

Ronald Dworkin o prawie do eutanazji



Michał Pełka

Doktor nauk prawnych, autor monografii „Konflikt uprawnień w teorii prawa Ronalda Dworkina” (Warszawa 2012). Zajmuje się współczesną filozofią prawa.

✉ e-mp@wp.pl

Ronald Dworkin on the Right to Euthanasia

The article tackles the problem of euthanasia from the perspective of the ideas developed by an American legal philosopher Ronald Dworkin. In the first part the essential elements of his conceptions are described. The most important is Dworkin's view on the nature of the dispute concerning euthanasia and the distinction between a derivative and a detached understanding of the value of human existence. This part also lays out a classification of categories of people in respect of whom euthanasia could be applied and a division is made between experiential and critical interests, which in turn provides a basis for establishing the criteria for assessing the correctness of decisions involving the taking of the life of ill patients. Considerations are also made with regard to the seminal concepts in Dworkin's system, such as autonomy, beneficence and dignity. The second part of the article presents a critique of arguments put forward by the author of "Life's Dominion". The main objection is directed against Dworkin's understanding of the doctrine of sanctity of life. Additionally, the article points out shortcomings in his theory, including his insufficient discussion on slippery slope arguments, the principle of double effect, the distinction between ordinary and extraordinary medical procedures, and avoidance of consideration regarding the idea of palliative care. The paper ends with remarks about the need for reviewing the problem of euthanasia not from an extreme, individualistic viewpoint, as Dworkin does, but from a more social perspective.

Zjawisko eutanazji, rozumianej jako pozbawienie życia chorej i cierpiącej lub też rannej podczas bitwy osoby, na jej żądanie i pod wpływem współczucia dla niej, towarzyszy ludzkości już zapewne od jej początków. Do obiegu intelektualnego i filozoficznego pojęcie eutanazji zostało wprowadzone w starożytnej Grecji, gdy poeta Kratinos posłużył się nim dla określenia „śmierci dobrej” lub „śmierci

pięknej”¹. Jednakże dopiero w XX

1 N. Aumonier, B. Beignier, Ph. Letellier, *Eutanazja*, przeł. E. Burska, Warszawa 2003, s. 37. Na trudności w zdefiniowaniu terminu „eutanazja” wskazuje Katarzyna Nazar-Gutowska w artykule *Pojęcie i rodzaje eutanazji* (w:) M. Mozgawa (red.), *Eutanazja*, Warszawa 2015, s. 13 i n. Według Amadeusza Pali definicja eutanazji powinna uwzględniać trzy komponenty: osobę sprawcy czynu,

wieku dużego znaczenia nabrała kwestia zakresu prawnej dopuszczalności zabójstwa z litości. Tocząca się nad tym zagadnieniem debata ogniskuje się zasadniczo wokół problemu prymatu doktryny „świętości jednostkowego życia” – związanej najczęściej ze stroną

jest przeformułowanie toczącej się dyskusji, tak aby poprzez wysuwane dystynkcje pojęciowe i pomysły argumentacyjne uzyskać konkluzywne rozwiązanie. Jedną z takich prób całościowego, a przez to definitywnego rozstrzygnięcia trwającej kontrowersji jest teoria

Jak zauważa autor *Life's Dominion*, twierdzenia dotyczące wartości ludzkiego życia mogą być formułowane albo w oparciu o względy – jak je nazywa – pochodne czy też wtórne (*derivative*), albo o względy oderwane czy też pierwotne (*detached*).

konserwatywną – nad koncepcją „jakości ludzkiego istnienia” – przypisywaną obozowi liberalnemu. Wyszukane na rzecz poszczególnych stanowisk argumenty jak dotąd nie zdołały przekonać strony przeciwnej. Nie wydaje się zatem, aby zakończenie trwającego sporu było szybkie i bliskie. Niemniej jednak niemożność osiągnięcia porozumienia nie oznacza, że co pewien czas nie są podejmowane nowe starania, których celem

dotycząca prawa do eutanazji przedstawiona przez jednego z najwybitniejszych współczesnych filozofów prawa Ronalda Dworkina w książce *Life's Dominion. An Argument about Abortion, Euthanasia, and Individual Freedom*². Celem niniejszego opracowania jest rekonstrukcja i krytyczna analiza stanowiska Ronalda Dworkina w sprawie sporu o eutanazję. Stawia sobie ono za zadanie omówienie zarówno mocnych stron, jak i słabości jego poglądów na tę kwestię. Aby móc w sposób pełny i kompetentny odnieść się do propozycji wysuniętych we wskazanej rozprawie, konieczne jest najpierw ich przedstawienie – i to będzie przedmiotem pierwszej części artykułu. Druga jego część zawiera uwagi krytyczne względem stanowiska tego filozofa społecznego. Pośrednim celem artykułu jest lepsze zrozumienie filozofii leżących u podłoża decyzji dotyczących eutanazji i wspomaganej samobójstwa i z tego też względu użyteczne może być bliższe przyjrzenie się argumentom wysuniętym przez autora *Life's Dominion*.

kwalifikację sposobu postępowania oraz wolę podmiotu poddanego zachowaniu; por. A. Pala, *Śmierć na miarę człowieka*, Kraków 2014, s. 118. John Finnis twierdzi natomiast, iż słowo *eutanazja* jest narzędziem retorycznym i pełni funkcję perswazyjną, przez co nie ma i nie może mieć szerszej przyjętego i filozoficznie akceptowanego znaczenia semantycznego; zob. tegoż, *Filozoficzny argument przeciwko eutanazji* (w:) W. Galewicz (red.), *Wokół śmierci i umierania*, Kraków 2009, s. 183. Inaczej na sprawę zapatruje się Tomasz Pietrzykowski, który utrzymuje, że rozróżnienie rodzajów eutanazji jest ważne i istotne, gdyż może przekładać się na odmienną ocenę zachowań podpadających pod to pojęcie – tenże, *Etyczne problemy prawa. Zarys wykładu*, Katowice 2005, s. 191. Wydaje się, że jedynym bezspornym elementem definiowania eutanazji jest intencja spowodowania śmierci pacjenta – brak tej intencji przesądza o tym, iż nie można mówić o eutanazji. Tak A. Alichniewicz, *Eutanazja i lekarska pomoc w samobójstwie* (w:) J. Różyńska, W. Chańska (red.), *Bioetyka*, Warszawa 2013, s. 284.

I. Ekspozycja stanowiska Ronalda Dworkina

Według Ronalda Dworkina trwająca debata wokół eutanazji znacznie zyskałaby na klarowności, gdyby

2 R. Dworkin, *Life's Dominion. An Argument about Abortion, Euthanasia, and Individual Freedom*, New York, 1993.

jej uczestnicy zdali sobie sprawę, iż faktycznie spierają się nie o to, czy osoby w śpiączce lub stanach trwale wegetatywnych bądź z demencją posiadają interesy i uprawnienia, lecz o właściwą interpretację wewnętrznej świętości ludzkiego życia. Jak zauważa autor *Life's Dominion*, twierdzenia dotyczące wartości ludzkiego życia mogą być formułowane albo w oparciu o względy – jak je nazywa – pochodne czy też wtórne (*derivative*), albo o względy oderwane czy też pierwotne (*detached*)³. Te pierwsze są wysuwane z uwagi na to, że określona jednostka jest osobą wyposażoną w interesy i uprawnienia – w tym przypadku podstawa uznania wartości jednostki jest *pochodna* względem przysługiwania jej interesów i uprawnień. Natomiast te drugie twierdzenia o wartości są formułowane z uwagi na wewnętrzną (samoistną) wartość ludzkiego życia, a więc w sposób *oderwany* od tego, czy osobie można przypisać interesy i uprawnienia. Zdaniem amerykańskiego filozofa prawa problem eutanazji winien być postrzegany w perspektywie *oderwanej* wartości ludzkiego życia, a więc jego samoistnej świętości, a nie w kategoriach *pochodnego* szacunku dla życia, czyli ze względu na interesy i uprawnienia poszczególnych osób. Istota świętości zasadza się na znaczeniu i wartości, jakie przypisujemy samemu określonemu procesowi lub zjawisku, a nie na skutkach, jakie mogą one przynieść⁴.

Każde życie ludzkie jest święte, czyli inaczej nienaruszalne (*inviolable*), ponieważ może być postrzegane jako wynik kreatywnego procesu stanowiącego konsekwencję zamierzonych ludzkich wyborów lub też działania osobowego Absolutu bądź natury. Każde przedwczesne zakończenie życia jest stratą, która jest tym większa, im wyższy jest poziom wynikającej z natury lub ludzkiego działania inwestycji w to życie – zauważalne różnice pomiędzy liberałami i konserwatystami są pochodną różnic w ocenie tej ludzkiej lub naturalnej inwestycji⁵. W tym świetle rozstrzygnięcie, czy eutanazja narusza, czy też wzmacnia poszanowanie zasady świętości życia, będzie zależeć od stopnia

straty, jaką spowoduje. A zatem w Dworkinowskim ujęciu świętość ludzkiego życia jest stopniowalna i nie jest wartością absolutną⁶. Tym samym, gdy Dworkin określa coś mianem „święty” lub „nienaruszalny”, nie sposób wydobyc z takiej kwalifikacji zbyt wiele treści, gdyż opis ten nie pociąga za sobą uznania jakiegś minimalnej wartości. Życie osoby dotkniętej zaawansowaną chorobą Alzheimera jest święte, czyli bardzo ważne, ale potrzebne są dalsze doprecyzowania i ustalenie, czy na przykład jest ono bardziej czy mniej święte niż życie innej osoby lub innej postaci dobra, aby można było wywnioskować, jakie traktowanie i jaka uwaga są należne tej osobie.

Autor *Life's Dominion* proponuje rozważenie hipotetycznej sytuacji decyzji starszej, chorej kobiety, która popadła w demencję w wyniku choroby Alzheimera. Wcześniej, gdy była jeszcze kompetentna i racjonalna, wyraziła stanowcze pragnienie, aby być zabita, jeśli zapadnie na demencję. Jednak teraz, gdy została dotknięta demencją, kobieta wydaje się cieszyć życiem i mówi, że chce żyć dalej. Dworkin zadaje pytanie, którą z prośb powinniśmy spełnić: wcześniejszą, racjonalną prośbę czy też prośbę obecną, wyrażoną w stanie demencji. I sam odpowiada, że możemy żywić odrazę do społeczeństwa, które zabija osoby cieszące się życiem, nawet jeśli jest to egzystencja w demencji, i że możemy mieć dobre powody do traktowania tych osób tak, jak chcą obecnie, jednakże takie traktowanie raczej łamie, niż respektuje ich autonomię⁷.

