

Stanisław Pużyński

Instytut Psychiatrii i Neurologii w Warszawie

Eutanazja – refleksje psychiatry

EUTHANASIS – A PSYCHIATRIST’S REFLECTION

The author has analysed people’s attitudes to life, especially in those who show suicidal inclinations, go through crises and suffer from diseases that cause this attitude negative. He stresses the fact that in today’s consumerist society euthanasia may become a cultural norm, as there can be no room for the handicapped and dependent, suffering from chronic diseases (including mental ones), the people living too long, who can be a burden for their families or public finances, those whose life is of a ‚low quality’ and unprofitable from the social point of view.

According to the author, legitimizing euthanasia is a symptom of a crisis of social policy and contemporary medical science. It violates basic, traditional standards of a physician’s attitude towards a patient, the principle of confidence in a physician-patient relations, it blurs the line between medical treatment and murder. A physician, especially psychiatrist, should have the right to refuse to take part in any stage of an action resulting in the death of a patient, and oppose such practices. A proper treatment of depression is an effective form of help one may offer the patients suffering from it and wishing to die.

Key words: euthanasia, physician assisted suicide, legalization of euthanasia, depression and suicide, ethical problems, crisis of medicine

Wprowadzenie

Opracowanie to stanowi znacznie zmienioną (poszerzoną, uaktualnioną) wersję pracy na temat eutanazji, którą opublikowałem

w 2000 roku¹. Do powrotu do tego dramatycznego problemu skłania wyraźne przyspieszenie działań zmierzających do legalizacji eutanazji w naszym kraju. Zamysł ten stał się nośnym hasłem, w propagowanie eutanazji angażują się znane i wpływowe osoby. Sprawa eutanazji stała się modna i jest jednym z częściej poruszanych problemów w środkach masowego przekazu i na portalach internetowych. W prasie codziennej pojawiają się apele rodzin o przerwanie życia osób najbliższych z powodu nieuleczalnej choroby, długo utrzymujących się zaburzeń świadomości. Z prośbą tak zwracają się niekiedy osoby chore. Apele spotykają się z żywą reakcją czytelników, część odmowę eutanazji traktuje jako przejaw braku humanitaryzmu, współczucia, niektórzy oburzeni piszą wprost o zacofaniu decydentów, przeciwnicy eutanazji postępowanie takie nazywają zabójstwem, chociaż część jest niekonsekwentna i sądzi, że nie powinno być ścigane i karane. Wciąż do nielicznych należą wypowiedzi i publikacje przedstawicieli świata medycznego, a więc potencjalnie bezpośrednio włączanych w proces uśmiercania, w przypadku legalizacji eutanazji. W sprawie tej jednoznacznie negatywnie wypowiedzieli się profesorowie medycyny, których przedmiotem szczególnego zainteresowania jest również etyka lekarska; m.in.: J. Bogusz², K. Gibiński³, T. Kielanowski⁴, doc. R. Fenigsen⁵, psychiatrzy, m.in.: T. Borowski⁶, Z. Jaroszewski⁷, W. Póltawska⁸, autor tego opracowania⁹, również niektórzy profesorowie prawa, m.in. M. Safjan¹⁰, A. Zoll¹¹.

¹ S. Pużyński, *Eutanazja i psychiatria*, „Psychiatria Polska” (2000) 34, nr 4, suppl., s. 143-151.

² J. Bogusz, *Eutanazja*, „Problemy” (1985) nr 6(437), s. 2-6.

³ K. Gibiński, wywiad *Pacjent, choroba i ja*, „Tygodnik Powszechny” (2007) nr 10.

⁴ T. Kielanowski, *Propedeutyka Medycyny*, Warszawa 1961.

⁵ R. Fenigsen, *Eutanazja. Śmierć z wyboru?*, Poznań 1994; R. Fenigsen, *Przysięga Hipokratesa*, Warszawa 2010.

⁶ T. Borowski, *Eutanazja – problem medyczny, społeczny czy etyczny* (maszynopis udostępniony przez Autora); T. Borowski-Beszta, *Zabójstwo nazywane eutanazją* (maszynopis referatu udostępniony przez Autora).

⁷ Z. Jaroszewski, opracowanie i korespondencja udostępniona przez Autora.

⁸ W. Póltawska, *Eutanazja jest morderstwem*, „Słowo” (1995) 3-5 listopada.

⁹ S. Pużyński, *Eutanazja i psychiatria*, „Psychiatria Polska” (2000) 34, nr 4, suppl., s. 143-151.

¹⁰ M. Safjan, *Życie najpierw*, wypowiedź *Etycy o eutanazji*, „Gazeta Wyborcza” 12.04.2001.

¹¹ A. Zoll, wypowiedź w dyskusji *Pytania Eluany*, „Tygodnik Powszechny” 22.02.2009.

Jeszcze przed kilkunastu laty uśmiercanie ludzi, w których uczestniczą lekarze określane nazwami: „eutanazja czynna”, „eutanazja bierna”, „samobójstwo wspomagane” (przez lekarza), „sedacja terminalna” było nielegalne w większości krajów, w niektórych (Holandia, Belgia) tolerowane i stosowane na dość szeroką skalę. W międzyczasie eutanazja została prawnie usankcjonowana w Holandii, Belgii, Albanii, Luksemburgu, Japonii, w stanach Oregon i Teksas w Stanach Zjednoczonych, przejściowo była legalna w niektórych częściach Australii. W Szwajcarii wolno udostępniać osobom zainteresowanym śmiertelną dawkę leku nasennego w celu popełnienia samobójstwa i pomagać w jego realizacji. W niektórych dalszych krajach są podejmowane działania zmierzające do legalizacji eutanazji, trwa publiczna dyskusja na ten temat. Eutanazja jest również przedmiotem zainteresowania różnych gremiów Unii Europejskiej oraz Rady Europy¹².

