</sup> L i f t o n, *The Nazi Doctors*, s. 71.

<sup>47</sup> *Introduction*, w: *The Hadamar Trial: Proceedings of a Military Commission for the Trial for War Criminals*, wyd. 1948, s. XXIV. Adwokat lekarza z Hadamaru, Adolfa Wahlmanna, podczas procesu o zbrodnie wojenne uporczywie twierdził, że: *Ogólnie rzecz biorąc zabijani byli ludzie cierpiący na trwałą chorobę, dla których całkowicie bezbolesna śmierć była ulgą.* (Zob. *The Hadamar Trial*, s. 228.) *Obłąkani ludzie są bezużyteczni dla społeczeństwa i zasadniczo nie odczuwają bólu. (...) Nieuleczalnie chorzy na gruźlicę muszą cierpieć straszny ból.* – dodał adwokat Heinricha Ruffa. *Tamże*, s. 233.

<sup>48</sup> *Tamże*, ss. 69-70.

<sup>49</sup> L i f t o n, *The Nazi Doctors*, s. 192; B u r l e i g h, *Death and Deliverance*, s. 160.

<sup>50</sup> *Wprowadzenie*, w: *The Hadamar Trial*, s. XXIV.

<sup>51</sup> L i f t o n, *The Nazi Doctors*, s. 255.

<sup>52</sup> *Tamże*, ss. 134-44; B u r l e i g h, *Death and Deliverance*, ss. 132-33.

<sup>53</sup> F r i e d l a n d e r, *The Origins of Nazi Genocide*, s. 150; L i f t o n, *The Nazi Doctors*, s. 142.

<sup>54</sup> A l e x a n d e r, *Medical Science Under Dictatorship*, „New England Journal of Medicine” 241, ss. 45-46.

<sup>55</sup> L i f t o n, *The Nazi Doctors*, s. 142.

<sup>56</sup> Dnia 20 stycznia 1942 r., prawie cztery lata od rozpoczęcia programu eutanazji dla Niemców śmiercią *Gnadentod* dziecka rodziny Knauer, na konferencji w Wannsee, w której brało udział 13 wysoko postawionych urzędników rządowych, zakończono prace nad projektem „Ostatecznego Rozwiązania Kwestii Żydowskiej”. (P r o c t o r, *Racial Hygiene*, s. 210; L i f t o n, *The Nazi Doctors*, s. 158.) Nawet wtedy, *na początku 1942 roku, szczegóły procedury zabijania nie były jeszcze jasne i nie zostały rozstrzygnięte aż do wiosny, kiedy to powstały* (na ziemiach okupowanych) w

*Polsce obozy z komorami gazowymi.* (L i f t o n, *The Nazi Doctors*, s. 158.)

<sup>57</sup> B u r l e i g h, *Death and Deliverance*, s. 277.

<sup>58</sup> *Tamże*, s. 100.

<sup>59</sup> *Tamże*, s. 277.

<sup>60</sup> Międzynarodowy Trybunał Wojskowy w Norymberdze, II: 139.

<sup>61</sup> *The Hadamar Trial*, s. 88.

<sup>62</sup> B u r l e i g h, *Death and Deliverance*, ss. 152, 160.

<sup>63</sup> *Tamże*, s. 289.

<sup>64</sup> Międzynarodowy Trybunał Wojskowy w Norymberdze, I: 66-71.

<sup>65</sup> A l e x a n d e r, *Medical Science Under Dictatorship*, s. 44. W ostatnim roku swego życia dr Alexander wykazał wyraźne związki pomiędzy doświadczeniami niemieckimi, które bardzo wnikliwie studiował, oraz staraniami o legalną eutanazję w Stanach Zjednoczonych: *Sytuacja jest podobna jak w Niemczech w latach dwudziestych i trzydziestych. Opór przed zabijaniem zmniejsza się.* (P. G. Derr, *The Real Brophy Issue*, „The Boston Globe” nr 15 [18 Nov. 1985]).

<sup>66</sup> *Tamże*.

<sup>67</sup> P. G. D e r r, *8 Issues in Law & Medicine*, s. 265.

<sup>68</sup> *Tamże*, s. 254.

## Rozdział VI

<sup>1</sup> Osobista rozmowa z autorem niniejszej książki.

<sup>2</sup> K. G u n n i n g, Przewodniczący Światowej Federacji Lekarzy Szanujących Życie, Rotterdam, 16 września 1997 r.

<sup>3</sup> K. H a a s n o o t, *Rozwój eutanazji w Holandii* – II Międzynarodowa Konferencja nt. Eutanazji, Hilversum, Holandia, 16-18 czerwca 1996 r.

<sup>4</sup> J. K e o w n, *Some Reflections on Euthanasia in the Netherlands*, w: *Euthanasia, Clinical Practice & the Law*, 1994, ss. 198-201.

<sup>5</sup> R. F e n i g s e n, „Rommelink”- Raport Holenderskiej Komisji Rządowej z dn. 10 września 1991 r., „Issues of Law & Medicine”, vol. 7, nr 3, (Winter) 1991, s. 339.

- <sup>6a</sup> P. V a n d e r M a a s, *Euthanasia... Netherlands 1990-95*, „New England Journal of Medicine”, vol. 335, nr 22, 1996, s. 1699-1705.
- <sup>6b</sup> G. V a n d e r W a l, *Evaluation of Notification Procedure*, „New England Journal of Medicine”, vol. 335, nr 22, 1996, s. 1706-1711.
- <sup>7</sup> H. H e n d i n, *Physician Assisted Suicide & Euthanasia in the Netherlands, Lessons from the Dutch*, „Journal of American Medical Association”, vol. 277, nr 21 1997, ss. 1720-1722.
- <sup>8</sup> Zob. J. K e o w n, *Some Reflections on Euthanasia...*
- <sup>9</sup> Osobista rozmowa z autorem niniejszej książki.
- <sup>10</sup> Assen Case, Dutch Supreme Court, czerwiec 1994.
- <sup>11</sup> C. G o m e z, *Regulating Death: Euthanasia and the Ease of the Netherlands*, 1991, s. 110.
- <sup>12</sup> Osobista rozmowa z autorem niniejszej książki.
- <sup>13</sup> Osobista rozmowa z autorem niniejszej książki.

## Rozdział VII

- <sup>1</sup> L. A. A l p e r s, B. L o, *Does It Make Clinical Sense To Equate Terminally Ill Patients Who Require Life-sustaining Interventions With those Who Do Not?*, „Journal of American Medical Association”, vol. 277, nr 21, 1997, ss. 1705-1708.
- <sup>2</sup> J. A n d e r s o n, *Pain Management, Challenging the Myths*, „Medical World News”, April 1992, s. 20.
- <sup>3</sup> E. R o b b i n s, *The Final Months*, 1991, s. 12.
- <sup>4</sup> B a r r a c l o u g h, *A Hundred Cases of Suicide*, „British Journal of Psychiatry”, nr 125, 1976, ss. 355-56.
- <sup>5</sup> E. P e l l e g r i n o, *Assisted suicide in Medical Ethics: in the Patient's Best Interest?*, Washington D.C. 1997.

## Rozdział VIII

- <sup>1</sup> Specjalna Komisja ds. Etyki Medycznej Brytyjskiej Izby Lordów.
- <sup>2</sup> *Raport Specjalnej Komisji ds. Etyki Medycznej Brytyjskiej Izby lordów*, Vol. I, London, 31 stycznia 1994. Fragmenty:

## DOBROWOLNA EUTANAZJA

236. Prawo do odmowy poddania się leczeniu jest bardzo odległe od prawa do proszenia o asystę przy umieraniu. Poświęciliśmy dużo czasu na rozważenie silnie argumentowanych i poważnie przedstawianych opinii tych świadków, którzy opowiadają się za dobrowolną eutanazją. Wielu z nas doświadczyło śmierci krewnych lub przyjaciół, których dni bądź tygodnie konania nie były pełne pokoju i wzniosłości; których ostatnie dni tak bardzo różniły się od ich dotychczasowego życia, że wydawało się nam, iż już straciliśmy ukochaną osobę, albo może widzieliśmy, że jest ona po prostu zmęczona życiem. Nasze myślenie w sposób nieuchronny jest kształtowane przez takie zdarzenia. Opowiadania o podobnych doświadczeniach, jakie usłyszeliśmy od indywidualnych reprezentantów opinii publicznej, były wyjątkowo poruszające, podobnie zresztą jak listy od osób, które same tęskniły za ulgą, jaką mogła przynieść wcześniejsza śmierć. Na nasze myślenie ma również wpływ pragnienie każdego człowieka, aby umierać łatwo i w pokoju, bez przedłużającego się cierpienia oraz opór przed uznaniem możliwości pojawienia się ciężkiej demencji czy zależności. Poświęciliśmy również sporo uwagi opinii profesora Dworkina, mówiącej, że jeśli chodzi o ludzi niewierzących, każdy człowiek najlepiej potrafi zdecydować, jaki rodzaj śmierci odpowiada życiu, jakie prowadził.