W modelu Dworkina zamierzone i czynne skrócenie życia osób znajdujących się w trwałym stanie wegetatywnym lub dotkniętych chorobą Alzheimera może być przejawem szacunku dla ich autonomii, gdyż

6 Tamże, s. 80. Byłoby czymś niewłaściwym doprowadzenie do wyginięcia szczególnie rzadkiego egzotycznego ptaka, ale czymś znacznie gorszym zniszczenie gatunku tygrysa syberyjskiego.

7 Tamże, s. 229. Zasada autonomii jest bardzo często przywoływana przez stronę liberalną jako uzasadnienie dla dopuszczenia eutanazji. W toku rozwoju myśli polityczno-prawnej z autonomii jednostek wywiedziono uprawnienie do prywatności oraz uprawnienie do samookreślenia celów własnej egzystencji. Tak np. Ch.R. Boning, *Rational Euthanasia: Mortality, Morality and Assisted Suicide*, „University of Florida Journal of Law and Public Policy” 1996, vol. 8, s. 84.

3 Tamże, s. 11.

4 Tamże, s. 78. W ten sposób wartościowe są, oprócz ludzkiego życia, także dzieła sztuki, zwłaszcza rzeźby i obrazy, jak również zagrożone gatunki zwierząt i środowisko naturalne.

5 Tamże, s. 213 i n.

są one obdarzone zarówno autonomią osoby w demencji, jak i autonomią osoby, która uległa demencji (czyli autonomią uprzednią, przed zachorowaniem). Jego zdaniem powinniśmy respektować autonomię tych osób poprzez wdrożenie ich życzeń wyrażonych w stanie, gdy jeszcze były kompetentne albo też poprzez przeprowadzenie swoistego testu i udzielenie odpowiedzi na pytanie, jaką decyzję by podjęły, gdyby były kompetentne.

Pozbawienie życia może być także w najlepszym interesie tych osób. Dworkin dokonuje bowiem rozróżnienia pomiędzy interesami doświadczeniowymi (*experiential interests*) oraz interesami krytycznymi (*critical interests*)⁸. Do tych pierwszych należą interesy związane z rzeczami, które dodają coś życiu dlatego, że lubimy je robić z uwagi na związaną z nimi przyjemność, jak np. oglądanie meczów piłki nożnej, gotowanie smacznych posiłków, słuchanie muzyki, czy też spacerowanie po lesie. Te drugie, krytyczne, jak np. posiadanie bliskich relacji z dziećmi, to interesy, które czynią życie lepszym i których powinniśmy chcieć bardziej niż tych, które po prostu zdarza nam się lubić.

Wyrażone w stanie pełnej kompetencji i przytomności życzenia osoby, która zapada następnie na chorobę Alzheimera, aby zostać zabita, powinny być respektowane nawet wtedy, gdy w ocenie otoczenia i osób opiekujących się tą osobą wydaje się ona najszcześliwsza na świecie. Autonomia, dobroczynność (*beneficence*) oraz godność w równym stopniu wspierają skrócenie życia. Autonomia z uwagi na życzenie wyrażone w stanie kompetentnym, dobroczynność ze względu na to, iż osoba w stanie demencji nie potrafi wchodzić w relacje i doświadczać zaangażowań, które dawałyby jej życiu wartość, a samo życie kontynuowane w nieakceptowany sposób stanowi dla niej krzywdę, a godność z tego powodu, że życie w upokarzających warunkach, w ogólnym rozrachunku, jest przeciwne jej interesom krytycznym, gdyż środki opieki, którym jest poddawana, szczególnie te poza jej wiedzą i świadomością, obrażają godność tej osoby.

Sposób, w jaki jednostka umiera, ma znaczenie dla „krytycznego sukcesu” jej życia, ponieważ każda część życia jest ważna, a śmierć jest symbolicznym wydarzeniem w opowieści czy też narracji, jaką życie

stanowi. Bycie pozbawionym życia może być zarówno w interesie doświadczeniowym, np. aby zapobiec bólowi związanemu z chorobą, jak i w interesie krytycznym, gdy dalsze życie w stanie silnego cierpienia uczyniłoby, wedle jednostki, jej życie narracyjnym wrakiem⁹. Jednakże nie zawsze zaspokojenie tych dwóch rodzajów interesów musi iść w parze, stąd pojawia się konieczność ich rozróżnienia. Jeśli bowiem tylko interesy doświadczeniowe brane byłyby pod uwagę, wówczas nie można wykluczyć, że inna decyzja zostałaby podjęta odnośnie śmierci danej osoby, niż gdyby uwzględnione zostały interesy krytyczne, a więc globalna ocena życia i jego znaczenia dla jednostki.

Zauważenie konieczności zmiany perspektywy postrzegania batalii o eutanazję ma, w nadziei Dworkina, pomóc znaleźć wspólną płaszczyznę pomiędzy stroną konserwatywną i liberalną w zakresie tego sporu: świętość ludzkiego życia jest ideą wyraźnie nacechowaną religijnie i duchowo i z tego też względu rozumienie jej wymogów winno być pozostawione indywidualnym moralnym wyborom poszczególnych jednostek, a nie urzędowo narzucane w drodze przymusu przez tę czy inną większość parlamentarną. Oznacza to przyznanie jednostkom silnego uprawnienia do eutanazji, czyli atutu w ich rękach zdolnego do przebijania zbiorowych (ogólnospołecznych) racji i interesów¹⁰. Autor *Life's Dominion* zdaje się zachęcać, abyśmy podjęli staranie odpowiedzi na pytanie, czy życie biologiczne istoty ludzkiej jest samoistnie, wewnętrznie wartościowe, czy też jego wartość i znaczenie wywodzą się z innych

9 Tamże, s. 211. Należy jednak odnotować, iż jak trafnie wskazuje J.A. Robertson, kształt całego życia nie jest znany, dopóki nie zostaną przeżyte wszystkie jego doświadczenia. W ten sposób dramatyczny wypadek może być postrzegany nie jako całkowicie nowa narracja, lecz jako nowy rozdział w opowieści już rozpoczętej danej jednostki. Zob. J.A. Robertson, *Autonomy's Dominion: Dworkin on Abortion and Euthanasia*, „Law and Social Inquiry” 1994, vol. 19, nr 2, s. 478, przyp. 51.

10 Por. R. Dworkin, *Rights as Trumps* (w:) J. Waldron (red.), *Theories of Rights*, Oxford 1984, s. 153. Naturalnie strona konserwatywna będzie twierdzić, iż to „świętość życia” przebija wartość „autonomii”. Por. M. Williams, *Euthanasia and the Ethics of Trees. Law and Ethics Through Aesthetics*, „The Australian Feminist Law Journal” 1998, vol. 10, s. 112.

8 Tamże, s. 201.

czynników, jak samoświadomość, racjonalność lub zdolność do komunikowania własnych postrzeżeń¹¹.

Dworkin uważał, że żadna jednolita, zbiorowa decyzja nie może pasować do wszystkich przypadków i dlatego też państwo powinno w kwestii zakończenia życia pozostawić swobodę decyzji jednostkom lub też ich najbliższym, jeśli sama jednostka nie pozostawiła w tej sprawie odpowiedniej dyrektywy w postaci np. testamentu życia. Jeśli w indywidualnym interesie jednostki jest to, aby została zabita, to zasada świętości

eutanazja, to nie to, czy świętość życia powinna ustąpić względem innych wartości, takich jak humanitaryzm lub współczucie, lecz w jaki sposób świętość życia powinna być rozumiana i respektowana¹².

II. Krytyka koncepcji Ronalda Dworkina

Poważny zarzut, jaki można postawić systemowi Dworkina, to niezgodne z tradycją prawa naturalnego posłużenie się kategorią „świętości życia”. W istocie, tradycyjne (prawnonaturalne) pojęcie świętości



Dworkin uważał, że żadna jednolita, zbiorowa decyzja nie może pasować do wszystkich przypadków i dlatego też państwo powinno w kwestii zakończenia życia pozostawić swobodę decyzji jednostkom lub też ich najbliższym, jeśli sama jednostka nie pozostawiła w tej sprawie odpowiedniej dyrektywy w postaci np. testamentu życia.

może wspierać tę decyzję. Uznanie, że wcześniejsze zakończenie życia jest zawsze przeciwne najlepszym interesom pacjenta lub też że jest gorsze niż przedłużanie życia bez względu na koszty, może być postrzegane jako naruszające zasadę świętości – zdefiniowaną poprzez odwołanie do krytycznych interesów danej jednostki. Zagadnienie, jakie stawia do rozwiązania

życia oraz Dworkinowska redefinicja tej zasady są radykalnie przeciwstawne względem siebie. Tradycyjne, wywodzące się z doktryny religii katolickiej ujęcie zasady świętości życia stwierdza, iż nigdy nie jest dopuszczalne zabicie niewinnej osoby, czy to poprzez podjęcie działania, czy też powstrzymanie się od działania (zaniechanie) z intencją zakończenia jej życia¹³. Warto dodać, że wynikająca z zasady świętości życia godność osoby znajduje zastosowanie do wszystkich jednostek ludzkich na mocy ich natury,

11 Tom Stacy zauważa, iż zagadnienia, jakie stawia problem eutanazji, są podobne do tych, jakie wywołuje kwestia aborcji. W obu przypadkach spór ogniskuje się wokół ustalenia, kto ma podejmować decyzję o zakończeniu życia: czy państwo, czy też jednostka. Można nawet powiedzieć, iż względy przemawiające za tym, aby to jednostce przyznać swobodę decydowania, są silniejsze w przypadku eutanazji niż aborcji: aborcja angażuje zarówno matkę jak i płód, natomiast eutanazja dotyczy zasadniczo losu tylko osoby domagającej się uśmiercenia. T. Stacy, *Euthanasia and the Supreme Court's Competing Conceptions of Religious Liberty*, „Issues in Law and Medicine” 1994, vol. 10, nr 1, s. 63.