Legalizacja eutanazji – źródła i następstwa

Najczęściej podkreślanym uzasadnieniem legalizacji eutanazji jest dążenie do efektywnego zapewnienia jednostce prawa decydowania o swoim losie, również o swym życiu i śmierci, szczególnie, gdy jest dotknięta ciężką, inwalidyzującą, nieuleczalną i dolegliwą chorobą (zwłaszcza związaną z bólem). Są to więc przesłanki humanitarne, na które zwykle powołują się zwolennicy i propagatorzy eutanazji, podkreślając przy tym wymienione niezbywalne prawa człowieka, które gwarantują liczne postanowienia międzynarodowe. Propagowanie eutanazji przybiera niekiedy formy demagogiczne i agresywne, jest utożsamiane z walką z obskurantyzmem, wstecznictwem, zdarza się, że przeciwnicy eutanazji są określani jako osoby nietolerancyjne i najogólniej – zacofane.

Wszystkie religie monoteistyczne odrzucają eutanazję jako sposób pomocy osobom chorym i niesprawnym, przynoszenia ulgi w cierpieniu i wyraźnie oddzielają zaniechanie uporczywej, nieskutecznej terapii, której przerywanie nie jest traktowane jako eutanazja. Takie też jest stanowisko Kościoła katolickiego, wyrażone m.in. w *Deklaracji o eutanazji* przyjętej przez Kongregację Doktryny Wiary¹³. Nie kwestionując ściśle medycznych przesłanek zasadności rezygno-

¹² Rezolucja 1859 (2012), *Ochrona praw i godności człowieka poprzez zwracanie uwagi na wcześniej wyrażone życzenia pacjentów*, uchwalona przez Zgromadzenie Parlamentarne Rady Europy w dniu 25.01.2012 roku.

¹³ *Deklaracja o Eutanazji*, dokument przyjęty przez Kongregację Doktryny Wiary, 5.03.1980 roku w Rzymie, [w:] K. Szewczyk, *Deontologia Lekarska*, Kraków 1994, s. 190-196.

wania z uporczywego stosowania środków nadzwyczajnych u osób nieuleczalnie chorych, które mogą przynieść jedynie krótkotrwałe przedłużenie życia nierzadko połączone z dolegliwymi cierpieniami, należy zwrócić uwagę na trudności, które mogą niekiedy pojawiać się przy określeniu granicy dzielącej omówioną sytuację, uprawniającą do zrezygnowania ze stosowania uporczywej, aktywnej terapii od stanów, w których intensywne działanie terapeutyczne może potencjalnie wiązać się z przywróceniem szansy na istotną poprawę stanu zdrowia. Opracowanie precyzyjnych, powszechnie akceptowanych, prawno-medycznych regulacji postępowania w takich sytuacjach może okazać nader trudne. Wydaje się, że większe znaczenie przypada zasadom postępowania w określonych sytuacjach klinicznych, opracowywanym przez zespoły kompetentnych ekspertów, które są aktualizowane stosownie do postępów wiedzy medycznej. Podstawowe znaczenie ma zawsze rzetelna wiedza lekarza, jego doświadczenie oraz jego zasady etyczne. W sytuacjach trudnych pomoc konsultacyjna osób bardziej doświadczonych może okazać się niezbędna. Istotne znaczenie ma wola chorego, m.in. wyrażony na piśmie „testament życia”.

Legalizacja eutanazji miała zapobiec nadużyciom w tym zakresie i zmniejszyć rozmiary problemu nielegalnego jej stosowania. W świetle doświadczeń holenderskich stało się wręcz przeciwnie. Prawne zalegalizowanie eutanazji otworzyło szeroko wrota do jej powszechnego stosowania. Depenalizacja tej szczególnej formy zabijania spowodowała, że cały proces wymknął się spod kontroli. Według szacunkowych danych¹⁴ – w Holandii jeden na pięć zgonów (ok. 20%) wiąże się ze stosowaniem jednej z procedur eutanazyjnych. Jeszcze wyższe wskaźniki przytacza H. Jochemsen¹⁵, który zwraca uwagę, że są to dane orientacyjne i zaniżone, bowiem pokazana część zgonów związanych z eutanazją nie jest zgłaszana i co za tym idzie nie jest rejestrowana. Według szacunkowych danych, które ujawnił P. Admiraal [„Rzeczpospolita” 22.03.2004] przed kilku lat w Holandii wykonywano ok. 4,5 tysiąca eutanazji rocznie oraz 15 tysięcy „sedacji terminalnych” (która jest niewątpliwie szczególną formą działań eutanazyjnych). Oficjalne (zarejestrowane) dane są niższe, w 2009 roku w Holandii zarejestrowano 2636 przypadków eutanazji, przy czym liczba ta systematycznie zwiększa się (w porównaniu z poprzednim rokiem wzrost o 13%). W odniesieniu do znacznej liczby osób eutanazja jest stosowana bez ich

¹⁴ J. C. Willke (red.), *Życie czy śmierć. Stare i nowe tajemnice eutanazji*, Gdańsk 2000.

¹⁵ H. Jochemsen, *The practice and legislation of euthanasia in the Netherlands*, „Hospital” 5(2003), s. 17-20.

zgody, często na życzenie rodziny lub opiekunów. Coraz częściej zdarza się, że chorzy holenderscy obawiają się udać do szpitala, nie mają bowiem gwarancji, że nie zostaną tam uśmierceni, jednocześnie trwają przygotowania do legalizacji „samobójstwa wspomaganego” (ponad 112 tys. Holendrów podpisało się po projektem ustawy dotyczącej tego problemu). W najbliższej przyszłości w Holandii projektuje się uruchomienie sześciu mobilnych zespołów złożonych z przeszkolonego lekarza i asystującej mu pielęgniarki, którzy na życzenie wykonają zabieg eutanazji w domu osoby zainteresowanej lub jej rodziny, gdy lekarz rodzinny odmówił z przyczyn światopoglądowych dokonania eutanazji, na którą uzyskano legalną zgodę („Gazeta Wyborcza” 27.02.2012).