237. Jednakże ostatecznie nie zgadzamy się, aby te argumenty stanowiły wystarczający powód do osłabienia społecznego zakazu celowego mordowania. Zakaz ten jest przecież kamieniem węgielnym przepisów prawnych i stosunków międzyludzkich. W sposób bezstronny chroni on każdego z nas, ucieleśniając przekonanie, że wszyscy jesteśmy równi. Nie chcemy, aby ta ochrona została nadszarpnięta i dlatego też stwierdzamy, że nie powinny nastąpić żadne zmiany prawne zezwalające na eutanazję. Zdajemy sobie sprawę, że istnieją pojedyncze przypadki, w których eutanazja może niektórym wydawać się uzasadniona. Jednakże pojedyncze przypadki nie mogą stanowić podstawy dla polityki, która miałaby bardzo poważne i głębokie reperkusje. Co więcej śmierć nie jest jedynie sprawą osobistą i indywidualną. Śmierć jednej osoby wpływa na życie innych, często w taki sposób i do takiego stopnia, który trudno jest przewidzieć. Uważamy, że jeśli chodzi o sprawę eutanazji interes jednostki nie może być oddzielony od interesu społeczeństwa jako całości.

238. Jedną z przyczyn takiego wniosku jest fakt, że naszym zdaniem nie jest możliwe wytyczenie bezpiecznych granic dobrowolnej eutanazji. Niektórzy świadkowie powiedzieli nam, że zalegalizowanie dobrowolnej eutanazji jest pojedynczym krokiem, który nie musi mieć dalszych konsekwencji. Jednakże, jak stwierdziliśmy we wstępie, kwestie życia i śmierci nie poddają się ścisłym definicjom, a bez tego nie jest możliwe wyznaczenie odpowiednich zabezpieczeń wobec eutanazji niedobrowolnej, w przypadku legalizacji eutanazji dobrowolnej. Niemożliwe byłoby również zapewnienie, że wszystkie akty eutanazji będą rzeczywiście dobrowolne oraz, że prawo nie zostanie zliberalizowane. Co więcej, stworzenie wyjątku w ogólnym zakazie celowego mordowania nieuchronnie prowadziłoby do dalszego destrukcji tego zakazu, będącej wynikiem albo konkretnego planu, albo niedopatrzeń, albo po prostu czysto ludzkiej tendencji do sprawdzania zakresu jakiegokolwiek przepisu. Niebezpieczeństwa te są na tyle poważne, że naszym zdaniem jakiegokolwiek zezwolenie na dobrowolną eutanazję przyniosłoby znacznie poważniejsze problemy, niż te którym w chwili obecnej eutanazja ma przeciwdziałać. Strach przed tym, co niektórzy

nazywają *śliskim urwiskiem* może być sam w sobie niszczący.

239. Jesteśmy również zatroskani faktem, że ludzie słabi – starsi, samotni, chorzy czy zestresowani – mogą czuć, prawdziwą czy też wyimaginowaną, presję proszenia o wcześniejszą śmierć. Jesteśmy świadomi, że w większości przypadków, prośby będące wynikiem takiej presji czy też uleczalnej choroby depresyjnej byłyby rozpoznawane jako takie przez lekarzy i odpowiednio leczone. Mimo to, uważamy, że komunikat, jaki społeczeństwo wysyła do ludzi słabych i dotkniętych chorobą, nie powinien, nawet w sposób głęboko zawoalowany, zachęcać ich do szukania śmierci, a raczej zapewniać ich o naszej trosce i wsparciu dla ich życia.

240. Niektórzy ludzie, opowiadający się za dobrowolną eutanazją, kierowali się strachem, że życie ludzkie może być przedłużane uporczywymi zabiegami medycznymi, co dla pacjenta nie jest już korzyścią, lecz ciężarem. Jednakże w świetle jednomyślności co do okoliczności, w której zabiegi przedłużające życie mogą być przerwane lub wcale nie rozpoczęte, uważamy, że tego rodzaju lęki będą w coraz większym stopniu zanikać. Z radością witamy działania podjęte przez środowisko medyczne, mające na celu zapewnienie dokładniejszego nadzoru praktyk podejmowanych na oddziałach intensywnej terapii, co stanowi krok w kierunku zniechęcenia mniej doświadczonych lekarzy do zbyt inwazyjnych zabiegów.

241. Co więcej, istnieją wiarygodne dowody, dzięki znakomitym osiągnięciom ludzi pracujących w opiece paliatywnej, że w ogromnej większości przypadków można przynieść ulgę w bólu oraz rozpacz związanym z chorobą terminalną. Opieka tego rodzaju możliwa jest nie tylko w ramach hospicjum. Dzięki rozszerzającej się praktyce grup opieki domowej oraz szkoleniu lekarzy ogólnych, opieka paliatywna staje się coraz bardziej dostępna w ramach opieki zdrowotnej, w szpitalach oraz zakonach, chociaż nadal wiele pozostaje do zrobienia. Przy dobrej woli polityków opieka taka mogłaby stać się dostępna dla wszystkich, którzy jej potrzebują. Z pełnym przekonaniem zalecamy rozwój i rozbudowę różnych form opieki paliatywnej.

<sup>3</sup> Amerykańskie Stowarzyszenie Medyczne, Amerykańskie Stowarzyszenie Pielęgniarek, Amerykańskie Stowarzyszenia Psychiatryczne i in., *Oświadczenie w sprawie stan Waszyngton v. Glucksberg*, 12 listopada 1996, #96-110.

<sup>4</sup> *Tenże*, *Oświadczenie w sprawie Vacco v. Quill*, 12 listopada 1996, #95-1858.

<sup>5</sup> Oprócz Amerykańskiego Stowarzyszenia Medycznego, 51 innych organizacji podpisało dokument skierowany do Sądu Najwyższego Stanów Zjednoczonych, sprzeciwiający się samobójstwu z asystą lekarza: Amerykańskie Stowarzyszenie Pielęgniarek, Amerykańskie Stowarzyszenie Pielęgniarek Intensywnej Terapii, Stowarzyszenie Pielęgniarek Hospicyjnych, Towarzystwo Pielęgniarek Onkologicznych, Amerykańskie Stowarzyszenie Osteopatyczne, Amerykańskie Stowarzyszenie Psychiatryczne, Amerykańska Akademia Medycyny Hospicyjnej i Paliatywnej, Amerykańska Akademia Leczenia Bólu, Amerykańska Akademia Medycyny ds. Bólu, Amerykańska Akademia Chirurgów Ortopedycznych, Amerykańska Akademia Medycyny Fizycznej i Rehabilitacji, Stowarzyszenie ds. Opieki Medycznej w Stanach Krytycznych, Amerykańska Akademia Neurologii, Amerykańskie Stowarzyszenie Neurologiczne, Amerykańskie Towarzystwo

Anestezjologów, Amerykańskie Towarzystwo Patologów Klinicznych, Szkoła Amerykańskich Patologów, Amerykańskie Towarzystwo Chirurgów Brzuszných, Amerykańskie Stowarzyszenie Endokrynologów Klinicznych, Towarzystwo Medyczne Stanu Nowy Jork, Stowarzyszenie Medyczne Stanu Alabama, Stowarzyszenie Medyczne Stanu Arkansas, Stowarzyszenie Medyczne Stanu Georgia, Stowarzyszenie Medyczne Stanu Illinois, Stowarzyszenie Medyczne Stanu Indiana, Towarzystwo Medyczne Stanu Iowa, Towarzystwo Medyczne Stanu Louisiana, Towarzystwo Medyczne Stanu Massachusetts, Stowarzyszenie Medyczne Stanu Mississippi, Stowarzyszenie Medyczne Stanu Missouri, Stowarzyszenie Medyczne Stanu Montana, Stowarzyszenie Medyczne Stanu Nebraska, Towarzystwo Medyczne Stanu New Jersey, Towarzystwo Medyczne Stanu Nowy Meksyk, Towarzystwo Medyczne Północnej Karoliny, Stowarzyszenie Medyczne Stanu Ohio, Stowarzyszenie Medyczne Stanu Tennessee, Tekszańskie Stowarzyszenie Medyczne, Towarzystwo Medyczne Stanu Vermont, Towarzystwo Medyczne Stanu Wirginia, Stowarzyszenie Medyczne Zachodniej Wirginii, Towarzystwo Konsultantów Medycznych przy Siłach Zbrojnych, Amerykański Instytut Chorób Zagrożających Życiu, Narodowa Rada ds. Starzenia się.

<sup>6a</sup> *Assisted Suicide's Fate*, „American Medical News”, 21 lipiec 1997, s. 33.

