

Problem eutanazji z punktu widzenia psychologa

Teresa Świrydowicz*

Instytut Psychologii, Uniwersytet im. A. Mickiewicza, Poznań

PROBLEM OF EUTHANASIA FROM THE POINT OF VIEW OF A PSYCHOLOGIST

The paper is devoted to problems connected with euthanasia. It consists of four parts. The first part considers problems: euthanasia – doctors, e.g. arguments for euthanasia from the point of view of doctors as well as consequences of legalization of euthanasia for doctors. The second part concerns patients, especially reasons of asking for death. Sometimes contemporary medical sciences are able to prevent some of those reasons (e.g. pain). In the third one, psychological consequences of legalization of euthanasia are considered: for doctors as well as for psychologists. The last one is devoted to the role of a psychologist in contemporary society in discussions on euthanasia. Most considerations in this paper are justified by author's personal experiences in her psychological practice in hospices and personal contacts with dying people.

WPROWADZENIE

Problem eutanazji często pojawia się w polskich mediach (Gałuszka, 2002). Przyzwolenie na eutanazję jest traktowane jako wyraz postępu, humanitarnego podejścia do tych osób, które z jakichś względów chcą wcześniej zakończyć swoje życie. Zgoda na eutanazję wpisuje się w nurt współczesnego myślenia o kondycji człowieka i poszerzaniu jego sfery osobistej wolności. W niektórych krajach europejskich (Holandia, Belgia) dokonano tzw. legalizacji eutanazji. To znaczy odstąpiono od karania tego rodzaju działania, jeżeli miało ono miejsce w określonych okolicznościach i zostały spełnione określone warunki (Aumonier, Beignier, Letellier, 2003; Szeroczyńska, 2004; Dziedzic, 2005). Tzw. legalizacja eutanazji ma swoich zwolenników i przeciwników. Niewątpliwie budzi szereg silnych emocji. Ich źródłem bardzo często jest sposób argumentowania odwołujący się do hipotetycznego albo wziętego z życia emocjonalnie poruszającego przykładu. Nawet w rozważaniach etyków dominuje ten sposób argumentowania (Hołówka, 2005). Przeciwi-

nicy eutanazji podkreślają wartość, jaką jest życie samo w sobie. Zwolennicy natomiast kładą nacisk na jakość życia jako wartość nadrzędną (Barnard, 1996; Israel, 2002; Dziedzic, 2005). O ile życie można uznać (niezależnie od aksjologicznego uzasadnienia) za wartość obiektywną, o tyle jakość życia należy potraktować jako wartość subiektywną. Tylko sam zainteresowany może (powinien) osądzić czy jakość jego życia uległa takiemu pogorszeniu, że życie straciło dla niego sens i w związku z tym prosi o przyśpieszenie śmierci. Jeżeli jakość życia zostanie potraktowana jako wartość obiektywna to w konsekwencji także inni będą dokonywać takiej oceny zwłaszcza w sytuacji, kiedy ktoś z uwagi na trwający brak świadomości albo ograniczoną świadomość nie jest w stanie ocenić jakości swojego życia. Skrajnym wyrazem takiego podejścia jest uznanie, że istnieje życie nie warte przeżycia.

Niniejszy artykuł opiera się przede wszystkim na własnych doświadczeniach autorki pracującej jako psycholog z nieuleczalnie chorymi pacjentami poznańskich hospicjów.

PROBLEMY LEKARZA

Przy dyskusowaniu sprawy legalizacji eutanazji, często zapomina się o tym, że przyznanie komuś

* Korespondencję dotyczącą artykułu można kierować na adres: Teresa Świrydowicz, Instytut Psychologii UAM, ul. Szamarzewskiego 89, 61-658 Poznań.