12 R. Dworkin, *Life's Dominion...*, dz. cyt., s. 217.

13 B.W. Miller, *A Time to Kill. Ronald Dworkin and the Ethics of Euthanasia*, „Res Publica” 1996, vol. 2, nr 1, s. 33. Oznacza to, że w świetle doktryny prawa naturalnego odwołującej się do zasad rozumowania praktycznego, niedopuszczalnym jest wybór lub intencja mające na celu doprowadzenie do zniszczenia któregoś z podstawowych dóbr, czy to samej działającej jednostki, czy też innej osoby.

a nie zdolności czy też przydatności w ramach utilitarystycznego rachunku strat i zysków¹⁴. Tymczasem w ujęciu Dworkina zasada świętości życia przekształca się w swe przeciwieństwo, gdyż pomimo powiązania z pojęciem nienaruszalności może w pewnych przypadkach rekomendować intencjonalne zabicie człowieka na podstawie oceny, że byłoby dla niego lepiej, gdyby nie żył. Takie postawienie sprawy pociąga za sobą uznanie, iż w tym modelu życie ludzkie nie jest dobrem podstawowym, lecz jedynie przygodnym i wręcz instrumentalnym, którego wartość jest uzależniona od zdolności do przeżywania świadomych doświadczeń, stanowiących zamierzoną inwestycję danej jednostki¹⁵. W dość arbitralny sposób zakłada się tutaj, że wartość ludzkiego życia nie może być nadana z zewnątrz, lecz musi być wygenerowana samodzielnie przez jednostkę, a to jest niemożliwe w przypadku pacjentów dotkniętych demencją.

Ważnym wkładem Dworkina w sporze o eutanazję jest zwrócenie uwagi na to, że sposób, w jaki jednostka umiera, jest ważną częścią jej życia. Aby jednak jego koncepcja mogła być uznana za bardziej adekwatną lub też mogła znaleźć szerszą aprobatę, winna być bardziej zniuansowana. Autor *Life's Dominion* pomija bowiem w swoich rozważaniach szereg czynników, które sprawiają, że jego analizy nie są dostatecznie szczegółowe. Jednym z takich czynników, który wymaga dopracowania, jest kwestia błędnej diagnozy. Nie można bowiem nie zauważyć, że stawiane przez lekarzy diagnozy niemal nigdy nie są pewne w stu procentach. Dotknięta chorobą osoba może zdecydować się, by umrzeć, gdyż zostało jej oznajmione, że i tak umrze, niezależnie od tego, co zrobi, bądź też że ból, którego doświadcza, nie może być zmniejszony lub że może być usunięty, ale tylko poprzez poddanie jej śpiącz-

ce, której obawia się bardziej niż bólu – a te wszystkie stwierdzenia mogą przecież okazać się nieprawdziwe.

Innym czynnikiem wymagającym uzupełnienia jest konieczność wzięcia pod uwagę niekompetencji osoby chorej. Może ona bowiem być na tyle oszołomiona diagnozą bliskiej śmierci, że nie będzie w stanie podjąć swobodnej i w pełni kompetentnej decyzji o poddaniu się eutanazji lub wspomaganemu samobójstwu. Mimo że w miejscach, w których zalegalizowano eutanazję i wspomaganie samobójstwo, wprowadzono szereg zabezpieczeń proceduralnych mających zapewnić, aby decyzje osób terminalnie chorych były podejmowane w pełni władz umysłowych¹⁶, to jednak błędu w tym zakresie wykluczyć w pełni nie sposób.

Z tym drugim czynnikiem wiąże się jeszcze trzeci, a mianowicie możliwość nieformalnego, ale silnego wpływu przez bliskich na chorych pacjentów, tak aby dla dobra interesów rodziny podejmowali decyzje o zakończeniu życia, a ci, niekiedy pod nawet subtelnym naciskiem i kierowani nieśmiałością, mogą się na to godzić.

Autor *Life's Dominion* jest świadom tych problemów, jednakże nie odpowiada na nie wprost, lecz posługuje się analogią z przypadkiem wolności słowa. Pisze bowiem, że zdarzają się sytuacje, gdy ludzie giną w rozruchach, do których dochodzi wskutek ostrych wypowiedzi politycznych. Nikt jednak rozsądny nie postulowałby, aby w takich przypadkach, w imię bezpieczeństwa, zakazać niepopularnych przemówień politycznych¹⁷.

Odpowiedź ta nie jest jednak satysfakcjonująca, gdyż nie uwzględnia ważnego elementu, który blokuje trafność zaproponowanej analogii, a mianowicie adekwatnego związku przyczynowego, który nie zachodzi w przypadku wolności słowa i możliwości zabójstwa, które może w wyniku jej wykorzystania mieć miejsce, zachodzi natomiast pomiędzy podaniem śmiertelnego leku a utratą życia przez chorą osobę.

Należy także wskazać, że naczelnym celem praktyki medycznej i zwykłym celem leczenia jest przywraca-

14 Trafnie wskazuje Weronika Chańska, że tradycyjna doktryna świętości życia traktuje życie jako święte niezależnie od stopnia bądź rodzaju cierpienia, upośledzenia, rozwoju choroby, zależności od innych osób, bez względu na bliskość śmierci, bycie ciężarem dla bliskich i otoczenia oraz życzenie chorej osoby, czy chce dalej żyć. W. Chańska, *Nieszczęsny dar życia. Filozofia i etyka jakości życia w medycynie współczesnej*, Wrocław 2009, s. 15.

15 J. Keown, *Book Review*, „The Law Quarterly Review” 1994, vol. 110, s. 674.

16 Por. np. omówienie regulacji wprowadzonej w Stanach Zjednoczonych w stanie Oregon przez Monikę Płatek w artykule *Eutanazja – Etikettenschwindel a prawo do dobrej śmierci* (w:) M. Mozgawa (red.), *Eutanazja*, Warszawa 2015, s. 50 i n.

17 R. Dworkin, *Euthanasia, Morality, and Law. Transcript*, „Loyola of Los Angeles Law Review” 1998, vol. 31, s. 1157 i n.

nie zdrowia pacjentom, a gdy nie jest to możliwe, łagodzenie cierpienia. Ten cel jest zwykle nieosiągalny dla pacjentów w stanie trwale wegetatywnym. Szacunek dla świętości życia nie wymaga jednak, aby życie ludzkie było przedłużane tak długo, jak to możliwe, za wszelką cenę. Procedury medyczne, które przedłużają umieranie i utrzymują pacjenta przy życiu, a jednocześnie stwarzają fizyczne i psychologiczne obciążenia niepozostające w rozsądnej proporcji do pożytków, jakie mogą przynieść, nie stanowią ani właściwego wypełnienia zasady świętości życia, ani też części dobrej praktyki medycznej. W takich przypadkach leczenie może być zaprzestane, jednak nie z powodu uznania, że życie pacjenta nie jest warte dalszego trwania, ale dlatego, że proponowane leczenie pociąga za sobą ciężary, takie jak ból, których nie chciałby on ponosić, albo też dlatego, że obiecane korzyści medyczne są mało prawdopodobne lub też nieproporcjonalnie małe, aby uzasadnić przedłużające się obciążenia. A zatem z całą stanowczością wystrzegać się należy zabiegu przyznawania uprawnienia wybranym jednostkom, nawet gdyby były lekarzami, do wyrażania opinii, że pewne życia nie są warte przeżycia.

Ważne jest zatem przestrzeganie rozróżnienia między wycofaniem sztucznego odżywiania i nawadniania z zamiarem zakończenia życia, a uczynieniem tego samego z intencją zakończenia daremnego leczenia¹⁸. Jest to zatem rozróżnienie pomiędzy sytuacją, gdy odmowa dalszego leczenia przez pacjenta stanowi pozwolenie, aby natura działała według swoich prawideł, a sytuacją samobójstwa, które polega na zamierzonym, intencjonalnym użyciu środka sztucznie prowadzącego do śmierci. Te dwa zachowania są odmiennie postrzegane z punktu widzenia oceny moralnej, chociaż z drugiej strony dystynkcja pomiędzy działaniem i zaniechaniem może być podatna na manipulację: odmowa podania jedzenia może być przedstawiona jako „zaniechanie” odżywiania lub jako „aktywne” głodzenie; podobnie usunięcie sondy odżywiającej i nawadniającej może być „aktywnym” odłączeniem aparatury albo tylko „pasywnym” zaniechaniem do-

starczenia zaawansowanej opieki medycznej. Oczywiście poza sporem jest dopuszczenie, że kompetentna osoba może odmówić leczenia medycznego, nawet jeśli takie działanie nieuchronnie doprowadzi do śmierci. Otwarcie drzwi do intencjonalnego aktu zabójstwa może prowadzić do trudnych moralnych i prawnych kwestii, a mianowicie pytań dotyczących oceny, które życia są warte absolutnej ochrony prawnej, a które życia nie są już więcej warte kontynuowania – a kwestie te zdają się nie pojawiać, gdy śmierć jest wyłącznie przewidywana¹⁹.

Ważne i zastanawiające w teorii Dworkina są jeszcze inne elementy, których w niej nie ma. W tym względzie należy na wstępie zwrócić uwagę na niepełne wskazanie grupy osób, którym miałyby przysługiwać prawo do dobrej śmierci. W sposób wyraźny Dworkin wymienia trzy kategorie pacjentów, którzy są objęci jego teorią, a mianowicie (1) osoby świadome i kompetentne, znajdujące się w stanie terminalnym, (2) jednostki nieświadome w stałym stanie wegeta-

19 Jak jednak podnosi H. Lardy, błędem jest uważanie, iż bierna eutanazja, czy też pozwolenie na śmierć, jest mniej problematyczna moralnie niż eutanazja aktywna, gdyż to rozróżnienie odnosi się wyłącznie do metody spowodowania śmierci, a nie oceny etycznej tego czynu. Co więcej, w pewnych przypadkach bierna eutanazja może być mniej akceptowalna niż jej aktywna forma: dzieje się tak na przykład wtedy, gdy osoba, względem której leczenie, odżywianie i nawadnianie są wycofane, ma zdolność do odczuwania bólu i będzie bardzo cierpieć w toku procesu umierania. Zob. H. Lardy, *Euthanasia and Euphemism: Law Hospital NHS Trust v Lord Advocate*, „The Edinburgh Law Review” 1997, vol. 1, s. 229. Podobnie uważa Michael Tooley, wskazując, iż rozróżnienie między aktywną i pasywną eutanazją wcale nie jest tak niekontrowersyjne, jakby mogło się bezrefleksyjnie wydawać. Zob. M. Tooley, *In Defense of Voluntary Active Euthanasia and Assisted Suicide* (w:) A.I. Cohen, Ch.H. Wellman (red.), *Contemporary Debates in Applied Ethics*, wyd. 2, Oxford 2014, s. 66 oraz J. Malczewski, *Eutanazja: gdy etyka zderza się z prawem*, Warszawa 2012, s. 86 i n. Jacek Hołówka uważa nawet, iż odpowiedź na pytanie, czy „zapewnienie prywatności” polegające na odłączeniu aparatury od pacjenta, tak jak zdarzyło się w przypadku Karen Ann Quinlan, jest działaniem, czy też powstrzymaniem się od działania, jest arbitralna i taki też charakter ma samo rozróżnienie. Zob. J. Hołówka, *Etyka w działaniu*, Warszawa 2001, s. 113.