<sup>6b</sup> New York State Task Force on Life & the Law, *When Death Is Sought*, May 1994.

<sup>7</sup> Ten i kolejne dokumenty zostały streszczone w „Issues in Law & Medicine”, Vol. 13, Nr 1, (Summer) 1997.

## Rozdział IX

<sup>1</sup> *Quill v. Vacco*, 80 F. 3d 716, 2<sup>nd</sup> Cir. 1996.

<sup>2</sup> *Washington v. Glucksberg*, 117 S. Ct. 37, 9<sup>th</sup> Cir. 1996.



# Fragmenty Katechizmu Kościoła Katolickiego na temat eutanazji

(fragmenty 2258-2262, 2268-2283)

## PIĄTE PRZYKAZANIE

*Nie będziesz zabijał* (Wj 20, 13).

2258 „*Życie ludzkie jest święte* ponieważ od samego początku domaga się stwórczego działania Boga i pozostaje na zawsze w specjalnym odniesieniu do Stwórcy, jedyne swego celu. Sam Bóg jest Panem życia, od jego poczęcia aż do końca. Nikt, w żadnej sytuacji, nie może rościć sobie prawa do bezpośredniego niszczenia niewinnej istoty ludzkiej” (Kongregacja Nauki Wiary, instr. *Donum vitae*, Wstęp, 5).

### 1. Poszanowanie życia ludzkiego

#### Świadectwo Historii Świętej

2259 Pismo święte w opisie zabójstwa Abela przez jego brata Kaina (*Por. Rdz 4, 8–12*) ukazuje od początku ludzkości obecność w człowieku gniewu i pożądliwości, skutków grzechu pierworodnego. Człowiek stał się nie-przyjacielem swego bliźniego. Bóg osądza zbrodniczość tego bratobójstwa: „Cóżżeś uczynił? Krew brata twego głośno woła ku Mnie... Bądź więc teraz przeklęty na tej roli, która rozwarła swą paszczę, aby wchłonąć krew brata twego, przelaną przez ciebie” (*Rdz 4, 10-11*).

2260 Przymierze Boga i ludzkości przypomina o Bożym darze życia i o zbrodniczej przemocy człowieka:

Upomnę się o waszą krew przez wzgląd na wasze życie... [Jeśli] kto przeleje krew ludzką, przez ludzi ma być przelana krew jego, bo człowiek został stworzony na obraz Boga (*Rdz 9, 5-6*).

Stary Testament zawsze uważał krew za święty znak życia (*Por. Kpł 17,14*). Pouczenie to jest konieczne w każdym czasie.

2261 Pismo święte określa szczegółowo zakaz zawarty w piątym przykazaniu: „*Nie wydasz wyroku śmierci na niewinnego i sprawiedliwego*” (*Wj 23, 7*). Zamierzone zabójstwo niewinnego człowieka pozostaje w poważnej sprzeczności z godnością osoby ludzkiej, ze „złotą zasadą” i ze świętością Stwórcy. Prawo, które tego zakazuje, jest prawem powszechnie obowiązującym: obowiązuje wszystkich i każdego, zawsze i wszędzie.

2262 W Kazaniu na Górze Pan przypomina przykazanie „Nie zabijaj” (*Mt 5, 21*) i dodaje do niego zakaz gniewu, nienawiści i odwetu. Co więcej, Chrystus żąda od swojego ucznia nadstawiania drugiego policzka (*Por. Mt 5, 22-39*), miłowania nieprzyjaciół (*Por. Mt 5, 44*). On sam nie bronił się i kazał Piotrowi schować miecz do pochwy (*Por. Mt 26, 52*).

#### Zabójstwo zamierzone

2268 Piąte przykazanie zakazuje pod grzechem ciężkim *zabójstwa bezpośredniego i zamierzonego*. Zabójca i ci, którzy dobrowolnie współdziałają w zabójstwie, popełniają grzech, który woła o pomstę do nieba (*Por. Łk 23, 40-43*)

Dzieciobójstwo (*Por. Sobór Watykański II, konst. Gaudium et spes, 51*), bratobójstwo, zabójstwo rodziców i zabójstwo współmałżonka są szczególnie ciężkimi przestępstwami z powodu naruszenia więzi naturalnych. Względy eugeniczne lub higiena społeczna nie mogą usprawiedliwić żadnego zabójstwa, choćby było nakazane przez władze publiczne.

2269 Piąte przykazanie zakazuje także podejmowania jakichkolwiek działań z intencją spowodowania *pośrednio* śmierci osoby. Prawo moralne zakazuje narażania kogoś bez ważnego powodu na śmiertelne ryzyko oraz odmówienia pomocy osobie będącej w niebezpieczeństwie. (...)

### **Przerywanie ciąży**

2270 Życie ludzkie od chwili poczęcia powinno być szanowane i chronione w sposób absolutny. Już od pierwszej chwili swego istnienia istota ludzka powinna mieć przyznane prawa osoby, wśród nich nienaruszalne prawo każdej niewinnej istoty do życia (*Por. Kongregacja Nauki Wiary, instr. Donum vitae, I, 1*).

Zanim ukształtowałem cię w łonie matki, znałem cię, nim przyszedłeś na świat, poświęciłem cię (*Jr 1, 5*).

*Nie tajna Ci moja istota,*

*Kiedy w ukryciu powstawałem,*

*Utkany w głębi ziemi (Ps 139, 15).*

2271 Kościół od początku twierdził, że jest złem moralnym każde spowodowane przerwanie ciąży. Nauczanie na ten temat nie uległo zmianie i pozostaje niezmiennie. Bezpośrednie przerywanie ciąży, to znaczy zamierzone jako cel lub środek, jest głęboko sprzeczne z prawem moralnym.

*Nie będziesz zabijał płodu przez przerywanie ciąży ani nie zabijesz nowo narodzonego (Didache, 2, 2; por. Barnaba, Epistula 19, 5; List do Diogeneta, 5, 5; Tertulian, Apologeticus, 9).*

*Bóg... Pan życia, powierzył ludziom wzniosłą posługę strzeżenia życia, którą człowiek powinien wypełniać w sposób godny siebie. Należy więc z największą troską ochraniać życie od samego jego poczęcia; przerywanie ciąży, jak i dzieciobójstwo są okropnymi przestępstwami (Sobór Watykański II, konst. Gaudium et spes, 51).*

2272 Formalne współdziałanie w przerywaniu ciąży stanowi poważne wykroczenie. Kościół nakłada kanoniczną karę ekskomuniki za to przestępstwo przeciw życiu ludzkiemu. „Kto powoduje przerwanie ciąży, po zaistnieniu skutku, podlega ekskomunie wiążącej mocą samego prawa” (*KPK, kan. 1398*), „przez sam fakt popełnienia przestępstwa” (*KPK, kan. 1314*), na warunkach

przewidzianych przez prawo (*Por. KPK, kan. 1323-1324*). Kościół nie zamierza przez to ograniczać zakresu miłosierdzia. Ukazuje ciężar popełnionej zbrodni, szkodę nie do naprawienia wyrządzoną niewinnemu, zamordowanemu dziecku, jego rodzicom i całemu społeczeństwu.

2273 Niezbywalne prawo do życia każdej niewinnej istoty ludzkiej stanowi *element konstytutywny społeczeństwa cywilnego i jego prawodawstwa*.

*Niezbywalne prawa osoby winny być uznawane i szanowane przez społeczeństwo cywilne i władzę polityczną. Owe prawa człowieka nie zależą ani od poszczególnych jednostek, ani od rodziców, ani nie są przywilejem pochodzącym od społeczeństwa lub państwa. Tkwią one w naturze ludzkiej i są ściśle związane z osobą na mocy aktu stwórczego, od którego osoba bierze swój początek. Wśród tych podstawowych praw należy wymienić... prawo do życia i integralności fizycznej każdej istoty ludzkiej od chwili poczęcia aż do śmierci (Kongregacja Nauki Wiary, instr. Donum vitae, III).*

*W chwili, gdy jakieś prawo pozytywne pozbawia obrony pewną kategorię istot ludzkich, których ze swej natury powinno bronić, państwo przez to samo neguje równość wszystkich wobec prawa. Gdy państwo nie używa swej władzy w służbie praw każdego obywatela, a w szczególności tego, który jest najsłabszy, zagrożone są podstawy praworządności państwa... Wyrazem szacunku i opieki należynej mającemu urodzić się dziecku, poczynawszy od chwili jego poczęcia, powinny być przewidziane przez ustawodawstwo odpowiednie sankcje karne za każde dobrowolne pogwałcenie tych praw (Kongregacja Nauki Wiary, instr. Donum vitae, III).*

2274 Ponieważ embrion powinien być uważany za osobę od chwili poczęcia, powinno się bronić jego integralności, troszczyć się o niego i leczyć go w miarę możliwości jak każdą inną istotę ludzką.