e-mail:teresa_swirydowicz@poczta.onet.pl

prawa do przyspieszenia śmierci będzie pociągać czyjś obowiązek warunkujący zrealizowanie tego prawa. Różne są powody, dla których jako wykonawców tego prawa upatruje się lekarzy, ewentualnie pielęgniarki (Barnard, 1996; Brusilo, 2004). Zatem prośba o skrócenie życia, to nie tylko sprawa osoby wyrażającej takie życzenie, ale także sprawa osoby zobowiązanej do wykonania tego, co prawnie komuś przysługuje. Jeżeli będzie to lekarz albo pielęgniarka, to pojawia się pytanie, czy osoby powołane do ratowania życia powinny być też tymi, które świadomie i intencjonalnie powodują czyjąś śmierć. Z psychologicznego punktu widzenia interesujące są nie tylko motywy kierujące osobą domagającą się przyspieszenia śmierci, ale także motywy kierujące osobami skłonny podjęcia się zabicia kogoś w sytuacji dopuszczonej przez prawo, czyli bez ponoszenia odpowiedzialności karnej. W Holandii, w kraju, w którym doszło do legalizacji eutanazji lekarz odmawiający prośbie pacjenta ma obowiązek wskazać innego lekarza, który byłby skłonny podjąć się takiego działania. Do wyobrażenia jest jednak sytuacja, kiedy kolejno wskazywani lekarze odmawiają. Kto wówczas będzie ponosił odpowiedzialność za zrealizowanie prawa pacjenta? Czy można lekarza zobowiązać do skrócenia pacjentowi życia poprzez wprowadzenie zagrożenia określonymi konsekwencjami? Jest to ważne pytanie, ponieważ spowodowanie czyjejs śmierci nawet w okolicznościach prawnie dopuszczalnych podlega osądowi moralnemu. Ponadto tzw. legalizacja eutanazji powoduje, że odstępianie od ukarania sprawcy zabójstwa następuje nie w drodze prawnego orzekania, ale spełnienia ustalonych wcześniej warunków. Psychologicznie jest to nowa sytuacja. Lekarz może nie czuć się ani odpowiedzialnym ani winnym za świadome i intencjonalne spowodowanie śmierci pacjenta. Prawnie nie poniesie żadnych konsekwencji, pojawia się jednak pytanie, czy tego rodzaju działania pozostaną obojętne dla kondycji psychicznej lekarza. Z badań przeprowadzonych na zlecenie holenderskiego rządu wynika, że 1/3 działań eutanatycznych zostało dokonanych z naruszeniem obowiązujących przepisów często w sytuacji, kiedy nie został spełniony najistotniejszy warunek mianowicie pacjent nie prosił o skrócenie życia (Fenigsen, 1997). Jakie motywy mogą kierować lekarzami decydującymi się na ten sposób postępowania?

1. Ból. Omawiając motywy, które mogą uzasadniać dokonywanie eutanazji zaczynam od motywu najbardziej oczywistego – jest nim ból, cierpienie fizycz-

ne. Ból towarzyszy różnym chorobom, a powszechnie kojarzony jest z chorobami nowotworowymi (Twycross, Lack, 1983; Twycross, Frampton, 1996; Rey, 1998). Gdy lekarz korzystając z wszelkich dostępnych środków medycznych nie jest w stanie uśmierzyć bólu pacjenta pozostaje bezradny wobec dojmującego ludzkiego cierpienia. Często swoją niemoc lekarz odczytuje jako klęskę. Rozwiązaniem dostępnym i skutecznym wydaje się wówczas skrócenie cierpienia poprzez spowodowanie wcześniejszej śmierci chorego. Niezależnie czy pacjent prosił czy też nie prosił o przyspieszenie śmierci lekarzem może powodować współczucie, a także przekonanie, że nie musi pozostawać bezradny, że nawet w beznadziejnej sytuacji można coś zrobić. Współczucie jako motyw jest tym bardziej prawdopodobne im ściślejsza więź łączy lekarza i pacjenta. Franz Kafka będąc bardzo chory i bardzo cierpiąc oświadczył swojemu lekarzowi, że ten stanie się zbrodniarzem, jeżeli zawaha się przed skróceniem jego cierpienia przez skrócenie życia (Antonelli, 1995, s. 181).