Lektura niektórych publikacji dotyczących eutanazji jest przygnębiająca, niekiedy przeraża. Dotyczy to nie tylko tych osób, które z powodu ciężkiej, nieuleczalnej choroby i związanego z nią cierpienia nie uzyskały efektywnej pomocy w zakończeniu życia. Zdumienie i przerażenie budzą wyznania niektórych lekarzy czynnie uczestniczących w procesie uśmiercania swoich pacjentów. P. Admiraal, nazywany „ojcem” holenderskiej eutanazji, który wykonał osobiście około 100 eutanazji, zapytany czy kiedykolwiek coś zachwiało jego przekonanie, co do słuszności decyzji o odbieraniu życia pacjentom stwierdził („Rzeczpospolita” 22.03.2004): „Czy miałem wątpliwości? Czy odczuwałem żal po tym, co zrobiłem? Ależ tak! Czasami zespół i ja byliśmy bardzo przygnębieni po eutanazji, ale nie dlatego, że podjęliśmy złą decyzję, lecz z powodu długiego wahania...”. Zaskakują komentarze dotyczące dzieci niesprawnych psychoruchowo i upośledzonych psychicznie, które zamieścił w swojej książce Ch. Barnard¹⁶, wybitny i zasłużony dla medycyny kardiochirurg, a jednocześnie zwolennik i propagator eutanazji.

Szwajcaria należy do państw, w których nie jest karalne udostępnianie zainteresowanym dużej, śmiertelnej dawki jednego z leków nasennych, który mogą sobie podać za pomocą odpowiedniego urzędnika. Możliwość tę wykorzystują dwie organizacje: „Exit” oraz „Dignitas” które zorganizowały komercyjną pomoc w realizacji samobójstw (w istocie jest to tzw. samobójstwo wspomagane). W ostatnich latach obserwuje się „turystykę eutanazyjną” do Szwajcarii głównie z Niemiec, Wielkiej Brytanii i Francji, dotarły tam również pojedyncze osoby z Polski. Pomoc w samobójstwie przynosi duże zyski organizatorom tego procederu. Według informacji przekazanych przez Soraję Wernli, była pielęgniarkę zatrudnioną w „Dignitas” koszt takiego zabiegu eutanazyjnego mieści się w przedziale 4-7 tysięcy euro, zdarza się też,

¹⁶ Ch. Barnard, *Godna śmierć*, Warszawa 1980.

że niektóre osoby przed śmiercią zapisują tej instytucji pokaźne sumy pieniędzy. „Exit” i „Dignitas” nie są jedynymi ośrodkami w Szwajcarii, gdzie można pozbawić się życia. Centralny Szpital w Lozannie gotów jest udostępnić swoim cierpiącym pacjentom śmiertelną dawkę środka nasennego, który mogą sobie zaaplikować. Opinia publiczna w Szwajcarii nie przejawia większego zainteresowania opisanymi wydarzeniami, dopiero odkrycie na dnie jeziora w okolicy Zurichu dużej ilości urn z prochami zmarłych, prawdopodobnie ofiar eutanazji, wzbudziło zainteresowanie prasy codziennej. Wyborcy z kantonu Zurich w referendum przeprowadzonym w 2011 roku odrzucili przytłaczającą większością głosów projekt zakazu eutanazji lub zakazu jej stosowania osobom niezamieszkałym w tym kantonie.

Sytuacja w Polsce

Świadome i celowe (zamierzone) pozbawianie życia w świetle polskiego prawa¹⁷ stanowi zabójstwo i jest karalne. Dotyczy to również zabójstwa człowieka na jego życzenie i pod wpływem współczucia (art. 150 KK), jak też namawiania do samobójstwa i pomocy w jego popełnieniu (art. 151 KK). Również *Kodeks Etyki Lekarskiej*¹⁸ w artykule 31 zabrania lekarzowi stosowania eutanazji lub pomocy choremu w popełnieniu samobójstwa. Nie posiadamy wiarygodnych danych na temat nielegalnego stosowania zabiegów eutanazyjnych w Polsce. Jest prawdopodobne, że w niektórych sytuacjach klinicznych, zwłaszcza w odniesieniu do osób nieuleczalnie chorych, cierpiących, niektóre działania mogą spełniać kryteria eutanazji, chociaż nie są tak nazywane. Ze względów zrozumiałych jest to problem niechętnie publicznie ujawniany. Dysponujemy natomiast danymi na temat poglądów i postaw polskiego społeczeństwa wobec problemu eutanazji. Wyniki badań prowadzonych w okresie minionych kilkunastu lat wskazują, że są to postawy coraz bardziej permissywne. Eutanazję popiera blisko połowa respondentów (niektórzy wskazują na dane jeszcze wyższe).

Jak wspomniałem na wstępie, sprawa eutanazji znajduje coraz większe zainteresowanie środków masowego przekazu, dotyczy to zarówno prasy codziennej, tygodników, telewizji, a również portali internetowych. Chociaż konkluzje części publikacji są krytyczne w sprawie celowości legalizacji eutanazji w naszym kraju, można odnieść wrażenie, że

¹⁷ *Kodeks Karny*, z dnia 6.06.1997 roku z późniejszymi zmianami (Dz.U. Nr 88, poz. 553).

¹⁸ *Kodeks Etyki Lekarskiej*, tekst jednolity z dn. 2.01.2004 zawierający zmiany uchwalone w dniu 20.09.2003 roku przez Nadzwyczajny VII Krajowy Zjazd Lekarzy, Naczelna Izba Lekarska, Warszawa 2004.

liczba wypowiedzi życzliwych eutanazji lub wyraźnie ją wspierających zwiększa się. Dotyczy to również opinii części osób publicznych, w tym polityków. Warto podkreślić, że oprócz publikacji prasowych pojawiło się również opracowania naukowe, w tym monografie¹⁹, jednak ich znaczenie dla kształtowania opinii publicznej jest niewielkie.

Lekarze aktywnymi uczestnikami procesu uśmiercania chorych

Zalegalizowanie i stosowanie eutanazji nierozłącznie wiąże się z udziałem lekarzy w procesie pozbawiania życia:

- W „eutanazji biernej” ma miejsce świadome odstąpienie od udzielenia dalszej pomocy osobom nieuleczalnie chorym lub w bardzo ciężkim stanie ogólnym, chociaż nie zawsze nieodwracalnym. Szczególną odmianą biernej eutanazji jest „sedacja terminalna”, mianowicie [za: P. Admiraalem, 2004]: „pacjentowi, u którego nie można powstrzymać cierpienia ani bólu, podaje się zwiększone dawki środków nasennych lub uspokajających, a jednocześnie przestaje się go odżywiać”, chory zapada w śpiączkę i umiera po dwóch, trzech dniach. P. Admiraal zwraca uwagę, że „o sedacji terminalnej nie trzeba nikomu mówić (tzn. wypełniać odpowiednich formularzy), bo to część codziennej praktyki medycznej, np. leczenia bólu”.
- W „eutanazji czynnej”, dokonywanej często bez zgody uśmiercanych osób – lekarz podaje choremu środek szybko powodujący zgon. W podejmowaniu decyzji uczestniczą niekiedy psychiatry, dotyczy to zwłaszcza sytuacji, gdy osoba nie jest w stanie wyrazić swojej woli, ale żąda tego rodzina lub opiekunowie w odniesieniu do osób niepełnosprawnych, dotkniętych otępieniem w przebiegu zwyrodnieniowych schorzeń o.u.n. (choroba Alzheimera i in.). Główną przesłanką decyzji o „eutanazji czynnej” (trudno tu jest mówić o jakiegokolwiek formie samobójstwa) jest niska jakość życia, w istocie zaś – często przesłanki ekonomiczne (koszty opieki nad osobą niepełnosprawną). Ten tragiczny problem został jednoznacznie oceniony w przeszłości przez autorytatywne gremia międzynarodowe jako działalność zbrodnicza, o czym często zapominają współcześni propagatorzy eutanazji.

¹⁹ M. Safjan, *Życie najpierw*, wypowiedź *Etycy o eutanazji*, „Gazeta Wyborcza” 12.04.2001.

- Przy „samobójstwie wspomaganym” – lekarz na życzenie chorego udostępnia środek uśmiercający (zwykle nie jest to trucizna lecz lek nasenny, który w dużej dawce prowadzi szybko do zgonu).

W świetle obowiązujących w Holandii regulacji prawnych lekarz może uczestniczyć w samobójstwie pacjenta, gdy osoba pragnąca umrzeć spełnia m.in. następujące warunki:

- domaga się śmierci dostatecznie długo i wyraża to żądanie w sposób w pełni świadomy i dobrowolny,
- cierpienie jest trudne do zniesienia i nieuleczalne, bez realnej perspektywy udzielenia efektywnej pomocy.

W świetle prawa holenderskiego obecność zaburzeń psychicznych nie wyklucza możliwości zastosowania eutanazji (p. dalsza część artykułu). Regulacje prawne w Holandii umożliwiają za zgodą rodziców stosowanie eutanazji u dzieci, które ukończyły 12 rok życia.

Legalizacja eutanazji i psychiatria

Doświadczenia z przeszłości

Udział psychiatrów w procesie uśmiercania osób chorych lub społecznie nieużytecznych nazywanym enigmatycznie „eutanazją” ma swoją dramatyczną historię. Ku przestrodze – warto przypomnieć, że wśród ponad trzystu tysięcy osób niepełnosprawnych zamordowanych w latach 1939-1945 w Trzeciej Rzeszy znalazło się około sto osiemdziesiąt tysięcy osób z różnymi zaburzeniami psychicznymi (w tym dzieci z upośledzeniem umysłowym), których zabito w ramach akcji T4²⁰. Pseudonaukowe przesłanki dla zbrodniczej eksterminacji tych osób (motywy eugeniczne, niska jakość życia) dostarczyli psychiatrzy, niektórzy z tytułem profesora²¹: prof. A. Hoche, który wspólnie z prawnikiem K. Bindlugiem opublikowali książkę: *Die Freigabe der Vernichtung lebensunwerten*, w której dowodzili, że życie, które nie ma wartości dla społeczeństwa przestaje być dobrem chronionym, prof. Carl Schneider – kierownik Kliniki Psychiatrycznej w Heidelbergu,

²⁰ *In Memoriam*, Katalog wystawy dotyczącej eksterminacji chorych psychicznie w III Rzeszy zorganizowanej z okazji XI Światowego Kongresu Psychiatrów, Hamburg 1999; Z. Jaroszewski (red.), *Zagłada chorych psychicznie w Polsce 1939-1945*, Warszawa 1993; T. Nasierowski, *Zagłada osób z zaburzeniami psychicznymi w okupowanej Polsce*, Warszawa 2008; L. Singer, *Ideology and ethics. The perversion of German psychiatrists ethics by the ideology of national socialism*, Eur. Psychiatry 1998, 13 (Suppl. 3), s. 87-92.

²¹ Za: T. Nasierowski, *Zagłada osób...*, dz. cyt.; L. Singer, *Ideology and ethics...*, dz. cyt.

prof. Ernst Rüdin (psychiatra i genetyk), doktorzy: Brandt, De Crins, Henze, Nitsche. W organizowaniu akcji T4 niechlubnie zapisał się dr Faltihanser. W selekcji chorych psychicznie do zrealizowania „dobrej śmierci” uczestniczyli również psychiatrzy zatrudnieni w szpitalach psychiatrycznych (niektórzy dyrektorzy i ordynatorzy). Obszerną dokumentację zbrodni popełnionych przez nazistów ramach akcji T4 w Polsce opracowali Z. Jaroszewski²² oraz T. Nasierowski²³. W 1999 roku z okazji XI Światowego Kongresu Psychiatrów w Hamburgu zorganizowano wystawę dokumentującą zbrodnie popełnione na osobach chorych psychicznie w Trzeciej Rzeszy. Katalog tej wystawy „In Memoriam” jest wstrząsającym dokumentem, z którym powinni zapoznać się wszyscy, którzy zapomnieli o wydarzeniach z przeszłości i znowu proponują włączenie psychiatrów w proces zabijania, chociaż z nieco innych przyczyn niż przed ponad siedemdziesięciu laty i przekonują, że współczesne działania i programy eutanazyjne nie mają nic wspólnego z tym, co czyniono w Trzeciej Rzeszy. Sprawa eutanazji zaczyna powracać na łamy niemieckich tygodników lekarskich i wskazuje, że upływ czasu zaczyna zacierać pamięć doświadczeń z przeszłości. Emerytowany profesor medycyny Hans Lauter²⁴ w renomowanym periodyku *Nervenarzt* w 2011 roku snuje rozważania o dopuszczalności eutanazji osób dotkniętych otępieniem i dochodzi do wniosku, że „w wyjątkowych sytuacjach postępowanie takie jest dopuszczalne”, zaś „pomoc w samobójstwie nie zawsze stoi w sprzeczności z etyką lekarską” i może być usprawiedliwione, powinno jednak w przyszłości podlegać kontroli prawnej. Dramatyczna historia uśmiercania chorych w Niemczech zaczyna więc zataczać krąg.