*Diagnostyka prenatalna jest moralnie dozwolona, jeśli „szanuje życie oraz integralność embrionu i płodu ludzkiego, dąży do jego ochrony albo do jego indywidualnego leczenia... Sprzeciwia się prawu moralnemu wtedy, gdy w zależności od wyników prowadzi do przerywania ciąży. Diagnostyka nie powinna pociągać za sobą wyroku śmierci” (Tamże I, 2).*

2275 Jak każdy zabieg medyczny na pacjencie, należy uznać za niedopuszczalne zabiegi na embrionie ludzkim, pod warunkiem że uszanują życie i integralność embrionu, nie narażając go na ryzyko nieproporcjonalnie wielkie, gdy są podejmowane w celu leczenia, poprawy jego stanu zdrowia lub dla ratowania zagrożonego życia (Tamże, I, 3).

*Wytwarzanie embrionów ludzkich po to, aby były używane jako „materiał biologiczny”, jest niemoralne ((Tamże, I, 5).*

*Niektóre próby interwencji w dziedzictwo chromosomowe lub genetyczne nie mają charakteru leczniczego, lecz zmierzają do wytwarzania istot ludzkich o określonej płci lub innych wcześniej ustalonych właściwościach. Manipulacje te sprzeciwiają się również godności osobowej istoty ludzkiej, jej integralności i tożsamości” (Tamże, I, 6) jedynej, niepowtarzalnej.*

## **Eutanazja**

2276 Osoby, których sprawność życiowa jest ograniczona lub osłabiona, domagają się szczególnego szacunku, by mogli prowadzić, w takiej mierze, w jakiej to możliwe, normalne życie.

2277 Eutanazja bezpośrednia, niezależnie od motywów i środków, polega na położeniu kresu życia osób upośledzonych, chorych lub umierających. Jest ona moralnie niedopuszczalna.

W ten sposób działanie lub zaniechanie działania, które samo w sobie lub w zamierzeniu zadaje śmierć, by zlikwidować ból, stanowi zabójstwo głęboko sprzeczne z godnością osoby ludzkiej i poszanowaniem Boga żywego, jej Stwórcy. Błąd w ocenie, w który można popaść w dobrej wierze, nie zmienia natury tego zbrodniczego czynu, który zawsze należy potępić i wykluczyć.

2278 Zaprzestanie zabiegów medycznych kosztownych, ryzykownych, nadzwyczajnych lub niewspółmiernych do spodziewanych rezultatów może być uprawnione. Jest to odmowa „uporczywej terapii”. Nie zamierza się w ten sposób zadawać śmierci; przyjmuje się, że w tym przypadku nie można jej przeszkodzić. Decyzje powinny być podjęte przez pacjenta, jeśli ma do tego kompetencje i jest to tego zdolny; w przeciwnym razie – przez osoby uprawnione, zawsze z poszanowaniem rozumnej woli i słuszych interesów pacjenta.

2279 Nawet, jeśli śmierć jest uważana za nieuchronną, zwykle zabiegi przysługujące osobie chorej nie mogą być w sposób uprawniony przerywane. Stosowanie środków przeciwbólowych, by ulżyć cierpieniom umierającego, nawet za cenę skrócenia jego życia, może być moralnie zgodne z ludzką godnością, jeżeli śmierć nie jest zamierzona ani jako cel, ani jako środek, lecz jedynie przewidywana i tolerowana jako nieunikniona. Opieka paliatywna stanowi pierwszorzędną postać bezinteresownej miłości. Z tego tytułu powinna być popierana.

## **Samobójstwo**

2280 Każdy jest odpowiedzialny przed Bogiem za swoje życie, które od Niego otrzymał. Bóg pozostaje najwyższym Panem życia. Jesteśmy obowiązani przyjąć je z wdzięcznością i chronić je ze względu na Jego cześć i dla zbawienia naszych dusz. Jesteśmy zarządcami, a nie właścicielami życia, które Bóg nam powierzył. Nie rozporządzamy nim.

2281 Samobójstwo zaprzecza naturalnemu dążeniu istoty ludzkiej do zachowania i przedłużenia swojego życia. Pozostaje ono w głębokiej sprzeczności z należytą miłością siebie. Jest także zniewagą miłości bliźniego, ponieważ w sposób nieuzasadniony zrywa więzy solidarności ze społecznością rodzinną, narodową i ludzką, wobec których mamy zobowiązania. Samobójstwo sprzeciwia się miłości Boga żywego.

2282 Samobójstwo popełnione z zamiarem dania „przykładu”, zwłaszcza ludziom młodym, nabiera dodatkowo ciężaru zgorszenia. Dobrowolne współdziałanie w samobójstwie jest sprzeczne z prawem moralnym.

Ciężkie zaburzenia psychiczne, strach lub poważna obawa przed próbą, cierpieniem lub torturami mogą zmniejszyć odpowiedzialność samobójcy.

2283 Nie powinno się tracić nadziei dotyczącej wiecznego zbawienia osób, które odebrały sobie życie. Bóg, w sobie wiadomy sposób, może dać im możliwość zbawiennego żalu. Kościół modli się za ludzi, którzy odebrali sobie życie.

[Cytowane według *Katechizm Kościoła Katolickiego*, tłumaczenie polskie, Pallotinum 1994]

# Encyklika Evangelium vitae Ojca Świętego Jana Pawła II

## (fragmenty na temat eutanazji)

(...) 23. Osłabienie wrażliwości na Boga i człowieka prowadzi nieuchronnie do *materializmu praktycznego*, co sprzyja rozpowszechnianiu się indywidualizmu, utylitaryzmu i hedonizmu. Ujawnia się tu także niezmienna prawdziwość słów Apostoła: „A ponieważ nie uznali za słuszne zachować prawdziwe poznanie Boga, wydał ich Bóg na pastwę na nic zdatnego rozumu, tak że czynili to, co się nie godzi.” (Rz 1, 28). W ten sposób wartości związane z *być* zostają zastąpione przez wartości związane z *mieć*.

Jedynym celem, który bierze się pod uwagę, jest własny dobrobyt materialny. Tak zwana „jakość życia” jest interpretowana najczęściej lub wyłącznie w kategoriach wydajności ekonomicznej, nieuporządkowanego konsumpcjonizmu, atrakcji i przyjemności czerpanych z życia fizycznego, natomiast zapomina się o głębszych – relacyjnych, duchowych i religijnych – wymiarach egzystencji.

W takim klimacie *cierpienie*, które nieustannie ciąży nad ludzkim życiem, ale może też stać się bodźcem do osobowego wzrostu, zostaje „ocenzurowane”, od rzucone jako bezużyteczne, a nawet jest zwalczane jako zło, którego należy unikać zawsze i we wszystkich okolicznościach. Gdy nie można go przezwyciężyć i gdy znika nawet nadzieja na dobrobyt w przyszłości, człowiek skłonny jest sądzić, że życie straciło wszelki sens, i doznaje coraz silniejszej pokusy, aby przypisać sobie prawo do położenia mu kresu. (...)

(...) „*Ufałem, nawet gdy mówiłem:  
‘Jestem w wielkim ucisku’*” (Ps 116 [115], 10):  
*życie w starości i cierpieniu*

46. Również jeśli chodzi o ostatnie chwile życia, byłoby anachronizmem szukanie w Objawieniu biblijnym treści bezpośrednio związanych z aktualną problematyką dotyczącą poszanowania osób starszych i chorych czy wyraźnego potępienia prób spowodowania przemocą ich przedwczesnej śmierci: znajdujemy się bowiem w kontekście kulturowym i religijnym, w którym tego rodzaju pokusy nie są znane, a przeciwnie, w osobie starca, z uwagi na jego mądrość i doświadczenie, dostrzega się niezastąpione bogactwo dla rodziny i społeczeństwa.

*Starość cieszy się poważaniem i jest otoczona czcią* (por. Mch 6, 23). Sprawiedliwy nie prosi o uwolnienie od starości i od jej ciężaru; przeciwnie, modli się słowami: „Ty bowiem mój Boże, jesteś moją nadzieją, Panie, ufności moja od moich lat młodych! (...) Lecz i w starości, i w wieku sędziwym nie opuszczaj mnie, Boże, gdy [moc] Twego ramienia głosić będę, całemu przyszłemu pokoleniu – Twą potęgę” (P 71 [70], 5. 180. Era mesjańska jest przedstawiana jako czas, kiedy „nie będzie już (...) starca, który by nie dopełnił swych lat.” (Iz 65, 20).

Jak jednak w latach starości stawić czoło nieuchronnemu schyłkowi życia? *Jaką postawę przyjąć w obliczu śmierci? Człowiek wierzący wie, że jego życie jest w ręku Boga*: „Ty, Panie, mój los zabezpieczasz” (por. Ps 16 [17], 5) i godzi się przyjąć od Niego także śmierć: „taki jest wyrok

wydany przez Pana na wszelkie ciało: i po co odrzucać to, co się podoba Najwyższemu?” (Syr 41, 4). Człowiek nie jest panem śmierci, tak jak nie jest panem życia; w życiu i śmierci musi zawierzyć się całkowicie „woli Najwyższego”, zamysłowi Jego miłości.