18 G.M. Sayers, *Non-Voluntary Passive Euthanasia: The Social Consequences of Euphemisms*, „European Journal of Health Law” 2007, vol. 14, s. 239; J. Śledzianowski, *Eutanazja – dobra śmierć czy zabójstwo człowieka*, Kielce 2010, s. 49.

tywnym²⁰, oraz (3) chorzy świadomi, ale niekompetentni²¹. Szkopuł jednak w tym, że przedstawione wyliczenie nie ma charakteru wyczerpującego. W szczególności nie jest jasne, w jaki sposób autor *Life's Dominion* ustosunkowałby się do pacjentów, którzy chorują, ale nie są w stanie terminalnym; są dotknięci schorzeniem psychicznym; nie są w ogóle

nego umierania przysługiwało również osobom, które utraciły swoją kompetencję. W takim podejściu brakuje jednak zwrócenia dostatecznej uwagi na to, iż dobrowolność, czyli termin, który pojawia się w definicji eutanazji, jest pojęciem stopniowym: pewne wybory wymagają wyższych standardów dobrowolności niż inne. Jeśli zachowanie jest bardziej



Ważne jest przestrzeganie rozróżnienia między wycofaniem sztucznego odżywiania i nawadniania z zamiarem zakończenia życia, a uczynieniem tego samego z intencją zakończenia daremnego leczenia.

chorzy, ale w zwykłym sensie zmęczeni życiem; jedyne, co im dolega, to starość; albo wreszcie chcą umrzeć, ponieważ zostali osadzeni w więzieniu.

Głos Dworkina jest naturalnie najsilniejszy w odniesieniu do osób, które są kompetentne i świadome, gdyż im w sposób bezpośredni przyznaje uprawnienie do skutecznego wypełnienia żądania skrócenia ich życia. Jego zdaniem nie ma przeszkód, aby takie samo uprawnienie do ukształtowania sposobu włas-

ryzykowne lub powoduje większą szkodę, to wówczas zgodzimy się, że wymagany jest większy stopień dobrowolności; podobnie jest wtedy, gdy krzywda jest bardziej nienaprawialna i nieodwoływalna²². Eutanazja wymaga bardzo wysokiego stopnia dobrowolności, można rzec „pełnej dobrowolności”. Naturalnie powstaje problem, w jaki sposób mierzyć tę pełną dobrowolność i kiedy żądanie pacjenta wynika z pełnego rozeznania stanu zdrowia. Ponadto nie jest jasne na poziomie ogólnym, czym jest wyrażona świadoma zgoda – trudno oprzeć się wrażeniu, że w stanie choroby prawie niemożliwe jest zapewnienie odpowiedniego poziomu wolności i racjonalności związanych z decyzją o śmierci²³.

20 Odnosząc się do tej kategorii osób, nie sposób nie wskazać na ważne badania, na jakie powołuje się Wojciech Załuski. Otóż odnotowuje on, iż niemal połowa osób, u których stwierdzono trwały stan wegetatywny, w rzeczywistości zachowuje pewien stopień minimalnej świadomości i dzięki temu możliwa jest, wprawdzie ograniczona, ale jednak określona forma komunikacji z nimi; w szczególności osoby te mogą odpowiadać na pytania rozstrzygnięcia, czyli wymagające potwierdzenia lub zaprzeczenia. Doniosłość praktyczna przytoczonych badań jest trudna do przecenienia dla obu stron sporu o eutanazję. Okazuje się bowiem, iż przywoływane do tej pory przesłanki eutanazji niedobrowolnej, a więc przede wszystkim brak świadomości, niemożność jej odzyskania i zablokowanie kontaktu z osobą w stanie wegetatywnym, nie są spełnione w dużej liczbie przypadków, w których sądzono dotychczas, iż mają miejsce. Zob. W. Załuski, *Eutanazja* (w:) J. Stelmach, B. Brożek, M. Soniewicka, W. Załuski, *Paradoksy bioetyki prawniczej*, Warszawa 2010, s. 203.

21 R. Dworkin, *Life's Dominion...*, dz. cyt., s. 183 i n.

22 A. Szerletics, *Paternalism and Euthanasia. The Case of Diane Pretty before the European Court of Human Rights*, „Diritto e questioni pubbliche” 2010, nr 10, s. 485. Dla zilustrowania tej kwestii autor ten posługuje się plastycznym przykładem: tak jak nie mamy moralnego obowiązku ostrzegania drugiej osoby, gdy widzimy, jak będzie wrzucała sól do filiżanki kawy, chociaż ostrzeżenie byłoby czymś uprzejmym, tak mamy moralny obowiązek powstrzymania osoby mającej zamiar wrzucić truciznę do napoju – mamy obowiązek tę osobę powstrzymać albo też zweryfikować, czy postępuje w dostatecznym stopniu dobrowolnie.

23 M. Bagaric, *Euthanasia: Patient Autonomy versus the Public Good*, „University of Tasmania Law Review” 1999, vol. 18, nr 1, s. 186.

Interesujące jest, że autor *Life's Dominion*, będąc zwolennikiem eutanazji w szerokim zakresie, nie obala, a nawet nie dyskutuje w dostatecznym stopniu problemu równi pochyłej, który jest bardzo często przywoływany przy okazji dyskusji tego zagadnienia. Argument równi pochyłej jest poglądem, zgodnie z którym w sytuacji gdy aktywna dobrowolna eutanazja byłaby dozwolona, następnym nieuniknionym krokiem będzie dopuszczenie do eutanazji niedobrowolnej lub nawet przymusowej, bądź też innych niemoralnych zachowań. Gdy dopuścimy do pomocy pacjentom w umieraniu, to będą oni następnie skrycie zachęceni do śmierci, a jeszcze w dalszym ciągu jawnie przymuszani do śmierci.

Istnieją dwie postacie argumentu z równi pochyłej. Postać pojęciowa lub logiczna jest indukcyjna w metodzie i utrzymuje, że ruch od dobrowolnej do niedobrowolnej eutanazji jest nieunikniony, jeśli ta pierwsza zostanie zalegalizowana: skoro eutanazja byłaby dopuszczalna dla pacjentów w pełni kompetentnych, to stanie się konieczne, aby uczynić „dobrą śmierć” dostępną także dla tych, którzy są nieświadomi i niekompetentni. Zabicie niekompetentnego pacjenta w jego najlepszym interesie będzie niepowstrzymanym rozszerzeniem legitymizacji żądania eutanazji przysługującego pacjentom w pełni świadomym²⁴. Identyfikacja motywacji dla eutanazji dobrowolnej i niedobrowolnej opiera się na przyjmowanym przez lekarzy założeniu, że pewne życia nie są warte przeżywania.

Druga wersja argumentu z równi pochyłej, empiryczna, odwołuje się do doświadczeń krajów, w których „dobra śmierć” jest praktykowana, jak Holandia czy Belgia, dla wykazania, że lekarze dopuszczali się eutanazji z naruszeniem norm prawa karnego. Ta wersja utrzymuje, że niekaranie przypadków eutanazji nielegalnej bądź też łagodność sądowych sankcji przyczyniają się do rozwinięcia się niebezpiecznej spirali obniżania standardów, której towarzyszy poszerzenie władzy nad ludzkim życiem i śmiercią przyznawanej

lekarzom, poprzez dekryminalizację eutanazji. Empiryczny wariant przywołuje też przykład z aborcją: pierwotne uchylenie karalności z powodów terapeutycznych pociągnęło za sobą szerokie przyzwolenie na aborcję z uwagi na racje społeczne. Aby argument z równi pochyłej w tej wersji mógł być przekonujący, konieczne jest wystąpienie dwóch elementów: musi istnieć powiązanie pomiędzy, co do zasady, neutralnym działaniem A, a niepożądanym skutkiem B; oraz musi istnieć co najmniej możliwość przesunięcia się od zachowania A do rezultatu B²⁵.

Wydaje się, iż zarówno logiczna, jak i empiryczna wersja argumentu z równi pochyłej wspierają stanowisko opowiadające się przeciwko legalizacji eutanazji. Trudno odmówić słuszności rozumowaniu odwołującemu się do potrzeby dążenia do osiągnięcia spójności w ramach wyznawanej doktryny czy zespołu poglądów, a na to wskazuje pierwsza postać tego argumentu. Przyjmuje ona również, że z uwagi na niewielkie – niemające znaczenia moralnego – różnice pomiędzy poszczególnymi ogniwami łańcucha prowadzącego od zachowania A do skutku B, nie sposób wyznaczyć niearbitralnej granicy, dającej się w sposób wyraźny i jednoznaczny przeprowadzić²⁶. Jak dodaje Bernard

24 Por. D. Enoch, *Once You Start Using Slippery Slope Arguments, You're on a Very Slippery Slope*, „Oxford Journal of Legal Studies” 2001, vol. 21, nr 4, s. 630. Zob. także S.W. Smith, *Fallacies of the Logical Slippery Slope in the Debate on Physician-Assisted Suicide and Euthanasia*, „Medical Law Review” 2005, vol. 13, s. 224.

25 S.W. Smith, *Evidence for the Practical Slippery Slope in the Debate on Physician-Assisted Suicide and Euthanasia*, „Medical Law Review” 2005, vol. 13, s. 19. Warto nadmienić, iż autor ten podaje, że lekarze, którzy mają do czynienia bezpośrednio z osobami terminalnie chorymi, a więc onkolodzy, w znacznie mniejszym stopniu są skłonni popierać eutanazję i wspomaganą samobójstwo niż inni specjaliści, np. pediatrzy czy ginekolodzy – zob. tamże, s. 30. Por. też P. Lewis, *The Empirical Slippery Slope from Voluntary to Non-Voluntary Euthanasia*, „Journal of Law, Medicine and Ethics” 2007, vol. 35, nr 1. Od argumentu z równi pochyłej należy odróżnić problem *ubocznych skutków* określonej praktyki, na co trafnie zwraca uwagę Wibren van der Burg w artykule *The Slippery Slope Argument*, „Ethics” 1991, vol. 102, nr 1, s. 60. W literaturze można spotkać pogląd, że przydatność argumentu z równi pochyłej sprowadza się jedynie do funkcji chwytu erystycznego. Tak uważa Bartosz Brożek – zob. tegoż, *Argument z równi pochyłej* (w:) J. Stelmach, B. Brożek, M. Soniewicka, W. Załuski, *Paradoksy bioetyki prawniczej*, Warszawa 2010, s. 80 i n.