Sytuacja obecna

W prawie holenderskim i szwajcarskim obecność zaburzeń psychicznych nie pozbawia prawa do korzystania z „przywileju eutanazji”. Kryteria holenderskie, które powinna spełniać osoba domagająca się zakończenia jej życia przy udziale lekarza, w zasadzie dotyczą chorych somatycznie, mogą jednak znaleźć zastosowanie w odniesieniu do zdrowych fizycznie osób z przewlekłą depresją, u których uporczywe życzenie śmierci, trudne do zniesienia cierpienie oraz brak określonej perspektywy udzielenia efektywnej pomocy nie należą do cech osobliwie rzadkich.

²² Z. Jaroszewski (red.), *Zagłada chorych psychicznie...*, dz. cyt.

²³ T. Nasierowski, *Zagłada osób ...*, dz. cyt.

²⁴ H. Lauter, *Opieka lekarska w chorobach otępiennych a pomoc w samobójstwie*, „Psychiatria po Dyplomie” (2011) 8(6), s. 23-28.

W 1994 roku Sąd Najwyższy w Holandii w związku z rozpatrywaną sprawą psychiatry B. Chabota, który uczestniczył w samobójstwie 50-letniej pacjentki (depresja związana z utratą dwóch synów) stanął na stanowisku, że w wyjątkowych sytuacjach nie tylko nieuleczalna choroba somatyczna, ale również trudne do zniesienia cierpienia psychiczne mogą uprawniać lekarza do pomocy w samobójstwie pacjenta, przy czym raczej ciężkość cierpienia niż ich przyczyny mogą uzasadniać taką decyzję. Sąd najwyższy realizację takiej możliwości obwarował następującymi warunkami²⁵:

- chory powinien mieć zapewnioną maksymalną pomoc w dążeniu do ulgi w jego cierpieniu,
- w przypadku odmowy przez pacjenta skorzystania z alternatywnych form pomocy – nie należy mu umożliwić dokonanie „samobójstwa wspomaganego”,
- w decyzji powinni uczestniczyć eksperci, którzy osobiście zbadali pacjenta.

Przedstawiona w skrócie opinia Sądu Najwyższego, jest zgodna ze stanowiskiem Holenderskiego Królewskiego Stowarzyszenia Lekarzy, które wyraża pogląd, że obecność objawów psychopatologicznych automatycznie nie pozbawia osoby chorej prawa do skorzystania z „dobrodziejstwa” wspomaganego samobójstwa, co stało się swoistą legalizacją tej formy pozbawiania życia części osób przejawiających zaburzenia psychiczne, w szczególności chorych z depresją. Stanowisko takie podziela większość ankietowanych psychiatrów holenderskich. Spośród pięciuset pięćdziesięciu dwóch respondentów – 64% sądzi, że osoby ujawniające zaburzenia psychiczne, w szczególnych sytuacjach mają prawo do uzyskania pomocy w dokonaniu samobójstwa, przy czym 35% ankietowanych (dwustu pięciu psychiatrów) uczestniczyło we wstępnej procedurze kwalifikacyjnej i w odniesieniu do dwunastu chorych wyraziło zgodę na ten rodzaj samobójstwa. Na szczególną uwagę zasługuje opinia większości respondentów, że to lekarz pierwszego kontaktu powinien ocenić stan kliniczny pacjenta i rozstrzygać o ewentualnej potrzebie specjalistycznej (psychiatrycznej) oceny jego stanu psychicznego.

Również Szwajcaria jest krajem, który dopuszcza możliwość udzielenia pomocy w dokonaniu samobójstwa przez osoby z zaburzeniami psychicznymi. W 2010 roku Szwajcarski Sąd Najwyższy na posiedzeniu w Lozannie, rozpatrując wniosek 53-letniego chorego na schizofrenię

²⁵ Za: J. M. Groenewoud, P. J. van der Maas, G. van der Wal, M. W. Hengeveld, A. J. Tholen, W. J. Schudel, A. van der Heide, *Physician-assisted death in psychiatric practice in Netherlands*, *New Engl. J. Med.* (1997) 336, s. 1795-1801.

w sprawie zgody na popełnienie przez niego samobójstwa wspomaganego, orzekł, co następuje: „Uznaliśmy, że nieuleczalne, długotrwałe i poważne choroby psychiczne mogą powodować cierpienie i życie pacjenta nieznośnym. Skoro więc nasze prawo pozwala osobom śmiertelnie chorym na poddanie się eutanazji, podobną zgodę należy dać także ludziom cierpiącym na zaburzenia psychiczne”.

Przeprowadzone przed kilku laty badania ankietowe wśród trzystu dwudziestu jeden psychiatrów w stanie Oregon (USA) wskazują na dużą ich permisywność w odniesieniu do samobójstwa wspomaganego, mianowicie 68% respondentów sądzi, że jest dopuszczalne i opowiada się za legalizacją takiego postępowania, w szczególnych sytuacjach – za udostępnianiem nieuleczalnie chorym leków umożliwiających odebranie sobie życia. Autorzy badań²⁶ są zaskoczeni tymi rezultatami, które wskazują na rażącą rozbieżność pomiędzy opiniami swoich kolegów i stanem współczesnej wiedzy o przyczynach i uwarunkowaniach samobójstw oraz o szczególnej roli depresji w tym dramatycznym zjawisku.