Także w czasie choroby człowiek zostaje powołany, aby okazać podobne zawierzenie Panu i odbudować w sobie głębokie zaufanie do Tego, który „leczy wszystkie (...) niemoce” (Ps 103 [102], 3). Kiedy człowiekowi wydaje się, że nie ma już szans na odzyskanie zdrowia – tak że chciałby zawołać: „Dni moje są podobne do wydłużonego cienia, a ja usycham jak trawa” (Ps 102 [101], 12) – nawet wówczas wierzący jest pełen niezłomnej ufności w ożywiającą moc Boga. Choroba nie pogrąża go w rozpacz i nie każe mu szukać śmierci, ale raczej wołać z nadzieją: „Ufałem, nawet gdy mówiłem: ‘Jestem w wielkim ucisku’”. (Ps 116 [115], 10); Panie, mój Boże, do Ciebie wołałem, a Tyś mnie uzdrowił. Panie, dobyłeś mnie z Szeolu, przywróciłeś mnie do życia spośród schodzących do grobu” (Ps 30 [29], 3-4).

47. (...) *Życie cielesne w swojej ziemskiej kondycji bez wątpienia nie jest dla wierzącego wartością absolutną*, tak że może on zostać wezwany, aby je porzucić dla wyższego dobra; jak mówi Jezus, „kto chce zachować swoje życie, straci je; a kto straci swe życie z powodu Mnie i Ewangelii, zachowa je” (Mk 8, 35). (...)

Żaden człowiek nie może jednak samowolnie decydować o tym, czy ma żyć, czy umrzeć; jedynym i absolutnym Panem władnym podjąć taką decyzję jest Stwórca – Ten, w którym „żyjemy, poruszamy się i jesteśmy” (Dz 17, 28).. (...)

55. (...) Świadoma i dobrowolna decyzja pozbawienia życia niewinnej istoty ludzkiej jest zawsze złem z moralnego punktu widzenia i nigdy nie może być dozwolona ani jako cel, ani jako środek do dobrego celu. Jest to bowiem akt poważnego nie-posłuszeństwa wobec prawa moralnego, co więcej, wobec samego Boga, jego twórcy i gwaranta; jest to akt sprzeczny z fundamentalnymi cnotami sprawiedliwości i miłości. „Nic i nikt nie może dać prawa do zabicia niewinnej istoty ludzkiej, czy to jest embrión, czy płód, dziecko czy dorosły, człowiek stary, nieuleczalnie chory czy umierający. Ponadto nikt nie może się domagać, aby popełniono ten akt zabójstwa wobec niego samego lub wobec innej osoby powierzonej jego pieczy, nie może też bezpośrednio ani pośrednio wyrazić na to zgody. Żadna władza nie ma prawa do tego zmuszać ani na to przyzwalać. [Kongregacja Nauki Wiary, Deklaracja o eutanazji *Iura et bona*, (5 maja 1980), II, AAS 72 (1980), 546.]

### ***„Ja zabijam i Ja sam ożywiam” (Pwt 32, 39): dramat eutanazji***

64. U kresu życia człowiek staje w obliczu tajemnicy śmierci. Dzisiaj w wyniku postępu medycyny i w kontekście kulturowym zamkniętym często na transcendencję, doświadczenie umierania nabiera  *pewnych nowych*  cech charakterystycznych. Kiedy bowiem zaczyna przeważać tendencja do uznawania życia za wartościowe tylko w takiej mierze, w jakiej jest ono źródłem przyjemności i dobrobytu, cierpienie jawi się jako nieznośny ciężar. Od którego trzeba się za wszelką cenę uwolnić. Śmierć jest uważana za „bezsensowną”, kiedy niespodziewanie kładzie kres życiu otwartemu jeszcze na przyszłość, która może przynieść wiele interesujących doświadczeń; staje się natomiast „upragnionym wyzwoleniem”, gdy ludzka egzystencja zostaje uznana za pozbawioną dalszego sensu,

ponieważ jest pogrążona w bólu i nieuchronnie wystawiona na coraz dotkliwsze cierpienie.

Ponadto człowiek, odrzucając swą podstawową więź z Bogiem lub zapominając o niej, sądzi, że sam jest dla siebie kryterium i normą oraz uważa, że ma prawo domagać się również od społeczeństwa, by zapewniło mu możliwość i sposoby decydowania o własnym życiu w pełnej i całkowitej autonomii. Postępuje tak zwłaszcza człowiek żyjący w krajach rozwiniętych: skłania go do tego między innymi nieustanny postęp medycyny i jej technik, coraz bardziej zaawansowanych. Dzięki wykorzystaniu niezwykle skomplikowanych metod i urządzeń współczesna wiedza i praktyka medyczna jest w stanie skutecznie działać w przypadkach dawniej beznadziejnych i łagodzić lub usuwać ból, a także podtrzymywać i przedłużać życie w sytuacjach skrajnej słabości, sztucznie reanimować osoby, których podstawowe funkcje biologiczne uległy gwałtownemu załamaniu, oraz interweniować w celu uzyskania organów do przeszczepów.

W takim kontekście coraz silniejsza staje się pokusa *eutanazji*, czyli *zawładnięcia śmiercią poprzez spowodowanie jej przed czasem* i „łagodne” zakończenie życia własnego lub cudzego. W rzeczywistości, to co mogłoby się wydawać logiczne i humanitarne, przy głębszej analizie okazuje się *absurdalne i niehumanitarne*. Stajemy tu w obliczu jednego z najbardziej niepokojących objawów „kultury śmierci” szerzącej się zwłaszcza w społeczeństwach dobrobytu, charakteryzujących się mentalnością nastawioną na wydajność, według której obecność coraz liczniejszych ludzi starych i niesprawnych wydaje się być zbyt kosztowna i uciążliwa. Ludzie ci bardzo często są izolowani przez rodziny i społeczeństwo, kierujące się prawie wyłącznie kryteriami wydajności produkcyjnej, wedle których życie nieodwracalnie upośledzone nie ma już żadnej wartości.

65. Aby sformułować poprawną ocenę eutanazji, trzeba ją przede wszystkim jasno zdefiniować. Przez *eutanazję w ścisłym i właściwym sensie* należy rozumieć czyn lub zaniechanie, które ze swej natury lub w intencji działającego powoduje śmierć w celu uniknięcia wszelkiego cierpienia. „Eutanazję należy zatem rozpatrywać w kontekście intencji oraz zastosowanych metod”.

Od eutanazji należy odróżnić decyzję o rezygnacji z tak zwanej „*uporczywej terapii*”, to znaczy z pewnych zabiegów medycznych, które przestały być adekwatne do realnej sytuacji chorego, ponieważ nie są już współmierne do rezultatów, jakich można by oczekiwać, lub też zbyt uciążliwe dla samego chorego i jego rodziny. W takich sytuacjach, gdy śmierć jest bliska i nieuchronna, można w zgodzie z sumieniem „zrezygnować z zabiegów, które spowodowałyby jedynie nietrwale i bolesne przedłużenie życia, nie należy jednak przerywać normalnych terapii, jakich wymaga chory w takich przypadkach”. Istnieje oczywiście powinność moralna leczenia się i poddania się leczeniu, ale taka powinność trzeba określać w konkretnych sytuacjach: należy mianowicie ocenić, czy stosowane środki lecznicze są obiektywnie proporcjonalne do przewidywanej poprawy zdrowia. Rezygnacja ze środków nadzwyczajnych i przesadnych nie jest równoznaczna z samobójstwem lub eutanazją; wyraża raczej akceptację ludzkiej kondycji w obliczu śmierci.

We współczesnej medycynie coraz większe znaczenie zyskują tak zwane *terapię paliatywne*, których celem jest złagodzenie cierpienia w końcowym stadium choroby i zapewnienie pacjentowi potrzebnego mu ludzkiego wsparcia. W tym kontekście wyłania się między innymi problem godziwości stosowania różnego rodzaju środków przeciwbólowych i uspokajających w celu ulżenia



cierpieniom chorego, gdy wiąże się to z ryzykiem skrócenia mu życia. Jeśli bowiem można uznać za godną pochwały postawę kogoś, kto dobrowolnie przyjmuje cierpienie, rezygnując z terapii uśmierzającej ból, aby zachować pełną przytomność i uczestniczyć świadomie – jeśli jest wierzący – w męce Chrystusa, to nie sposób utrzymywać, że wszyscy są zobowiązani do takiej *heroicznej* postawy. Już Pius XII stwierdził, że jest dozwolone uśmierzanie bólu za pomocą narkotyków, nawet gdy w konsekwencji prowadzi to do ograniczenia świadomości i skrócenia życia, *jeśli nie istnieją inne środki i jeśli w danych okolicznościach nie przeszkadza to wypełnieniu innych powinności religijnych i moralnych*. W takim przypadku bowiem nie pragnie się śmierci i nie dąży do niej, choć z uzasadnionych przyczyn dopuszcza się ryzyko śmierci: pragnie się jedynie skutecznie złagodzić ból, stosując środki przeciwbólowe udostępnione przez medycynę. Niemniej jednak *nie należy pozbawiać umierającego świadomości bez poważnych przyczyn*: w obliczu zbliżającej się śmierci ludzie powinni być w stanie wypełnić swoje obowiązki moralne i rodzinne, zwłaszcza zaś powinni mieć możliwość w pełni świadomego przygotowania się na ostateczne spotkanie z Bogiem.