2. Anonimowość. Współcześnie wielu chorych kończy swoje życie w szpitalu. Tutaj pacjent spotyka się z wieloma lekarzami reprezentującymi różne dyscypliny medyczne. Dla szpitala jako instytucji charakterystyczny jest ciągły pośpiech. Lekarze i pielęgniarki nie chcą albo nie mogą poświęcić pacjentowi zbyt wiele czasu (wyjątkiem bywają tu hospicja) (Brehant, 1980). W takich warunkach szansa na nawiązanie bliższego kontaktu między lekarzem a pacjentem nie jest specjalnie duża. Można też odnieść wrażenie, że niektórzy lekarze wręcz unikają nawiązania jakiegokolwiek bliższego więzi, być może w ten sposób radząc sobie z trudnymi emocjami. Ponadto pacjent w szpitalu traci swą indywidualność, zaczyna być spostrzegany poprzez swoją chorobę. Najczęściej jest identyfikowany jako numer sali, w której leży albo jako jednostka chorobowa (ten spod dwunastki, ten z rakiem żołądka). Jeżeli między lekarzem a pacjentem zabraknie bliskości, współczucie albo współodczuwanie z pacjentem jest mało prawdopodobne. Z drugiej strony wykazanie lekarzowi, że nie kierował się współczuciem byłoby bardzo trudne.

Cierpienie fizyczne, którego nie można uśmierzyć i które staje się dla chorego nie do zniesienia wydaje się mocnym argumentem usprawiedliwiającym uczynienie zadość prośbie o skrócenie życia. Jednakże dzisiaj możliwości leczenia przeciwbólowego są nieporównywalne z tym, co miało miejsce jeszcze kilkanaście lat temu (Rey, 1998). I jeżeli nawet istnieją przypadki, w których nie można

całkowicie bólu usunąć, to z pewnością można go bardzo złagodzić. W odniesieniu do chorób nowotworowych podaje się, że tylko u niewielu chorych nie udaje się uśmierzyć bólu fizycznego (Twycross, Frampton, 1996). Źródłem pewnych trudności w skutecznym zwalczaniu cierpienia fizycznego może stać się cierpienie psychiczne czy duchowe nasilające dolegliwości bólowe, a występujące w dużym natężeniu zwłaszcza u osób chorujących na choroby nieuleczalne szybko postępujące. Przy tym takim chorym łatwiej przychodzi skarżenie się na dolegliwości fizyczne niż powiedzenie o przeżywanym lęku czy o jakichś ważnych, niezaspokojonych potrzebach. Czasami uporczywe skarżenie się na ból jest prośbą nie wyrażoną wprost o życzliwe wysłuchanie, poświęcenie więcej czasu.

Lekarz współczujący choremu zrobi wszystko, co możliwe, aby złagodzić cierpienie fizyczne oraz zapewnić choremu pomoc psychiczną czy duchową. Zdolność do współczucia czy współodczuwania jest związana z wrażliwością na ludzkie cierpienie. Wrażliwemu, współczującemu lekarzowi niełatwo przyjdzie pogodzenie się z dokonaną eutanazją obciążającą jego sumienie, czy traktowaną jako sprzeniewierzenie się lekarskiemu powołaniu. Jak dotąd nikt nie badał psychologicznych konsekwencji ponoszonych przez lekarzy, którzy spowodowali śmierć pacjenta kierowani autentycznym współczuciem w sytuacji, kiedy w żaden inny sposób nie byli w stanie pomóc bardzo cierpiącemu pacjentowi.

3. „Legalność”. Lekarzem dokonującym eutanazji może kierować bynajmniej nie współczucie, ale sam fakt, że pacjent ma prawo w określonych okolicznościach prosić o skrócenie życia a lekarz działając zgodnie z przepisami nie będzie pociągnięty do odpowiedzialności karnej za zabicie człowieka. Niektórzy lekarze twierdzą, że powoduje nimi litość, bo pacjent w obliczu zbliżającej się śmierci nie widzi sensu swojego życia, bo jest już stary i nie ma nikogo bliskiego czy też mają miejsce inne okoliczności mogące wzbudzić uczucie litości. Zabicie człowieka nawet to dokonywane na prośbę i w majestacie prawa wymaga przekroczenia pewnej bariery psychicznej. Wyjątek mogą stanowić tu lekarze o psychopatycznej strukturze psychicznej. Z pewnością pewną trudność nastroczają pierwsze tego rodzaju działania. Kolejne mogą być traktowane rutynowo, tak jak zrobienie normalnego zastrzyku. Ułatwieniem dla dokonania eutanazji jest aprobaty środowiska lekarskiego – są inni lekarze, którzy zachowują się podobnie, ale także przekonanie, że eutanazja jest powszechnie akceptowana.