26 E. Lode, *Slippery Slope Arguments and Legal Reasoning*, „California Law Review” 1990, vol. 87, s. 1488.

Williams, nawet gdyby rozróżnienie pomiędzy A i B dało się obronić za pomocą rozsądnego i rzetelnego argumentu, to i tak nie byłoby ono efektywne²⁷. A to oznacza, że powinniśmy powstrzymać się od dopuszczenia do zaistnienia zachowania opisanego ma początku równi pochyłej w postaci zdarzenia A.

jakich miałyby to doprowadzić²⁸. Jak podkreśla Robert B. Cialdini, gdy człowiek dokonuje jakiegoś wyboru lub opowiada się za jakimś stanowiskiem, uruchamia się w jego psychice i w otoczeniu zewnętrznym silny napór na zachowanie konsekwentne i trwanie w podjętym zaangażowaniu²⁹.

Zarówno logiczna jak i empiryczna wersja argumentu równi pochyłej wspierają stanowisko opowiadające się przeciwko legalizacji eutanazji.

Należy także nadmienić, iż empiryczna równia pochyła ma jeszcze większą siłę przekonywania. Pojęciami równia pochyła stanowi odwołanie do czynników abstrakcyjnych i niematerialnych, takich jak skutki zaakceptowania jakiegoś poglądu, jako pierwszego ogniwa w szeregu logicznych konsekwencji, które mają doprowadzić do niedających się zaakceptować innych poglądów, twierdzeń i stanowisk. Tymczasem empiryczna wersja tego argumentu opisuje ciąg faktycznych zdarzeń i stanowi ostrzeżenie przed rzeczywistymi konsekwencjami działania, zaniechania lub przyzwolenia na określoną niepożądaną sytuację. I choć trzeba przyznać, że rozumowanie przywołujące również empiryczną nie jest stanowczo pewne, a jego słabość jest tym większa, im łańcuch łączący początek A oraz rezultat B jest dłuższy, to jednak brak logicznej konieczności odmiennego potraktowania przypadków sąsiadujących ze sobą, ale różniących się w sposób moralnie i prawnie relewantny, nie daje gwarancji, że różnice te zostaną w praktyce zauważone i przypadki te zostaną potraktowane odmiennie. Badania psychologiczne pokazują, że jednostki ludzkie w dużej mierze działają na zasadzie nawyku, to znaczy podejmując pewną decyzję trwają przy niej, nie bacząc na zmieniające się okoliczności i skutki, do

Zupełnie nieobecna w rozważaniach Dworkina jest idea opieki paliatywnej, która stoi w opozycji do podejścia właściwego mentalności wyznającej zasadę, iż należy oszczędzać koszty opieki medycznej i w związku z tym lepiej jest podać śmiertelność niż opiekować się pacjentem w trakcie procesu umierania³⁰. W tym kontekście należy mieć na uwadze przestrożę sformułowaną przez Johna Finnsa, aby nie mieszać stanu bycia w sytuacji lub warunkach niegodnych osoby ludzkiej (*being in an undignified situation or condition*) ze stanem bycia pozbawionym ludzkiej godności (*lacking human dignity*)³¹. Wspomnieć również warto o tym, iż w uchwalonej w 1995 r. ustawie o uprawnieniach osób terminalnie chorych dla Północnego Terytorium Australii znalazł się zapis, że wspomagane samobójstwo nie mogło mieć miejsca, jeśli istniała realna dla pacjenta opcja dostępnej opieki paliatywnej mogącej złagodzić jego ból i cierpienie w stopniu dla niego akceptowalnym³².

27 B. Williams, *Kiedy stajemy na równi pochyłej?*, przeł. M. Szczubińska (w:) B. Williams, *Ile wolności powinna mieć wola?*, przeł. T. Baszniak, T. Duliński, M. Szczubińska, Warszawa 1999, s. 131.

28 K.A. Wieczorek, *Logiczne i empiryczne równie pochyłe*, „*Foils Philosophica*” 2012, vol. 30, s. 257.

29 R.B. Cialdini, *Wywieranie wpływu na ludzi. Teoria i praktyka*, przeł. B. Wojciszke, Gdańsk 2001, s. 65.

30 W kwestii definicji opieki paliatywnej zob. W. Chańska, Z. Żylicz, *Etyczne aspekty opieki paliatywnej* (w:) J. Różyńska, W. Chańska (red.), *Bioetyka*, Warszawa 2013, s. 267 i n.

31 J. Finnis, *Euthanasia, Morality, and Law*, „*Loyola of Los Angeles Law Review*” 1998, vol. 31, s. 1143.

32 S. Chesterman, *Last Rights: Euthanasia, The Sanctity of Life, and The Law in the Netherlands and the Northern Territory of*

Dyskusja idei opieki paliatywnej wydaje się istotna w tym choćby wymiarze, w którym jest związana z wysuwaniem przez zwolenników legalizacji eutanazji argumentem ze współczucia, który stwierdza, iż eutanazja jest właściwym wyborem, gdyż jej zakaz i zmuszanie racjonalnych, terminalnie chorych jednostek do przerażającej i bolesnej śmierci stanowi obrazę ich ludzkiej godności. Obrona tego argumentu wydaje się jednak utrudniona, zważywszy na to, że dzięki opiece paliatywnej udaje się w przeważającej mierze usunąć lub znacznie zmniejszyć ból związany z terminalnym stanem choroby³³.

Z zagadnieniem opieki paliatywnej związana jest kwestia doktryny podwójnego skutku. Podczas gdy prawo zazwyczaj zakazuje z oczywistych względów bezpośredniego pozbawienia życia innej osoby, nawet w przypadkach terminalnego schorzenia, to jednak lekarze mogą używać leków do kontrolowania bólu z przewidywalną konsekwencją, że może to doprowadzić do wcześniejszej śmierci. Zasada podwójnego skutku jest oparta na idei, że ludzkie działania mogą mieć dwa lub więcej skutków: jeden zamierzony, a drugi przewidywany, ale niezamierzony. Aby zasada ta zadziałała w sposób usprawiedliwiony, muszą być spełnione pewne warunki: (1) działanie wyjściowe nie może być samoistnie złe, (2) podejmujący działanie zamierza osiągnąć dobry skutek, (3) niepożądany efekt nie jest środkiem do osiągnięcia skutku dobrego oraz (4) skutek pożądaný musi być proporcjonalny do skutku złego, to znaczy musi go przewyższać³⁴. Z tą doktryną związany jest jednak problem, gdyż jeśli stosowanie leków uśmierających ból może wiązać się z pośrednim skutkiem w postaci skrócenia życia, to tym samym różnica pomiędzy opieką paliatywną a pomocą w umieraniu może być czasem trudna do wskazania³⁵.

Zadziwiający brakiem w teorii Ronalda Dworki-na jest pominięcie w niej rozróżnienia na zwyczajne

i nadzwyczajne procedury medyczne. Ta ważna dla bioetyki dystynkcja weszła do obiegu intelektualnego za sprawą papieża Piusa XII, który w 1957 r. poddał pod dyskusję przypadki beznadziejnie chorych pacjentów będących w głębokiej nieprzytomności³⁶. Papież ten, na ówczesnym stanie technologii medycznej, uznał respirator za nadzwyczajny środek podtrzymywania życia i stwierdził, że nie ma moralnego obowiązku używania go. W takiej sytuacji odłączenie respiratora nie mogło być postrzegane jako dokonanie eutanazji. Z oczywistych względów zaniechanie stosowania środków *zwyczajnych* jest równoznaczne, w tym ujęciu, z eutanazją³⁷.

Wydaje się, że autor *Life's Dominion* powinien podać pod dyskusję wskazane rozróżnienie, gdyż świadczy ono o słabości stanowiska strony konserwatywnej. A jest tak z tego powodu, iż bardzo trudno jest przeprowadzić linię rozgraniczającą środki zwyczajne od nadzwyczajnych. Jeszcze w latach czterdziestych ubiegłego wieku penicylina była uważana za lek nadzwyczajny: była droga, trudno dostępna i używana tylko do infekcji zagrażających życiu. Obecnie natomiast penicylina jest raczej lekiem powszechnym, gdyż wiele

36 Jak interesująco zauważa Anthony O. Nwafor, papież Pius XII zaadaptował w tym względzie na użytek praktyki medycznej oraz doktryny katolickiej rozróżnienie zaproponowane przez Gerarda Kelly'ego w artykule *The Duty to Preserve Life* opublikowanym w czasopiśmie „Theological Studies” 1951 (vol. 12). Zob. A.O. Nwafor, *Comparative Perspectives on Euthanasia in Nigeria and Ethiopia*, „African Journal of International and Comparative Law” 2010, vol. 18, nr 2, s. 175. Przykładowy katalog zachowań stanowiących formę terapii uporczywej i przez to nieproporcjonalnej podaje Jerzy Umiałowski w haśle *uporczywa terapia* (w:) A. Muszala (red.), *Encyklopedia Bioetyki*, Radom 2009, s. 652. Zob. też rozważania nad tą kwestią przeprowadzone przez W. Chańską w książce *Nieszczęsny dar życia*, dz. cyt., s. 114 i n. oraz w rozdziale *Rezygnacja z leczenia podtrzymującego życie* w książce *Bioetyka*, J. Różyńska, W. Chańska (red.), Warszawa 2013, s. 252.

Australia, „International and Comparative Law Quarterly” 1998, vol. 47, s. 386.

33 M. Bagaric, *Euthanasia: Patient Autonomy...*, dz. cyt., s. 147, przyp. 6.

34 M.P. Battin, *Ending Life: Ethics and the Way We Die*, Oxford 2005, s. 23.

35 R.S. Magnusson, „Underground Euthanasia” and the Harm Minimization Debate, „Journal of Law, Medicine and Ethics” 2004, vol. 32, nr 3, s. 489.