Poczyniwszy te rozróżnienia, w zgodzie z Magisterium moich Poprzedników i w komunii z Biskupami Kościoła Katolickiego, *potwierdzam, że eutanazja jest poważnym naruszeniem Prawa Bożego* jako moralnie niedopuszczalne dobrowolne zabójstwo osoby ludzkiej. Doktryna ta jest oparta na prawie naturalnym i na słowie Bożym spisany, jest przekazana przez Tradycję Kościoła oraz nauczania przez Magisterium zwyczajne i powszechne.

Praktyka eutanazji zawiera – zależnie od okoliczności – zło cechujące samobójstwo lub zabójstwo.

66. Samobójstwo zaś jest zawsze moralnie niedopuszczalne w takiej samej mierze jak zabójstwo. Tradycja Kościoła niezmiennie je odrzucała jako czyn zdecydowanie zły. Chociaż określone uwarunkowania psychologiczne, kulturowe i społeczne mogą skłonić do popełnienia czynu tak radykalnie sprzecznego z wrodzoną skłonnością każdego człowieka do zachowania życia, łagodząc lub eliminując odpowiedzialność subiektywną, z obiektywnego punktu widzenia *samobójstwo* jest aktem głęboko niemoralnym, ponieważ oznacza odrzucenie miłości do samego siebie i uchylenie się od obowiązku sprawiedliwości i miłości wobec bliźniego, wobec różnych wspólnot, do których się należy i wobec społeczeństwa jako całości. W swej najgłębszej istocie jest ono odrzuceniem absolutnej władzy Boga nad życiem i śmiercią, o której tak mówi w modlitwie starożytny mędrzec Izraela: *Ty masz władzę nad życiem i śmiercią: Ty wprowadzasz w bramy Otchłani i Ty wyprowadzasz (Mdr 16, 13)*.

Kto popiera samobójczy zamiar drugiego człowieka i współdziała w jego realizacji, poprzez tak zwane *samobójstwo wspomagane*, staje się współnikiem, a czasem wręcz bezpośrednim sprawcą niesprawiedliwości, która nigdy nie może zostać usprawiedliwiona, nawet wówczas, gdy zostaje dokonana na żądanie. Zdumiewającą aktualność mają tu słowa św. Augustyna: *Nigdy nie wolno zabić drugiego człowieka: nawet gdyby on sam tego chciał, gdyby wręcz o to prosił i stojąc na granicy między życiem i śmiercią błagał, by pomóc mu w uwolnieniu duszy, która zмага się z więzami ciała i pragnie się z nich wyrwać; nie wolno nawet wówczas, gdy chory nie jest już w stanie żyć*. Także w przypadku, gdy motywem eutanazji nie jest egoistyczna odmowa ponoszenia trudów związanych z egzystencją osoby cierpiącej, trzeba eutanazję określić mianem *falszywej litości*, a

nawet uznać za jej niepokojące *wynaturzenie*: prawdziwe *współczucie*, bowiem skłania do solidarności z cudzym bólem, a nie do zabicia osoby, której cierpienia nie potrafi znieść. Czyn eutanazji zatem wydaje się tym większym *wynaturzeniem*, gdy zostaje dokonany przez tych, którzy na przykład krewni chorego – powinni opiekować się nim cierpliwie i z miłością, albo też przez tych, którzy – jak lekarze – ze względu na naturę swojego zawodu powinni leczyć chorego nawet w końcowych i najcięższych stadiach choroby.

Eutanazja staje się aktem jeszcze bardziej godnym potępienia, gdy przybiera formę *zabójstwa*, dokonanego przez innych na osobie, która w żaden sposób jej nie zażądała ani nie wyraziła na nią nigdy zgody. Szczytem zaś samowoli i niesprawiedliwości jest sytuacja, w której niektórzy – na przykład lekarze lub prawodawcy – roszczą sobie władzę decydowania o tym, kto ma żyć, a kto powinien umrzeć. Pojawia się tu znów pokusa z Edenu: stać się jak Bóg, *poznając dobro i zło* (por. Rdz 3, 5). Ale tylko Bóg ma władzę decydowania o śmierci i o życiu: *Ja zabijam i Ja sam ożywiam* (Pwt 32, 39; por. 1Sm 2, 6; 2Krl 5, 7). Sprawuje On swoją władzę, kierując się zawsze i wyłącznie zamysłem mądrości i miłości. Kiedy człowiek, zaślepiony przez głupotę i egoizm, uzurpuje sobie tę władzę, nieuchronnie czyni z niej narzędzie niesprawiedliwości i śmierci. W ten sposób życie słabszego zostaje oddane w ręce silniejszego; w społeczeństwie zanika poczucie sprawiedliwości i zostaje podważone u samych korzeni wzajemne zaufanie – fundament wszelkiej autentycznej relacji między osobami.

67. Zupełnie inna jest natomiast *droga miłości i prawdziwej litości*, którą nam nakazuje nasze współczesne człowieczeństwo i którą wiara w Chrystusa Odkupiciela, umarłego i zmartwychwstałego, rozjaśnia światłem nowych uzasadnień. Prośba, jaka wypływa z serca człowieka w chwili ostatecznego zmagania z cierpieniem i śmiercią, zwłaszcza wówczas, gdy doznaje on pokusy pogrążenia się w rozpacz i jakby unicestwienia się w niej, to przede wszystkim prośba o obecność, o solidarność i o wsparcie w godzinie próby. Jest to prośba o pomoc w zachowaniu nadziei, gdy wszystkie ludzkie nadzieje zawodzą. Jak przypomina nam Sobór Watykański II, *tajemnica losu ludzkiego ujawnia się najbardziej w obliczu śmierci*; jednakże człowiek *instynktem swego serca słusznie osądza sprawę, jeśli wzdryga się przed całkowitą zagładą i ostatecznym końcem swojej osoby i myśl o tym odrzuca. Zaród wieczności, który nosi w sobie, jako niesprowadzalny do samej tylko materii, buntuje się przeciw śmierci*.

Ta naturalna odraza do śmierci i ten załazek nadziei nieśmiertelności znajduje uzasadnienie i spełnienie w wierze chrześcijańskiej, która zapowiada i daje udział w zwycięstwie zmartwychwstałego Chrystusa: jest to zwycięstwo Tego, który przez swą odkupieńczą śmierć uwolnił człowieka od śmierci, która jest *zapłatą za grzech* (Rz 6, 23), i dał mu Ducha jako zadatek zmartwychwstania i życia (por. Rz 8, 11). Pewność przyszłej nieśmiertelności i *nadzieja na obiecane zmartwychwstanie* rzucają nowe światło na tajemnicę cierpienia i śmierci i napędzają wierzącego niezwykłą mocą, która pozwala mu zaufać zamysłowi Bożemu. (...)

## *Do moich Braci i Sióstr – ludzi w podeszłym wieku! (fragment)*

### **Strażnicy pamięci zbiorowej**

W przeszłości otaczano ludzi starych głębokim szacunkiem. Łaciński poeta Owidiusz pisał, że *wielka była niegdyś cześć dla siwej głowy*. Kilkaset lat wcześniej grecki poeta Fokilides napominał: *Szanuj siwe włosy, a mądrego starca otaczaj czcią jak własnego ojca*.

A dzisiaj? Jeśli spróbujemy przyjrzeć się obecnej sytuacji, przekonamy się, że w niektórych społeczeństwach starość jest ceniona i poważana, w innych zaś cieszy się znacznie mniejszym szacunkiem, ponieważ panująca tam mentalność stawia na pierwszym miejscu doraźną przydatność i wydajność człowieka. Pod wpływem tej postawy tak zwany trzeci lub czwarty wiek jest często lekceważony, a sami ludzie starsi muszą zadawać sobie pytanie, czy ich życie jest jeszcze użyteczne.

Dochodzi nawet do tego, że z coraz większą natarczywością proponuje się eutanazję jako rozwiązanie w trudnych sytuacjach. Niestety w ostatnich latach sama idea eutanazji przestała budzić w wielu ludziach owo uczucie zgrozy, jakie jest naturalną reakcją umysłów wrażliwych na wartość życia.