Depresja a zniechęcenie do życia

Depresja jako stan chorobowy jest zaburzeniem psychicznym, który obejmuje nie tylko stan smutku, przygnębienia i zniechęcenia, poczucie zmęczenia i zanik zdolności do działania, bezsenność i rozliczne dolegliwości somatyczne, ale również głębokie zaburzenia myślenia, których istotą jest depresyjna, nacechowana pesymizmem i poczuciem beznadziejności ocena teraźniejszości i przyszłości, często również przeszłości. Mamy tu do czynienia z obrazem zaburzeń myślenia, który można nazwać „światopoglądem depresyjnym”²⁷. Ustąpienie depresji często idzie w parze ze zmianą oceny sytuacji własnej, wiąże się z bardziej realistycznym jej postrzeganiem, pogodzeniem się z realnie istniejącymi problemami lub podejmowaniem próby ich rozwiązywania, nierzadko skutecznym. Zniechęcenie do życia i pragnienie śmierci jest wspólną cechą stanów depresyjnych. U licznych chorych przybiera konkretne formy w postaci ujawnianych zamiarów samobójstwa, które część realizuje (przyczyną zgonu 15-20% osób z nawracającymi zaburzeniami afektywnymi jest samobójstwo). Przyczyny zamachów samobójczych chorych depresyjnych są złożone i wiążą się nie tylko z zaburzeniami nastroju i myślenia, ale często z nierozwiązalnymi, trudnymi problemami życiowymi. Nie ma prostej zależności pomiędzy

²⁶ Tamże.

²⁷ S. Pużyński, *Choroby afektywne nawracające*, [w:] *Psychiatria (Psychiatria Kliniczna)*, t. II drugie wydanie, S. Pużyński, J. Rybakowski, J. Wciórka (red.), Wrocław 2011, s. 305-376.

ryzykiem samobójstwa i ciężkością depresji ocenianą na podstawie liczby i nasilenia poszczególnych objawów i cech tego stanu.

Depresja jako pełny zespół chorobowy lub jako cecha występuje u większości osób, które odbierają sobie życie, w świetle niektórych badań dotyczy to 90% dokonanych samobójstw. Dysponujemy coraz licześniejszymi przesłankami, które wskazują, że wczesne rozpoznanie i prawidłowe leczenie depresji oraz zapobieganie nawrotom choroby może przyczynić się do wydatnego zmniejszenia ryzyka samobójstwa wśród osób dotkniętych zaburzeniami afektywnymi. Są też liczne dane, które dowodzą, że skuteczna pomoc terapeutyczna chorym depresyjnym przyczynia się do redukcji wskaźnika samobójstw w populacji ogólnej²⁸.

Badania epidemiologiczne wskazują, że co najmniej 10% osób dorosłych co najmniej raz w życiu doświadcza zaburzeń nastroju i emocji, które pod względem nasilenia i długości utrzymywania się spełniają kliniczne kryteria depresji (osiągają więc nasilenie chorobowe). Częstość zaburzeń depresyjnych wzrasta wraz z wiekiem, u osób w wieku podeszłym jest prawdopodobnie dwukrotnie większa niż w średnim. Zaburzenia depresyjne występują często w populacji chorych somatycznie, w niektórych schorzeniach ich rozpowszechnienie sięga 50%, w chorobach nieuleczalnych zaś jest jeszcze większe, przy czym obecność depresji wydatnie pogarsza rokowanie. Coraz więcej danych dowodzi, że pragnienie śmierci i myśli o samobójstwie u ciężko chorych, zwłaszcza dotkniętych nieuleczalną chorobą idą w parze z obecnością depresji o nasileniu klinicznym. W świetle badań Browna i współpracowników²⁹ wśród czterdziestu czterech nieuleczalnie chorych, w stanie terminalnym – trzydziestu czterech nie ujawniało myśli o samobójstwie, ani też pragnienia skrócenia ich życia, pozostałych dziesięciu wyrażało takie pragnienie, u wszystkich stwierdzono stan depresyjny o nasileniu klinicznym. Autorzy zwracają uwagę na ścisłą zależność pomiędzy myślami o samobójstwie i depresją. Żadna spośród osób, u których nie stwierdzono zaburzeń depresyjnych nie ujawniała oczekiwania skrócenia życia ani myśli samobójczych. Również wśród chorych hospicjów, którzy ujawniają tendencje samobójcze – u blisko 59% stwierdzono depresję o nasileniu klinicznym, u chorych bez takich tendencji jedynie u 7,7%.

Ocena natury zaburzeń nastroju i myślenia u nieuleczalnie chorych, w stanach terminalnych, w szczególności udzielenie odpowiedzi na

²⁸ Tamże.

²⁹ J. H. Brown, P. Henteleff, S. Barakat, Ch. J. Rowe, *Is it normal for terminally ill patients to desire death?*, Am. J. Psychiatry, (1986) 13, s. 208-211.

pytanie, czy występujące u chorego obniżenie nastroju, zniechęcenie do życia lub pragnienie śmierci są adekwatną reakcją na nieuleczalną chorobę, będącą źródłem cierpienia (a więc mieszczą się w ramach tzw. normy), czy też należy je zakwalifikować do chorobowych zaburzeń nastroju typu depresyjnego, a to bywa bardzo trudne, często niewykonalne³⁰. Z punktu widzenia klinicznego sprawa jest drugorzędna – w jednym i drugim przypadku choremu należy udzielić pomocy.

Współczesna psychiatria dysponuje pokaźną liczbą leków przeciwdepresyjnych, które umożliwiają efektywną pomoc terapeutyczną chorym z depresją. Nowe leki coraz szerzej dostępne, zapewniają większy komfort leczenia (mała liczba powikłań i objawów ubocznych) i mogą być stosowane u tych chorych z depresją i schorzeniami somatycznymi, u których klasyczne, trójpierścieniowe leki przeciwdepresyjne są przeciwwskazane³¹. Szereg przesłanek wskazuje, że nastąpi dalszy postęp w farmakologicznym leczeniu depresji. Należy podkreślić, że u znacznego odsetka chorych z depresją nie wolno ograniczać się do farmakoterapii, u licznych niezbędna jest pomoc psychoterapeutyczna, która wydatnie wspomaga efekty działania leków przeciwdepresyjnych. Część chorych wymaga również pomocy środowiskowej.

Dużym problemem klinicznym i społecznym są długotrwałe, uporczywe zaburzenia depresyjne, w których leczenie standardowe jest nieskuteczne lub mało efektywne. Chorzy z depresją przewlekłą, zwykle o umiarkowanym nasileniu, jednak często ujawniający zniechęcenie do życia, pragnienie śmierci i myśli samobójcze, stanowią 15-25% populacji osób z zaburzeniami afektywnymi. Często są to osoby w wieku podeszłym. Wbrew rozpowszechnionym opiniom o nieuleczalności takich stanów – u części chorych następuje poprawa stanu zdrowia (niekiedy pełna remisja) w wyniku właściwych oddziaływań terapeutycznych, poprawy warunków socjalnych, u części zaś poprawa lub remisja jest spontaniczna (nawet po kilku latach utrzymywania się depresji).