37 Można spotkać także stanowiska bardziej radykalne, przyjmujące, że akceptacja zasady proporcjonalności jest tożsama z przyzwoleniem na eutanazję, gdyż racją uzasadniającą rozróżnienie na środki zwyczajne i nadzwyczajne jest, tak jak w praktyce eutanatycznej, ocena jakości ludzkiego życia. Por. K. Szewczyk, *Bioetyka. Medycyna na granicach życia*, Warszawa 2009, s. 303.

osób przyjmowało ją przynajmniej raz. Papież Pius XII wymienił respirator jako środek nadzwyczajny, jednak dzisiaj staje się on coraz bardziej powszechny i mniej kosztowny. Nawet małe placówki medyczne mają w swoich zasobach respiratory, a ich obsługa nie wydaje się już zbyt skomplikowana³⁸.

Dworkin kładzie silny nacisk na autonomię jednostek. Nie zauważa jednak, iż autonomia jest tylko wartością instrumentalną, a nie absolutną. Wybór

Zbyt duży nacisk na autonomię i pominięcie wspólnotowego wymiaru bytu człowieka zdaje się w dużym stopniu eliminować możliwość korygowania indywidualnych wyborów jednostek przez społeczną reakcję, a to może niejednokrotnie uchronić przed błędem. Zwolennicy zasady neutralności podnoszą, iż szacunek dla autonomii jednostek pociąga za sobą, że państwo nie może promować konkretnego celu lub wartości czy też dóbr, ale musi pozostawić jednost-



W Dworkinowskim modelu brak jest bardziej społecznego kontekstu decyzji dotyczących eutanazji. W szczególności pomija on w rozważaniach najbliższą rodzinę chorego, która może chcieć, aby chory pozostał jak najdłużej przy życiu.

jednostki zasługuje na szacunek tylko w takim zakresie, w jakim jest dokonywany w celu realizacji zamierzeń moralnie wartościowych³⁹. Oznacza to, że nakłonienie jednostki do uniknięcia błędnego wyboru w rzeczywistości nie pozbawia jej wolności i nie jest równoznaczne z brakiem szacunku względem niej, a tylko z dezaprobatą względem zamierzonego błędnym wyborem celu. Ponadto, jak wskazują Kumar Amarasekara oraz Mirko Bagaric, w systemach prawnych akceptujących eutanazję autonomia pacjenta nie tylko nie została wzmocniona, ale została przekształcona przez sądy w uprawnienie lekarzy do decydowania o losie osób chorych⁴⁰.

kom do wyboru wartości, cele i dobra, które chcą osobiście cenić i chronić. Jednakże zasada krzywdy pozwala jednostkom na wszelką wolność, jakiej chcą, ale tylko do momentu, gdy mogłoby to skrzywdzić postronną osobę. Jeśli wspomagane samobójstwo stanowi ochronę osobistego i intymnego wyboru, to dłaczego nie stanowią jej poligamia, dobrowolne pojedynki, prostytutka, a nawet używanie narkotyków⁴¹. Przykładowo, gdy państwo zakazuje pornografii, to niemal nieuchronnie ingeruje w wolność artystyczną.

W Dworkinowskim modelu brak jest bardziej społecznego kontekstu decyzji dotyczących eutanazji. W szczególności pomija on w rozważaniach najbliższą rodzinę chorego, która może chcieć, aby chory pozostał jak najdłużej przy życiu. Dyskusja obecności rodziny pojawia się, jeśli można tak powiedzieć, tylko w aspekcie negatywnym, tzn. wtedy, gdy ma ona zastąpić decyzję osoby w trwałym stanie wegetatywnym, aby jej życie zostało skrócone.

38 L. Carl, *The Right to Voluntary Euthanasia*, „Whittier Law Review” 1988, vol. 10, s. 524.

39 N.M. Gorsuch, *The Right to Assisted Suicide and Euthanasia*, „Harvard Journal of Law and Public Policy” 1999–2000, vol. 23, nr 3, s. 668. Tak też R. George, *Making Men Moral: Civil Liberties and Public Morality*, Oxford 1993, s. 177.

40 K. Amarasekara, M. Bagaric, *The Legalisation of Euthanasia in the Netherlands: Lessons to be Learnt*, „Monash University Law Review” 2001, vol. 27, nr 2, s. 189 i 196.

41 Por. D. Callahan, *A Case Against Euthanasia* (w: A.I. Cohen, Ch.H. Wellman (red.), *Contemporary Debates in Applied Ethics*, wyd. 2, Oxford 2014, s. 85.

Dworkin zdaje się nie zauważać, iż przywoływane przez niego zasady autonomii oraz dobroczynności mogą pozostawać ze sobą w konflikcie. Zgodnie z zasadą autonomii każda osoba powinna móc kontrolować to, co się z nią dzieje, w tym to, co dzieje się z jej ciałem, natomiast zasada dobroczynności mówi, że powinniśmy czynić to, co jest najlepsze dla ludzi; powinniśmy działać tak, aby było to dla innych pomocne. Jeśli będziemy chcieli uczynić zadość wymogom autonomii i dozwolili jednostce na czynienie tego, co chce, a jednocześnie będziemy pamiętali o wymogach dobroczynności, chcąc działać w zgodzie z tym, co w naszej ocenie jest najlepsze dla jednostki, to może pojawić się realny konflikt i dylemat wyboru pomiędzy tymi dwiema zasadami. Sytuacja taka może się zdarzyć na przykład wtedy, gdy będziemy przekonani, że jednostka chce umrzeć, a jednocześnie że jej śmierć nie będzie dla niej czymś najlepszym⁴². Autor *Life's Dominion* nie przedstawia propozycji, która mogłaby pomóc w rozwiązywaniu takiego rodzaju dramatycznych dylematów i konfliktów.

Na pierwszy rzut oka mogłoby się wydawać, że niewątpliwą zaletą koncepcji Ronalda Dworkina powinno być odrzucenie przezeń argumentacji utylitarystycznej mającej wspierać stanowisko proeutanatyczne, gdyż stara się on oprzeć swoje stanowisko popierające legalizację eutanazji na pojęciu autonomii. Jak sam jednak przyznaje, przeciwnicy legalizacji również odwołują się do autonomii, twierdząc, że legalizacja eutanazji może prowadzić do zabijania ludzi wbrew ich woli⁴³. W konfrontacji z tym faktem autor *Life's Dominion* wyraźnie wskazuje, jako jego rozwiązanie, utylitarystyczny rachunek, w którym dochodzi do bilansowania plusów i minusów przyzwolenia na prawne usankcjonowanie eutanazji, i twierdzi, że skala przechyła się na korzyść legalizacji: obawa przez nadużyciem i błędem traci swoją siłę, jak twierdzi Dworkin, gdy zdamy sobie sprawę, iż brak regulacji dopuszczającej wspomagane samobójstwo jest również krzywdzący dla wielu osób, a biorąc pod uwagę zalety i wady obu rozwiązań, powinno się zezwolić na dopuszczalność

eutanazji⁴⁴. Problem z takim postawieniem sprawy polega jednak na tym, iż Dworkin nie podaje racji, dla których uważa, że szala wagi zysków i strat przeważa na rzecz prawnego dopuszczenia eutanazji jako legalnej praktyki. Co więcej, nawet gdyby przyjąć dopuszczalność brania pod uwagę utylitarystycznych kalkulacji w rozważanej kwestii, to wydaje się, że jej wynik byłby zgoła odmienny. Jak pokazuje doświadczenie Holandii, nawet w systemie prawnym, w którym istnieją ściśle wytyczne i procedury mające ograniczać ryzyko błędu, nadużycia jednak się zdarzają. Oznacza to, że mogą zginąć osoby, które sobie tego nie życzą, i jest to, jak się zdaje, mocna przesłanka pokazująca, iż wcale wynik ważenia nie powinien się przechylać na korzyść dopuszczenia legalności eutanazji. Ponadto należy podnieść jeszcze uwagę natury systemowej i wskazać na nieporównywalność wartości, jakie zamierza poddać się ważeniu w paradygmacie utylitarystycznym. Trudno bowiem wyobrazić sobie, w jaki sposób poddać rachunkowi zysków i strat z jednej strony interes wolności osób chcących umrzeć, a z drugiej prawo do życia osób, które nie chcą być jego pozbawione wskutek błędu lub nadużycia⁴⁵.

44 Tamże, s. 197–198.

45 N.M. Gorsuch, *The Right to Assisted Suicide...*, dz. cyt., s. 679. Należy podnieść, że również Margaret Pabst Battin uważa, iż nie sposób podać obiektywnej podstawy, która mogłaby służyć jako miara dla oceny, czy gorzej jest cierpienie, czy też śmierć, a więc zmierzenie, czy na większą ochronę zasługują osoby, które zostałyby pozbawione życie wbrew swojej woli, czy też te, które dotknięte są dotkliwym bólem i cierpieniem. Warto jednak zaznaczyć, że ta autorka opowiada się za dopuszczalnością eutanazji z tego względu, iż wymaganie od osób, które cierpią, aby znosiły swoją chorobę w tym celu, aby chronić potencjalne ofiary przymusowego zabójstwa, jest nakładaniem na nie konieczności znoszenia ekstremalnej, niedającej się tolerować krzywdy. Battin wskazuje, iż do tego problemu nie znajduje zastosowania analogia z prawem karnym i stosowaną w nim maksymą, że „lepiej jest, gdy dziesięciu winnych przestępstwa uniknie kary, niż żeby miała zostać skazana jedna niewinna osoba”. Jej zdaniem porównanie to nie jest trafne, gdyż stosowanie przywołanej maksymy nie powoduje nałożenia jakichkolwiek ciężarów na dziesięciu winnych popełnienia czynu zabronionego, natomiast wymaganie, aby osoba, które chce umrzeć, pozostała przy życiu dla ochrony innych, jest nakładaniem na

42 R.L. Schwartz, *Euthanasia and the Right to Die: Nancy Cruzan and the New Mexico*, „New Mexico Law Review” 1990, vol. 20, s. 679.