Żeby zabić drugiego człowieka trzeba być albo silnie przeświadczone o słuszności takiego zachowania albo nie być zdolnym do refleksji nad swoimi czynami albo też za pomocą psychicznych mechanizmów obronnych skutecznie tę refleksję wyłączać. Im więcej dokonanych eutanazji, tym mniejsza wrażliwość na ludzką śmierć, a z pewnością też mniejsza wrażliwość na ludzkie cierpienie. Pacjent, który cierpi, ale nie prosi o zabicie może zostać potraktowany jako ktoś uciążliwy, kto zamiast skorzystać z prostego rozwiązania zmusza lekarzy, pielęgniarki, rodzinę do opiekowania się nim czy niepotrzebnie zajmuje szpitalne łóżko. Można przypuszczać, iż lekarze, którzy powodowali już śmierć na życzenie pacjenta będą mieli mniej oporów psychicznych przed spowodowaniem śmierci tych, których dalsze życie uznają za pozbawione wartości. W Holandii sporo lekarzy przyznało się do zabijania pacjentów wcale nie proszących o skrócenie im życia (Fenigsen, 1997; Willke i in., 2000). Zatem czy pacjenci powinni obawiać się lekarzy, którym na ogół z ufnością powierzają swoje zdrowie i życie? Pewnie znakiem czasu jest powstałe w Holandii stowarzyszenie, którego członkowie czuwają w szpitalach nad pacjentami nie mającymi nikogo bliskiego, kto nie dopuściłby do skrócenia życia wbrew ich woli (Fenigsen, 1997).

Postępowanie lekarzy uśmiercających pacjentów w okolicznościach nie spełniających przepisów dotyczących eutanazji wymagałoby specjalnego psychologicznego wyjaśnienia. Pomijam tu konsekwencje prawne, które wobec tych lekarzy powinny być zastosowane. R. Fenigsen lekarz pracujący w Holandii oraz przeciwnik eutanazji, w książce „Eutanazja – śmierć z wyboru?” zastanawia się nad pobudkami powodującymi jego kolegami-lekarzami. Jako jeden z motywów wskazuje współczucie, a jako drugi jakiś rodzaj samozadowolenia z posiadania władzy, mający swe źródło w możliwości decydowania o ludzkim życiu albo śmierci (Fenigsen, 1997). Podaje także szereg przykładów, z którymi spotkał się pracując w szpitalu. Wymienił niektóre: pacjent został uśmiercony, ponieważ kres jego życia się zbliżał, a łóżko było potrzebne dla innego pacjenta, albo dlatego, że był chory, stary i nie miał nikogo bliskiego albo też dlatego, iż nie dołożono należytej staranności w diagnozowaniu. Motywów, którymi kierowali się lekarze przyspieszający śmierć pacjentów, wcale o to nie proszeni w żaden sposób nie można zaakceptować jako usprawiedliwienie ich zachowania. Normalnie takie zachowanie byłoby kwalifikowane jako morderstwo, sami lekarze nazywają je jednak