Może się oczywiście zdarzyć, że w przypadkach poważnych chorób, powodujących nieznosne cierpienia, chorzy zostają poddani pokusie rezygnacji, a ich bliscy lub opiekunowie pod wpływem źle rozumianego współczucia będą się skłaniać ku opinii, że *łagodna śmierć* jest rozsądnym rozwiązaniem. W związku z tym należy przypomnieć, że prawo moralne pozwala odrzucić *terapię uporczywą*, a za obowiązkowe uznaje jedynie takie leczenie, jakie wchodzi w zakres normalnej opieki medycznej, której najważniejszym celem – w przypadku chorób nieuleczalnych – jest łagodzenie cierpień. Czymś zupełnie innym jest natomiast eutanazja rozumiana jako bezpośrednie spowodowanie śmierci! Niezależnie od intencji i okoliczności pozostaje ona aktem z natury złym, poważnym naruszeniem prawa Bożego, obrazą godności człowieka.

# STANOWISKO POLSKICH LEKARZY

*Oprac. Dr Jerzy Umiastowski, Przewodniczący Komisji Etyki Lekarskiej Naczelnej Rady Lekarskiej*

Polscy lekarze jednoznacznie sprzeciwiają się eutanazji.

Ogólnopolski Zjazd Lekarzy, w uchwalonym w 1991 roku i znowelizowanym w 1993 roku *Kodeksie Etyki Lekarskiej* stwierdza, co następuje:

Artykuł 2: *Powołaniem lekarza jest ochrona życia i zdrowia ludzkiego.*

Artykuł 30: *Lekarz powinien dołożyć wszelkich starań, aby zapewnić choremu humanitarną opiekę terminalną i godne warunki umierania. Lekarz winien do końca łagodzić cierpienia chorych w stanach terminalnych i utrzymywać w miarę możliwości, jakość kończącego się życia.*

Artykuł 31: *Lekarzowi nie wolno stosować eutanazji.*

Powyższe stwierdzenia pozostają w całkowitej zgodności z przysięgą Hipokratesa oraz współczesną jej wersją – z *Deklaracją Genewską*.

Polscy lekarze zajęli w tej sprawie jednoznaczne stanowisko. Jednak takiego stanowiska brakuje w przyjętej przez Komitet Ministrów Rady Europy w 1997 r. *Konwencji o ochronie praw ludzkich i godności istoty ludzkiej wobec zastosowań biologii i medycyny*. Konwencja milczy na temat eutanazji. Polscy lekarze w osobnym dokumencie poparli ratyfikację tej konwencji jedynie dzięki brzmieniu jej artykułu 27, który stanowi: *Żadnego z przepisów niniejszej konwencji nie można interpretować jako ograniczającego, albo w inny sposób naruszającego uprawnienia Strony do przyznania dalej idącej ochrony, w dziedzinie zastosowań biologii i medycyny, niż ochrona określona w niniejszej Konwencji.*

Gdyby takiego zapisu nie było w Konwencji, polscy lekarze nie mogliby poprzeć jej ratyfikacji.

Zakaz eutanazji nie spotkał się z żadnymi sprzeciwami podczas obu zjazdów lekarzy, które zajmowały się *Kodeksem Etyki Lekarskiej*.

Fakt, że omawiana Konwencja nie porusza problemu eutanazji, choć przed ponad 50-latami przyjęta przez Światowe Stowarzyszenie Lekarzy *Deklaracja Genewska* zajmowała w tej sprawie jasne i uczciwe stanowisko, świadczy o regresie etycznym jednoczącej się Europy. Sądzę jednak, że powinniśmy uznać ten stan za chorobę uleczalną. Powinniśmy ratyfikować Konwencję i starać się wywrzeć pozytywny wpływ na zasady etyczne akceptowane na naszym Kontynencie.

Jesienią 1999 r. Rada Europy potępiła eutanazję. Może to w przyszłości stanowić podstawę opracowania protokołu dodatkowego do Konwencji, zakazującego eutanazji.

# POSTAWY POLAKÓW WOBEC EUTANAZJI

- badania opinii społecznej.

W Polsce kwestia eutanazji nie była jak dotąd głośno dyskutowana na forum społecznym. Do opinii publicznej nie dotarły informacje o spektakularnych wydarzeniach – nikogo nie oskarżono o zadanie śmierci nieuleczalnie choremu lub udzielenie mu pomocy w samobójstwie. O eutanazji i problemach z nią związanych Polacy dowiadują się ze środków społecznego przekazu, które donoszą o konkretnych przypadkach eutanazji, werdyktach sądów i propozycjach rozwiązań prawnych w krajach zachodnich. W internecie można odnaleźć wiele stron poświęconych eutanazji lub tzw. wspomaganemu samobójstwu. W oparciu o te informacje Polacy podejmują rozmowy na temat eutanazji. Ostatnio powodów nie brakowało: parlament holenderski usankcjonował eutanazję niedobrowolną, pozwalającą lekarzowi na uśmiercenie ciężko chorego pacjenta (już nie wyłącznie śmiertelnie chorego, ale cierpiącego fizycznie lub psychicznie) nawet bez jego zgody; zaproponowano eutanazję pediatriczną; w Australii trwa spór o prawo do “dobrej śmierci”; we Włoszech wykorzystano bezmózgowego noworodka jako dawcę narządów. Niebawomy rozwój medycyny stawia nie tylko lekarzy, ale i zwykłych ludzi przed coraz trudniejszymi dylematami moralnymi. Poglądy niektórych filozofów na temat cierpienia, umierania i śmierci bulwersują zarówno bioetyków, jak i zwykłych ludzi. Nierzadkie są postawy, że wszystko, co może zapobiec cierpieniu bądź je usunąć staje się dozwolone. Coraz szersze kręgi społeczeństwa poznają dość kontrowersyjne pomysły. Na polskim rynku wydawniczym pojawiają się pozycje podejmujące temat eutanazji w kontekście zagadnień filozoficznych, etycznych, religijnych, prawnych oraz społecznych. Spore zainteresowanie wzbudziła publikacja autorstwa Petera Singera<sup>1</sup>, który od lat głosi upadek tradycyjnej etyki głoszącej *niebawomą wartość każdego ludzkiego życia, niezależnie od jego charakteru i jakości*. Z drugiej strony wiele osób wykazuje sprzeczność prawa do eutanazji z międzynarodowymi dokumentami praw człowieka. Powołują się na zawarte w Powszechnej Deklaracji Praw Człowieka i Międzynarodowych Paktach Praw Obywatelskich i Politycznych prawo do życia, które oznacza bezwzględny zakaz eutanazji, nawet dobrowolnej. Głosem sprzeciwu wobec narastających we współczesnym świecie tendencji traktowania ludzi nieuleczalnie chorych i umierających jako niepotrzebnego balastu, a zwłaszcza próbom legalizacji eutanazji, były wypowiedzi na watykańskiej konferencji *Godność człowieka umierającego*.<sup>2</sup> Intencją organizatorów było ukazanie, że życie ludzkie na progu śmierci nie traci nic ze swej wartości, a doświadczenie umierania jest ważnym etapem na drodze do pełnej dojrzałości osoby ludzkiej. Jednogłośnie potępiono eutanazję, samobójstwo wspomagane i wszelkie formy zaniedbywania umierających jako przejaw tzw. kultury śmierci.

Co o tym wszystkim sądzą Polacy? Z jakimi postawami wobec eutanazji możemy spotkać się w naszym społeczeństwie?

Do 1999 r. nie przeprowadzono w Polsce zakreślonych na szeroką skalę badań nad postawami wobec eutanazji. Wyjątek stanowi kilka sondaży opinii publicznej<sup>3</sup>. Jednak ich wyniki powszechnie oceniono jako niespójne i nie dające pełnego obrazu poglądów społeczeństwa w kwestii przyspieszania śmierci na prośbę osób skrajnie cierpiących. Pełniejsze badania podjęło Centrum

Badania Opinii Społecznej. Przeprowadzono je w dniach 7-13 lipca 1999 r. na 1055-osobowej reprezentatywnej próbie dorosłej ludności Polski.