43 Por. R. Dworkin, *Life's Dominion...*, dz. cyt., s. 190.

Na zakończenie warto wskazać, iż w teorii Ronald Dworkina dotyczącej eutanazji i wspomaganego samobójstwa pewnym brakiem, chociaż nie o statusie poważnego zarzutu, jest brak odniesienia się do sposobów uzasadniania dopuszczalności eutanazji w krajach, w których nie była ona prawnie dopuszczona, a mimo to była praktykowana. Dopuszczalność wspomaganego samobójstwa i eutanazji jest różnie uzasadniana. W Holandii były one tolerowane przez orzecznictwo przede wszystkim w oparciu o doktrynę „stanu wyższej konieczności”⁴⁶. Według holenderskich sądów w przypadkach dobrowolnej eutanazji lekarze stają w obliczu konieczności dokonania wy-

niającego dodatkowego ciężaru. Zob. M.P. Battin, *The Least Worst Death: Essays in Bioethics on the End of Life*, Oxford 1994, s. 119. Odnosząc się do tej argumentacji, nie sposób jednak nie zauważyć, iż nie jest ona przekonująca. Zauważmy bowiem, że istotą przywołanej maksymy prawno-karnej jest nie to, że niewinne ludzkie życie jest chronione tylko wtedy, gdy nie pociąga to za sobą nałożenia ciężaru na osoby winne, ale że społeczeństwo poddaje ochronie niewinne życie jednostki nawet wtedy, gdy oznacza to akceptację krzywdy dla potencjalnych przyszłych ofiar winnych popełnienia przestępstw, które mogą zostać dokonane dzięki ośmieszeniu sprawców pobłażliwością państwa. A zatem maksyma jest wyrazem kategorycznej reguły moralnej zakazującej intencjonalnego krzywdzenia niewinnej ludzkiej osoby, nawet jeśli efekty uboczne, czyli umieszczenie dziesięciu przestępców w więzieniu, byłoby pożądane. Zastosowanie wskazanej zasady w kontekście konsensualnego zabójstwa prowadzi do wniosku, iż złem jest ryzykowanie zabicia jednej niewinnej osoby, nawet jeśli oznacza to akceptację faktu, że inne niewinne osoby mogą zostać zmuszone do znoszenia niechcianego bólu i cierpienia – por. N.M. Gorsuch, *The Right to Assisted Suicide...*, dz. cyt., s. 695.

46 Jak podają badacze, pierwszą sądową sprawą ściśle eutanatyczną była sprawa przeprowadzona przed Sądem w Eindhoven w 1952 r., dotycząca lekarza, który dokonał zabójstwa swego brata, na jego żądanie, cierpiącego na zaawansowaną gruźlicę. Por. J. Griffiths, A. Bood, H. Weyers, *Euthanasia and the Law in the Netherlands*, Amsterdam 1998, s. 44. Następny ważny przypadek został osądzony w Leeuwarden w 1973 r. gdzie sąd orzekł, iż lekarz mógł zakończyć życie 78-letniego pacjenta na jego życzenie, pod warunkiem że były spełnione pewne substancjalne i proceduralne warunki. Por. H.J.J. Leenen, *The Development of Euthanasia in the Netherlands*, „European Journal of Health Law” 2001, vol. 8, s. 125 i n.

boru pomiędzy obowiązkiem zachowania życia oraz obowiązkiem czynienia wszystkiego, co możliwe, aby złagodzić nieznośne cierpienie, bez nadziei na polepszenie. W ten sposób eutanazja jest prawnie tolerowana jako konieczność, gdy jest wykonywana przez lekarza i stosowana względem terminalnie chorych pacjentów dotkniętych nieznośnym cierpieniem⁴⁷.

Innym uzasadnieniem, jakie wypracowało orzecznictwo holenderskie dla uzasadnienia eutanazji i wspomaganego samobójstwa, była doktryna „wyjątku medycznego”. „Wyjątek medyczny” pozwala lekarzowi na podejmowanie działań, które są formalnie zabronione przez prawo, jak np. ingerowanie w cielesność drugiego człowieka za pomocą noża, co zdarza się podczas zabiegów chirurgicznych, ale jest dopuszczalne w uwagi na cel działania lekarza, który ma być korzystny, a nie negatywny dla pacjenta.

Nie sposób jednak oprzeć się wrażeniu, iż judykatura holenderska, mówiąc o uprawnieniach pacjentów, uldze w cierpieniu i umieraniu w godności, stworzyła system, w którym to lekarze, a nie pacjenci kontrolują okoliczności umierania⁴⁸.

III. Podsumowanie

Problem eutanazji nabrał szczególnie znaczenia i ostrości w związku z rozwojem współczesnej medycyny. Współczesna medycyna i technologia uczyniły możliwym przedłużanie życia, co w wielu przypadkach jest pozytywne, ale jednocześnie może także powodować przedłużanie cierpienia pacjentów. Gdy takie cierpienie staje się trudne do zniesienia i brak jest nadziei na poprawę, a także nie ma alternatywy dla egzystencji w bólu, wtedy pacjenci czasem chcą, aby ich życie zostało skrócone, proszą lekarza o eutanazję, czyli „dobrą śmierć”. Zagadnienie „dobrej śmierci” skupia w sobie jak w soczewce wiele etycznych i społecznych kwestii, takich jak znaczenie i wartość ludzkiego życia, chęć uniknięcia niekoniecznego cierpienia, czy też właściwą alokację medycznych zasobów.

47 P. Lewis, *The Dutch Experience of Euthanasia*, „Journal of Law and Society” 1998, vol. 25, s. 637.

48 M.L. Allen, *Crossing the Rubicon: The Netherlands' Steady March Towards Involuntary Euthanasia*, „Brooklyn Journal of International Law” 2006, vol. 31, nr 2, s. 575.

Nie można odmówić pewnej dozy słuszności stanowisku popierającemu prawne usankcjonowanie eutanazji i trosce jego zwolenników o zapewnienie odpowiedniego zasięgu wolności jednostkom oraz zamiarowi ulżenia w ich cierpieniu. Mimo jednak tej

Państwo posiada silny interes w zapewnieniu wszystkim swoim obywatelom, że nie zostaną pozbawieni życia z powodu wieku, rasy czy też statusu ekonomicznego. Dopuszczenie medycznie wspomagane samobójstwa i eutanazji pociągnęłyby za sobą ak-



Zagadnienie „dobrej śmierci” skupia w sobie jak w soczewce wiele etycznych i społecznych kwestii, takich jak znaczenie i wartość ludzkiego życia, chęć uniknięcia niekoniecznego cierpienia, czy też właściwą alokację medycznych zasobów.

niewątpliwie uzasadnionej sympatii nie sposób podzielić tego stanowiska w całej rozciągłości z dwóch powodów: po pierwsze, z powodu możliwości nadużyć, które w systemie legalizującym zabójstwo na życzenie są znacznie większe niż wtedy, gdy ta praktyka jest prawnie zakazana. I po drugie z uwagi na zmianę atmosfery otaczającej osoby chore: to, co wydaje się najpierw dopuszczalne tylko w wyjątkowych sytuacjach, może z czasem stać się pożądane i oczekiwane, potem wymagane, a jeszcze następnie nawet wręcz przymusowe⁴⁹. Szczególne zagrożenie występuje względem osób starszych, biedniejszych, z mniejszości etnicznych, mniej wykształconych, samotnych oraz nieuprzywilejowanych, które mogą być z większą łatwością uznawane za terminalnie chore i podatne na – w innych okolicznościach dopuszczalną – perswazję⁵⁰.

tywne uczestnictwo społeczeństwa w dokonywaniu porównawczego osądu o wartości różnych rodzajów ludzkich istnień. Społeczeństwo musiałoby uregulować proces oceny, które życia są warte przeżycia, a które niewarte. Co więcej, szpitale i domy opieki stałyby się instrumentami zarówno leczenia, jak i zabijania. Pociągnęłyby to też zmiany w edukacji medycznej lekarzy i pielęgniarzek, gdyż musieliby oni być uczeni również o technikach zabijania. W ten sposób zabijanie przekształciłoby się w publiczny proces, w którym na pewnym poziomie wszyscy byłibyśmy zmuszeni uczestniczyć. Wymaganie społecznej zgody i uczestnictwa w tym procesie niewątpliwie wyrządziłoby moralną i psychologiczną krzywdę tym członkom wspólnoty, którzy w sposób fundamentalny sprzeciwiają się wspomaganiu samobójstwu i eutanazji.

Nie sposób oprzeć się spostrzeżeniu, iż eutanazja oferuje zbyt łatwą społeczną opcję względem palącego problemu choroby, zamiast zagwarantowania troski, uwagi i opieki medycznej, tak aby osoby dotknięte cierpieniem mogły umrzeć w spokoju i bez cierpienia. Usankcjonowanie zabójstwa jako obowiązującej medycznej odpowiedzi na cierpienia pacjentów⁵¹ mogłoby

49 G. Gelfand, *Euthanasia and the Terminally Ill Patient*, „Nebraska Law Review” 1984, vol. 63, s. 763.

50 W rozwiązaniu problemu eutanazji niewiele pomaga odwołanie się do statystyk. Jak interesująco odnotowuje Jocelyn Downie, na podstawie tych samych danych badacze potrafią wyciągnąć diametralnie odmienne wnioski: jedni obliczają, iż w Holandii dokonuje się ok. 2300 zabiegów „dobrej śmierci” rocznie, inni że jest ich ponad 25 000. Zob. J. Downie, *The Contested Lessons of Euthanasia in the Netherlands*, „Health Law Journal” 2000, vol. 8, s. 128.

51 W tym sensie nie można zgodzić się z twierdzeniem, iż dokonanie eutanazji stanowi wyraz większej troski o pacjenta niż utrzymanie go przy życiu. Odwracając tok rozumowania,

też, na mocy naturalnych praw ekonomii, zahamować rozwój środków uśmierających ból i zwiększyć dyskomfort wywołany chorobą⁵².

Uznanie konieczności obowiązywania reguły zakazującej intencjonalnego pozabawiania życia osób chorych nie oznacza, że autonomia i wolny wybór są bez znaczenia. Mają one bowiem należne im miejsce w obszarze możliwości odmowy podejmowania leczenia lub prośby o wycofanie leczenia. Pacjenci często odmawiają leczenia, ponieważ nie chcą nakładać większych obciążeń, także finansowych, na swoje rodziny albo są już zmęczeni inwazyjnymi środkami leczniczymi i wolą opuścić szpital oraz znaleźć się w domu. Jak się zdaje, żadna z tych codziennych decyzji nie obejmuje intencji śmierci, nawet jeśli śmierć jest przewidywana. Lekarze powinni przystać na taki wybór, nawet jeśli uważają żądanie wycofania leczenia za nierozsądne lub błędne. Można zatem powiedzieć, że odmowa leczenia jest wolną i autonomiczną decyzją zasługującą na szacunek i w żaden sposób nie jest ona niespójna z ideą świętości ludzkiego życia, także pojmowaną tak, jak rozumie tę ideę Ronald Dworkin.