W wielu krajach (m.in. w Polsce) obecność bezpośredniego zagrożenia życia związana z chorobą psychiczną uzasadnia leczenie bez zgody pacjenta (art. 23 p. 1 *Ustawy o ochronie zdrowia psychicznego*), w przypadku depresji – wskazaniem do takiego postępowania są zagrażające życiu zamiary samobójcze. Przy takiej regulacji prawnej żądanie

³⁰ H. M. Chochinov, K. G. Wilson, M. Enns, S. Lander, *Prevalence of depression in the terminally ill: effects of diagnostic criteria and symptom threshold judgments*, Am. J. Psychiatry (1994) 151, s. 537-540; H. M. Chochinov, K. G. Wilson, M. Enns, N. Mowchun, S. Lander, M. Levitt, J. J. Clinch, *Desire for death in the terminally ill*, Am. J. Psychiatry (1995) 152, s. 1185-1191.

³¹ S. Puzyński, *Choroby afektywne...*, dz. cyt.

pozbawienia życia przez chorego z depresją (prośba o samobójstwo wspomagane) uznać należy za nieważne. Również z punktu widzenia klinicznego rozważania nad ważnością takiego żądania (świadoma zgoda) prowadzą donikąd.

Analiza współczesnego stanu wiedzy o przyczynach i rozpowszechnieniu zaburzeń depresyjnych oraz okolicznościach towarzyszących podejmowaniu decyzji o samobójstwie wspomaganym skłaniają do następujących wniosków:

- decyzje osób domagających się pomocy lekarza w pozbawieniu ich życia często wynikają ze szczególnego ich stanu emocjonalnego, który u licznych spełnia kryteria diagnostyczne depresji lub jest trudny do różnicowania z depresją;
- ocena czy oczekiwanie na pomoc lekarza w samobójstwie lub żądanie tej pomocy jest w pełni świadome i „racjonalne”, czy też przejawem zaburzenia depresyjnego jest często trudna lub wręcz niemożliwa;
- zniechęcenie do życia i pragnienie śmierci nie jest cechą trwałą i u wielu osób przemija;
- w odniesieniu do licznych zaburzeń psychicznych, w tym depresji, pojęcie „nieuleczalności” nie ma zastosowania;
- przy kwalifikowaniu chorych do szczególnej formy eutanazji, jaką jest samobójstwo wspomagane nawet przy przestrzeganiu „ścisłych kryteriów” – istotne znaczenie przypada czynnikom subiektywnym, w szczególności poglądom uczestników konsyliów na temat eutanazji oraz jej dopuszczalności.

Skuteczne leczenie depresyjnych zaburzeń nastroju jest bardzo ważną, ale nie jedyną formą pomocy osobom wykazującym zniechęcenie do kontynuowania życia i liczących na pomoc w jego pozbawieniu się. U licznych chorych nie mniej istotną formą pomocy jest usuwanie lub łagodzenie dolegliwości somatycznych, dotyczy to zwłaszcza bólu i bezsenności, która często towarzyszy bólom. Współczesna medycyna dysponuje szeregiem leków, które umożliwiają udzielenie efektywnej pomocy w takich sytuacjach, ich stosowanie wymaga jednak odpowiedniej wiedzy i doświadczenia lekarza ordynującego (wybór leku, dawki, połączeń kilku leków). Trudna do przecenienia jest udzielana pomoc psychologiczna i wsparcie, dotyczy to nie tylko osób opuszczonych, samotnych, ale również znajdujących się w pozornie dobrych warunkach, ale pozbawionych wsparcia emocjonalnego osób najbliższych. Brak pomocy psychologicznej może wydatnie obniżać skuteczność innych form oddziaływań³².

³² Tamże.

Pomoc osobom wykazujących omawiane tu problemy psychologiczne i somatyczne może być udzielana w warunkach domowych, część chorych wymaga pobytu w szpitalu lub hospicjum. Niezależnie od tego w jakich warunkach jest udzielana – życzliwe, ujawniające troskę otoczenie stanowi nieodłączną część efektywnej pomocy ludziom, którym zwolennicy eutanazji ze względów humanitarnych są skłonni doradzać zrezygnowanie z dalszego życia, a nawet wprowadzić odpowiednie regulacje, które ułatwią przerwanie życia. Efektywna pomoc takim osobom oznacza potrzebę aktywnej postawy najbliższego otoczenia, często znacznego wysiłku, który stanowić może duże obciążenie psychologiczne, fizyczne i materialne. Okoliczności tych nie należy pomijać w ocenie uwarunkowań dążenia do legalizacji eutanazji, chociaż motywów ściśle altruistycznych nie wolno lekceważyć.

Kompetencje psychiatrów

W dyskusjach nad miejscem psychiatrii i rolą lekarzy psychiatrów w sprawach dotyczących legalizacji oraz realizacji samobójstwa wspomaganego nie może być pominięty problem ich kompetencji, a ściślej wiedzy i doświadczenia w udzielaniu pomocy osobom nieuleczalnie chorym. Poza nielicznymi wyjątkami (psychiatrzy działający w hospicjach, stali konsultanci oddziałów onkologicznych), nader rzadko stykają się oni z nieuleczalnie chorymi, z osobami w stanach terminalnych. Kompetencje większości są ograniczone, ekspertyzy w sprawie życzeń nieuleczalnie chorych często odzwierciedlają poglądy ekspertów nie zaś faktyczny stan kliniczny pacjentów. W odniesieniu do niektórych uczestników dramatycznego procesu uśmiercania „zgodnie z prawem” należy brać pod uwagę szczególny rodzaj „infekcji psychicznej” w postaci opisywanego przez suicydologów zjawiska przejmowania przez udzielających pomocy osobom zagrożonym samobójstwem ich „suicydalnego obrazu myślenia o rzeczywistości”, w którym dominuje pesymizm i poczucie beznadziejności.