Opinie Polaków na temat udzielania pomocy w skróceniu życia osobom nieuleczalnie chorym są podzielone: 42% osób akceptuje postępowanie lekarza, który pomaga choremu – na jego wyraźną prośbę – w umyślnym skróceniu życia; 40% wyraża dezaprobatę (rok 1988 – 38% za i 43% przeciw).<sup>4</sup>

Opinie ankietowanych dotyczące reakcji lekarza na prośbę pacjenta o środek powodujący śmierć również są podzielone: 40% osób uważa, że lekarz powinien spełnić wolę osoby cierpiącej, nieuleczalnie chorej, która domaga się podania środków powodujących śmierć: 44% sprzeciwia się takiemu postępowaniu (rok 1988 – 30% za i 47% przeciw).<sup>5</sup>

W związku z zagadnieniem eutanazji powstaje problem odpowiedzialności prawnej personelu medycznego za ułatwianie chorym śmierci na ich życzenie oraz pod wpływem współczucia. W polskim społeczeństwie spotykamy zarówno zwolenników, jak i przeciwników karania lekarzy: 37% osób uważa, że nie należy karać lekarzy za pomoc w uśmierceniu pacjenta na jego życzenie lub z powodu współczucia; 24% akceptuje karanie w niektórych okolicznościach; 25% domaga się bezwzględnego karania (rok 1988 – 35% przeciwnych karaniu i 37% domagających się karania).<sup>6</sup>

Osoby ankietowane poproszono o opinię na temat dopuszczalności różnych działań powodujących śmierć nieuleczalnie chorego. W tzw. sytuacji terminalnej (żadnych szans na wyzdrowienie, nieuchronna śmierć) aprobowane jest, jako dopuszczalne:

- 55% – odłączenie aparatury podtrzymującej funkcje życiowe organizmu pacjenta z uszkodzonym mózgiem, jeśli wcześniej wyrażał taką wolę;
- 49% – odłączenie aparatury w sytuacji analogicznej jak wyżej, jeśli rodzina o to prosi;
- 45% – przerwanie życia pacjenta bliskiego śmierci i cierpiącego, jeśli świadomie o to prosi, a nie może tego uczynić sam;
- 41% – pozostawienie nieuleczalnie chorego i cierpiącemu pacjentowi środków umożliwiających mu bezbolesne zakończenie życia.

W przeprowadzonym sondażu autorzy celowo unikali w zadawanych pytaniach samego pojęcia *eutanazja*. Dla wielu badanych eutanazja, jest czymś innym niż spełnienie prośby chorego o śmierć. Jednak sytuacje i przywoływane w pytaniach postępowanie w pełni odpowiadało rozumieniu pojęcia *eutanazja*. Sprawdzono zatem, jak dalece zmieniają się opinie ankietowanych, gdy w pytaniu użyte zostanie słowo „eutanazja”. Okazało się, że 30% badanych usprawiedliwia praktykowanie eutanazji; 43% sprzeciwia się temu.<sup>7</sup> Natomiast 51% ankietowanych opowiada się za legalizacją postępowania będącego w istocie eutanazją i uważa, że prawo powinno zezwalać na to, aby w przypadku nieuleczalnie chorego, którego cierpieniom nie można ulżyć, na prośbę jego i jego rodziny, lekarz mógł skrócić życie za pomocą bezbolesnych środków; 36% osób jest przeciwnych.<sup>8</sup> Różnice

wskazują na zależność opinii o eutanazji od sposobu sformułowania pytania. Samo pytanie może już zawierać pewne sugestie oraz terminy budzące negatywne lub pozytywne skojarzenia. Zauważyli to sami autorzy badania.

Badania CBOS-u ujawniły, że poziom aprobaty dla eutanazji w naszym społeczeństwie jest dość duży. W jakiejś części odpowiedzi aprobujące wynikają ze sposobu sformułowania pytań, ale przecież nie wszystkie. Pewna część społeczeństwa naprawdę akceptuje eutanazję.

W tej sytuacji bardzo cenne są badania postaw konkretnych ludzi lub grup zawodowych, które ze względu na wykonywany zawód stykają się z cierpieniem i śmiercią człowieka. Badanie autorstwa ks. Jana Dziedzica prezentuje postawy wobec eutanazji przejawiane przez przyszłych lekarzy – studentów Wydziału Lekarskiego Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego w kontekście samooceny religijności.<sup>9</sup> Autor oparł analizę na składającym się z 30 pytań kwestionariuszu postaw wobec eutanazji.<sup>10</sup> Badaniami objęto 242 osoby (141 kobiet i 101 mężczyzn) ze wszystkich roczników.

Na podstawie otrzymanych wyników można ogólnie stwierdzić, że większość studentów (58,3%) opowiedziała się przeciw eutanazji. Poszanowanie dla życia wykazywała w większości grupa respondentów z wyższą samooceną religijną. Osoby te stwierdzały, że życie ludzkie jest święte i w żadnym wypadku nikt nie ma prawa do jego skrócenia. Decyzja o śmierci nieuleczalnie chorego nie może więc należeć do żadnego podmiotu, nawet do samego chorego.

Dużą grupę stanowią zwolennicy eutanazji – 41,7%. W tej grupie znaleźli się studenci o słabszej religijności. Życie nie ma dla nich absolutnej wartości. Jest ono w rękach konkretnego człowieka. To on, jako jedyny właściciel życia, może decydować o momencie swojej śmierci. Do zaakceptowania jest również taka sytuacja, że życie chorego skraca ktoś inny, po uprzednim zezwoleniu osoby zainteresowanej.

Perspektywa legalizacji eutanazji przyjmowana jest przez studentów medycyny o wyższej samoocenie religijnej z wielkim niepokojem. Samo dokonywanie eutanazji świadczy według nich o głębokim kryzysie człowieczeństwa i wypaczeniu najbardziej elementarnych racji międzyludzkich. Im niższa samoocena religijna przyszłych lekarzy, tym mocniejsza jest tendencja do oceny praktykowania eutanazji jako postępu cywilizacyjnego.

Przy poszukiwaniu alternatywy wobec eutanazji nie bez znaczenia może być zaspokojenie potrzeb zarówno fizycznych, jak i psychicznych osób terminalnie chorych. Na pytanie, czy i jak da się zaradzić prośbie o eutanazję bez jej stosowania, badani wybrali według ważności najpierw uśmierzenie bólu (18,9%). W hierarchii ważności analgetyki (działania analgetyczne) są najmocniejszą alternatywą dla eutanazji. Bardzo ważna jest również obecność, dotrzymywanie towarzystwa choremu (16,3%), okazywanie im większej miłości (14,9%), rozmowa z nimi (13,2%). Świadczy to o fakcie, że relacje międzyosobowe jako zaspokojenie potrzeb psychicznych, są bardzo istotnym elementem brany pod uwagę przy szukaniu (tworzeniu) rozwiązań zastępujących eutanazję. Tylko 5,1% respondentów odpowiedziało, że niczym nie da się zaradzić.

Przedstawione wyniki badań empirycznych potwierdzają obecność tendencji pro-eutanazyjnych wśród osób mających zostać w przyszłości lekarzami.

*Oprac. Małgorzata Wyszyńska, Instytut Polityki Społecznej i Demograficznej HLI-Europa*

-----

<sup>1</sup> Peter Singer, *O życiu i śmierci. Upadek tradycyjnej etyki*, Warszawa 1998

<sup>2</sup> V Zgromadzenie Ogólne Papieskiej Akademii Życia "Pro Vita", Watykan, 24-27 lutego 1999 r.

<sup>3</sup> Zob. Komunikat CBOS *Za czy przeciw eutanazji?*, grudzień 1988 r.

<sup>4</sup> Pytanie ankietowe brzmiało: Jeden z lekarzy amerykańskich od kilku lat pomaga osobom nieuleczalnie chorym i doznającym niemożliwych do uśmierzenia cierpień w umyślnym skróceniu życia - na ich prośbę. Czy, Pana(i) zdaniem, lekarz ten postępuje dobrze czy też źle?

<sup>5</sup> Pytanie ankietowe brzmiało: Czy, Pana(i) zdaniem, lekarze powinni spełniać wolę cierpiących, nieuleczalnie chorych, którzy domagają się podania im środków powodujących śmierć?

<sup>6</sup> Pytanie ankietowe brzmiało: Czy, Pana(i) zdaniem, należy karać lekarzy za ułatwianie chorym śmierci czy też nie?

<sup>7</sup> Pytanie ankietowe brzmiało: Czy, ogólnie rzecz biorąc, takie zachowanie jak eutanazja, tzn. pozbawienie życia osoby nieuleczalnie chorej na jej prośbę, może być, Pana(i) zdaniem, w pewnych okolicznościach usprawiedliwione czy też nie może?

<sup>8</sup> Pytanie ankietowe brzmiało: Czy w przypadku nieuleczalnego chorego, którego cierpieniem nie można ulżyć, prawo powinno zezwalać na to, aby na prośbę jego i jego rodziny lekarz mógł skrócić życie pacjenta za pomocą bezbolesnych środków?

<sup>9</sup> Materiały z badań oraz analiza wyników zostały opublikowane w: ks. Jan Dziedzic, *Eutanazja a religijność*, Kraków 1999.

<sup>10</sup> Kwestionariusz opracowany został we współpracy z uczestnikami naukowego seminarium psychologii religii w papieskiej Akademii Teologicznej w Krakowie.