Bibliografia

- Alichniewicz A., *Eutanazja i lekarska pomoc w samobójstwie* (w:) J. Różyńska, W. Chańska (red.), *Bioetyka*, Warszawa 2013, s. 282–294.
- Allen M.L., *Crossing the Rubicon: The Netherlands' Steady March Towards Involuntary Euthanasia*, „Brooklyn Journal of International Law” 2006, vol. 31, nr 2, s. 535–575.
- Amarasekara K., Bagaric M., *The Legalisation of Euthanasia in the Netherlands: Lessons to be Learnt*, „Monash University Law Review” 2001, vol. 27, nr 2, s. 179–196.
- Aumonier N., Beignier B., Letellier Ph., *Eutanazja*, przeł. E. Bur-ska, Warszawa 2003.
- Bagaric M., *Euthanasia: Patient Autonomy versus the Public Good*, „University of Tasmania Law Review” 1999, vol. 18, nr 1, s. 146–167.
- Battin M.P., *Ending Life: Ethics and the Way We Die*, Oxford 2005.
- Battin M.P., *The Least Worst Death: Essays in Bioethics on the End of Life*, Oxford 1994.
- Boning Ch.R., *Rational Euthanasia: Mortality, Morality and Assisted Suicide*, „University of Florida Journal of Law and Public Policy” 1996, vol. 8, s. 79–107.
- Brożek B., *Argument z równi pochyłej* (w:) J. Stelmach, B. Brożek, M. Soniewicka, W. Załuski, *Paradoksy bioetyki prawniczej*, Warszawa 2010, s. 69–81.
- Burg W.v.d., *The Slippery Slope Argument*, „Ethics” 1991, vol. 102, nr 1, s. 42–65.
- Callahan D., *A Case Against Euthanasia* (w:) A.I. Cohen, Ch.H. Wellman (red.), *Contemporary Debates in Applied Ethics*, wyd. 2, Oxford 2014, s. 82–92.
- Capron A.M., *Euthanasia in the Netherlands: American Observations*, „Hastings Center Report” 1992, vol. 22, nr 2, s. 30–33.
- Carl L., *The Right to Voluntary Euthanasia*, „Whittier Law Review” 1988, vol. 10, s. 489–562.
- Chańska W., *Nieszczęsny dar życia. Filozofia i etyka jakości życia w medycynie współczesnej*, Wrocław 2009.
- Chańska W., *Rezygnacja z leczenia podtrzymującego życie* (w:) J. Różyńska, W. Chańska (red.), *Bioetyka*, Warszawa 2013, s. 251–265.
- Chańska W., Żylicz Z., *Etyczne aspekty opieki paliatywnej* (w:) J. Różyńska, W. Chańska (red.), *Bioetyka*, Warszawa 2013, s. 266–281.
- Chesterman S., *Last Rights: Euthanasia, The Sanctity of Life, and The Law in the Netherlands and the Northern Territory of Australia*, „International and Comparative Law Quarterly” 1998, vol. 47, s. 362–393.
- Cialdini R.B., *Wywieranie wpływu na ludzi. Teoria i praktyka*, przeł. B. Wojciszke, Gdańsk 2001.
- Downie J., *The Contested Lessons of Euthanasia in the Netherlands*, „Health Law Journal” 2000, vol. 8, s. 119–139.
- Dworkin R., *Euthanasia, Morality, and Law*. Transcript, „Loyola of Los Angeles Law Review” 1998, vol. 31, s. 1147–1159.
- Dworkin R., *Life's Dominion. An Argument about Abortion, Euthanasia, and Individual Freedom*, New York 1993.
- Dworkin R., *Rights as Trumps* (w:) J. Waldron (red.), *Theories of Rights*, Oxford 1984, s. 153–167.
- Emanuel E.J., *The Future of Euthanasia and Physician-Assisted Suicide: Beyond Rights-Talk to Informed Public Policy*, „Minnesota Law Review” 1998, vol. 82, s. 983–1014.

można też powiedzieć, że nie ma żadnej koniecznej racji przemawiającej za tym, iż obrona lub legalizacja wspomaganego samobójstwa i eutanazji wpłynie na ulepszenie opieki nad umierającymi pacjentami. Por. E.J. Emmanuel, *The Future of Euthanasia and Physician-Assisted Suicide: Beyond Rights-Talk to Informed Public Policy*, „Minnesota Law Review” 1998, vol. 82, s. 985.

52 Por. A.M. Capron, *Euthanasia in the Netherlands: American Observations*, „Hastings Center Report” 1992, vol. 22, s. 32.

- Enoch D., *Once You Start Using Slippery Slope Arguments, You're on a Very Slippery Slope*, „Oxford Journal of Legal Studies” 2001, vol. 21, nr 4, s. 629–647.
- Finnis J., *Euthanasia, Morality, and Law*, „Loyola of Los Angeles Law Review” 1998, vol. 31, s. 1123–1145.
- Finnis J., *Filozoficzny argument przeciwko eutanazji* (w:) W. Gallewicz (red.), *Wokół śmierci i umierania*, Kraków 2009.
- George R., *Making Men Moral: Civil Liberties and Public Morality*, Oxford 1993.
- Gelfand G., *Euthanasia and the Terminally Ill Patient*, „Nebraska Law Review” 1984, vol. 63, s. 741–778.
- Gorsuch N.M., *The Right to Assisted Suicide and Euthanasia*, „Harvard Journal of Law and Public Policy” 1999–2000, vol. 23, nr 3, s. 599–710.
- Griffiths J., Bood A., Weyers H., *Euthanasia and the Law in the Netherlands*, Amsterdam 1998.
- Hołówa J., *Etyka w działaniu*, Warszawa 2001.
- Keown J., *Book Review*, „The Law Quarterly Review” 1994, vol. 110, s. 671–675.
- Lardy H., *Euthanasia and Euphemism: Law Hospital NHS Trust v Lord Advocate*, „The Edinburgh Law Review” 1997, vol. 1, s. 227–234.
- Leenen H.J.J., *The Development of Euthanasia in the Netherlands*, „European Journal of Health Law” 2001, vol. 8, s. 125–133.
- Lewis P., *The Dutch Experience of Euthanasia*, „Journal of Law and Society” 1998, vol. 25, s. 636–649.
- Lewis P., *The Empirical Slippery Slope from Voluntary to Non-Voluntary Euthanasia*, „Journal of Law, Medicine and Ethics” 2007, vol. 35, nr 1, s. 197–210.
- Lode E., *Slippery Slope Arguments and Legal Reasoning*, „California Law Review” 1990, vol. 87, s. 1469–1543.
- Magnusson R.S., *“Underground Euthanasia” and the Harm Minimization Debate*, „Journal of Law, Medicine and Ethics” 2004, vol. 32, nr 3, s. 486–495.
- Malczewski J., *Eutanazja: gdy etyka zderza się z prawem*, Warszawa 2012.
- Miller B.W., *A Time to Kill. Ronald Dworkin and the Ethics of Euthanasia*, „Res Publica” 1996, vol. 2, nr 1, s. 31–61.
- Nazar-Gutowska K., *Pojęcie i rodzaje eutanazji* (w:) M. Mozgawa (red.), *Eutanazja*, Warszawa 2015, s. 13–33.
- Nwafor A.O., *Comparative Perspectives on Euthanasia in Nigeria and Ethiopia*, „African Journal of International and Comparative Law” 2010, vol. 18, nr 2, s. 170–191.
- Pala A., *Śmierć na miarę człowieka*, Kraków 2014.
- Pietrzykowski T., *Etyczne problemy prawa. Zarys wykładu*, Katowice 2005.
- Platek M., *Eutanazja – Etikettenschwindel a prawo do dobrej śmierci* (w:) M. Mozgawa (red.), *Eutanazja*, Warszawa 2015, s. 34–62.
- Robertson J.A., *Autonomy's Dominion: Dworkin on Abortion and Euthanasia*, „Law and Social Inquiry” 1994, vol. 19, nr 2, s. 457–486.
- Sayers G.M., *Non-Voluntary Passive Euthanasia: The Social Consequences of Euphemisms*, „European Journal of Health Law” 2007, vol. 14, s. 221–240.
- Schwartz R.L., *Euthanasia and the Right to Die: Nancy Cruzan and the New Mexico*, „New Mexico Law Review” 1990, vol. 20, s. 675–700.
- Smith S.W., *Evidence for the Practical Slippery Slope in the Debate on Physician-Assisted Suicide and Euthanasia*, „Medical Law Review” 2005, vol. 13, s. 17–44.
- Smith S.W., *Fallacies of the Logical Slippery Slope in the Debate on Physician-Assisted Suicide and Euthanasia*, „Medical Law Review” 2005, vol. 13, s. 224–243.
- Stacy T., *Euthanasia and the Supreme Court's Competing Conceptions of Religious Liberty*, „Issues in Law and Medicine” 1994, vol. 10, nr 1, s. 55–78.
- Szerletics A., *Paternalism and Euthanasia. The Case of Diane Pretty before the European Court of Human Rights*, „Diritto e questioni pubbliche” 2010, nr 10, s. 479–496.
- Szewczyk K., *Bioetyka. Medycyna na granicach życia*, Warszawa 2009.
- Śledzianowski J., *Eutanazja – dobra śmierć czy zabójstwo człowieka*, Kielce 2010.
- Tooley M., *In Defense of Voluntary Active Euthanasia and Assisted Suicide* (w:) A.I. Cohen, Ch.H. Wellman (red.), *Contemporary Debates in Applied Ethics*, wyd. 2, Oxford 2014, s. 65–81.
- Umiasowski J., *Uporczywa terapia* (w:) A. Muszala (red.), *Encyklopedia Bioetyki*, Radom 2009, s. 651–655.
- Wieczorek K., *Logiczne i empiryczne równie pochyle*, „Folios Philosophica” 2012, vol. 30, s. 239–258.
- Williams B., *Kiedy stajemy na równi pochylej?*, przeł. M. Szczubińska (w:) B. Williams, *Ile wolności powinna mieć wola?*, przeł. T. Baszniak, T. Duliński, M. Szczubińska, Warszawa 1999, s. 129–142.
- Williams M., *Euthanasia and the Ethics of Trees. Law and Ethics Through Aesthetics*, „The Australian Feminist Law Journal” 1998, vol. 10, s. 109–122.
- Załoski W., *Eutanazja* (w:) J. Stelmach, B. Brożek, M. Soniewicka, W. Załoski, *Paradoksy bioetyki prawniczej*, Warszawa 2010, s. 194–205.