Legalizacja eutanazji przejawem kryzysu medycyny

Problem eutanazji ma wiele wymiarów, które mają znaczenie w debatach dotyczących jej dopuszczalności. Są to wymiary: moralny i etyczny, filozoficzny i religijny, kulturowy i społeczny, również ekonomiczny i polityczny. Wszystkie te wymiary i wynikające z nich przesłanki są analizowane często w sposób wybiórczy, nieuporządkowany, bez uwzględnienia ich hierarchii. Pomijane są doświadczenia z przeszłości, tej bardziej odległej, jak też wydarzenia, które miały miejsce jeszcze nie

tak dawno. Sądzę, że niezależnie od przesłanek i wymiarów, w jakich toczy się dyskusja, motywacji jej uczestników, udzielenie odpowiedzi na kilka pytań podstawowych ma dla wyników tej debaty znaczenie fundamentalne. Są to pytania (problemy) następujące:

1. Czy można pozbawiać życia (zabijać) człowieka?
2. Czy jakość życia może stanowić kryterium zachowania życia lub jego pozbawienia?
3. Czy pozbawienie życia jest dopuszczalną, humanitarną formą pomocy osobom cierpiącym, nieuleczalnie chorym?
4. Czy działanie takie mieści w zakresie zadań medycyny oraz uprawnień i obowiązków lekarza?

Bez jasnej, jednoznacznej odpowiedzi na te podstawowe pytania dyskusja dotycząca dopuszczalności eutanazji, jej legalizacji jest zwykle jałowa, w jej toku często pojawiają się argumenty demagogiczne.

Prawne usankcjonowanie eutanazji w niektórych krajach uruchomiło łańcuchowy bieg wydarzeń, którego przerwanie może okazać się trudne, na co dobitnie wskazuje sytuacja w Holandii. Eutanazja stać się może normą kulturową społeczeństwa konsumpcyjnego, w którym nie będzie akceptacji dla osób niesprawnych i niesamodzielnych, uciążliwych dla otoczenia najbliższego i dalszego, dotkniętych przewlekłymi chorobami (również psychicznymi), tych, którzy żyją długo, których utrzymanie jest kosztowne dla rodziny lub dla finansów publicznych i wszystkich tych, których życie ma niską jakość, jest mało warte dla innych lub nieopłacalne z punktu widzenia społecznego.

Lektura coraz obszerniejszego piśmiennictwa i wypowiedzi prasowych dotyczących eutanazji i tzw. samobójstwa wspomaganego (przy udziale lekarza) skłania do smutnej refleksji, mianowicie, większość zabierających głos w tej dramatycznej sprawie przedstawia swoje poglądy i argumenty natury filozoficznej, etycznej, prawnej. Do wyjątków należą publikacje, w których podejmowany jest problem pomocy nieuleczalnie chorym w końcowej fazie ich życia³³. Jeszcze mniejsza jest liczba badań dotyczących leczenia zaburzeń depresyjnych u nieuleczalnie chorych. Sądzę, że eutanazja, której szczególną formą jest tzw. samobójstwo wspomaganie jest przejawem kryzysu współczesnej medycyny i polityki społecznej w rozwiniętych krajach świata:

- kryzys medycyny wynika z bezradności w udzielaniu pomocy ludziom, którzy dzięki postępom wiedzy medycznej żyją dłużej niż dawniej. Wdrażaniu nowych, efektywnych metod terapii nie

³³ T. Borowski-Beszta, *Zabójstwo nazywane eutanazją* (maszynopis referatu udostępniony przez Autora); K. de Walden-Galuszko, *Podstawy opieki paliatywnej*, Warszawa 2007.

- towarzyszy adekwatny rozwój medycyny paliatywnej, systemu pomocy chorym w stanach terminalnych;
- wzrastające koszty świadczeń zdrowotnych ograniczają możliwość szerokiego ich udostępniania potrzebującym, dotyczy to zwłaszcza drogich metod terapii, które są dostępne wybranym grupom ludności z wyraźną dyskryminacją osób w wieku podeszłym oraz chorych nieuleczalnie;
 - eutanazja jest przejawem kryzysu rodziny, dla której opieka nad nieuleczalnie lub przewlekle chorym ojcem lub matką, współmałżonkiem lub dzieckiem jest „nadmiernym obciążeniem” psychicznym lub materialnym.

Sankcjonowane prawnie w niektórych państwach samobójstwo wspomagane (przez lekarzy) narusza podstawowe standardy postępowania lekarskiego: zasadę ochrony życia, zasadę zaufania w relacji pacjent – lekarz, zaciera granicę pomiędzy leczeniem i zabijaniem. Sądzę, że lekarz ma obowiązek i prawo do odmowy udziału w jakimkolwiek etapie działań, zmierzających do uśmiercania chorych i w swoim postępowaniu powinien kierować się tradycją uświęconymi oraz współczesnymi zasadami:

- „nikomu, nawet na żądanie, nie podawać śmiertelnej trucizny, ani nikomu jej doradzać” (*Przysięga Hipokratesa*)
- „służyć życiu i zdrowiu ludzkiemu” (*Przyrzeczenie Lekarskie*, które składa każdy absolwent wydziału lekarskiego w Polsce).

Z wielkim uznaniem należy przyjąć stanowisko Zgromadzenia Parlamentarnego Rady Europy zawarte w *Rezolucji 1859 (2012) Ochrona praw i godności człowieka poprzez zwrócenie uwagi na wcześniej wyrażone życzenia pacjentów* uchwalonej 25.01.2012 roku³⁴, której głównym posłaniem jest ochrona osób nieuleczalnie chorych przed intencjonalnym uśmiercaniem poprzez celowe działania lub zaniechanie działań terapeutycznych służących ich życiu oraz zobowiązuje państwa członkowskie do wprowadzenia u siebie odpowiednich regulacji prawnych w tej sprawie. Punkt 5 *Rezolucji* zawiera jednoznaczny w treści zapis zakazujący na zawsze eutanazji lub udziału (pomocy) lekarza w samobójstwie chorego.

Słowa kluczowe: eutanazja, samobójstwo przy udziale lekarza, legalizacja eutanazji, depresja i samobójstwa, problemy etyczne, kryzys medycyny

³⁴ *Rezolucja 1859 (2012):* „Ochrona praw i godności człowieka poprzez zwracanie uwagi na wcześniej wyrażone życzenia pacjentów” uchwalona przez Zgromadzenie Parlamentarne Rady Europy w dniu 25.01.2012 roku.