eutanazją. Nazwanie zabójstwa eutanazją pomaga z pewnością w pozbywaniu się skrupułów i uciszeniu sumienia. Słowo „eutanazja” bowiem powszechnie kojarzone jest z czynnością podejmowaną dla dobra pacjenta. Rozszerzenie zakresu tego pojęcia zaznaczające się w praktyce lekarskiej powinno niepokoić i wzbudzić reakcję sprzeciwu. Tak się jednak (w Holandii) nie dzieje. Dlaczego? Nasuwają się tu dwa wyjaśnienia o charakterze socjologiczno – psychologiczno-ekonomicznym. Po pierwsze: istnieje cicha akceptacja społeczna dla takiego postępowania: osoba przewlekle czy śmiertelnie chora potrzebuje czasami długiej i intensywnej opieki, poświęcania czasu, a niekiedy znacznych środków pieniężnych. Eutanazja – jakkolwiek rozumiana – zwalnia z takiej odpowiedzialności. Obserwując zmiany zachodzące w mentalności współczesnych społeczeństw łatwo zauważyć, że poświęcanie się dla kogoś przestało być powszechnie uznawaną wartością. Poświęcanie się jest spostrzegane jako przeszkoda w realizowaniu własnych pragnień czy potrzeb. Eutanazja mówiąc cynicznie jest wygodna. Chociaż – jak sądzę – publicznie mało kto przyznał by się do takiej argumentacji. Po drugie: koszty leczenia i zapewnienia opieki ludziom przewlekle czy śmiertelnie chorym bywają znaczne. W mniej czy bardziej scentralizowanych systemach finansowania służby zdrowia (nawet przy powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym) istnieje małe prawdopodobieństwo zaspokojenia wszystkich potrzeb zdrowotnych. Tutaj eutanazja pozwalałaby na oszczędzenie niewystarczających środków finansowych. Za przykład myślenia takimi kategoriami niech posłuży argumentacja jednego z holenderskich lekarzy, który starał się mnie przekonać, że nieracjonalne z punktu widzenia ekonomicznego jest postępowanie lekarza, który chciałby leczyć zapalenie płuc u pacjenta chorującego na nieuleczalną chorobę nowotworową.

4. Usprawiedliwienie nierzetelnego leczenia.

Patrząc na legalizację eutanazji z perspektywy praktyki lekarskiej warte zauważenia pozostają jeszcze dwie kwestie. Pierwsza to sprawa lekarskiej staranności i odpowiedzialności za skuteczne leczenie. Czy lekarz mający możliwość radykalnego pozbawienia chorego cierpienia będzie równie sumiennie i z pełnym oddaniem poszukiwał sposobu skutecznego leczenia np. dolegliwości towarzyszących nieuleczalnej chorobie? Wielu pacjentów przy dużym nasileniu na przykład bólu czy duszności jest skłonnych prosić albo wręcz błagać o skrócenie życia. W takich sytuacjach nie zawsze sprawdzają

się standardowe procedury i pacjent wymaga bardziej zindywidualizowanego podejścia, poświęcenia mu więcej czasu. Jeżeli lekarz zrobi wszystko, aby usunąć dolegliwość czy chociażby ją złagodzić może przywrócić pacjentowi chęć życia. Lekarz może także nie podejmować dodatkowego wysiłku i poprzestać na uczynieniu zadość prośbie chorego.

Na zakończenie podnieść trzeba jeszcze dwie kwestie. Pierwsza kwestia może się wiązać z jednej strony z podziałem środowiska lekarskiego, a z drugiej strony ze sposobem, w jaki lekarze mogą być spostrzegani przez pacjentów. Legalizacja eutanazji, podobnie jak legalizacja aborcji będzie dzielić środowisko lekarskie na tych, którzy podejmą się działań eutanatycznych i tych, którzy z uwagi na przekonania religijne czy etyczne będą wykonania takich działań odmawiać. Ta rozbieżność może stać się źródłem wzajemnej niechęci, a także psychologicznej presji wywieranej na tych, którzy sprzeciwiają się wykonywaniu eutanazji albo na tych, którzy będą jej zwolennikami. Te dwie grupy lekarskie mogą być też różnicowane przez pacjentów. Fakt, że lekarz jest albo, że nie jest zwolennikiem eutanazji może mieć szczególne znaczenie dla pacjenta, na przykład dla jego poczucia bezpieczeństwa oraz zgody na podjęcie leczenia.

Druga kwestia to problem lekarza jako osoby uśmiercającej. W trakcie dyskusji nad legalizacją eutanazji w sposób niemalże naturalny przyjmuje się, że wykonawcami prośby pacjenta o śmierć będą lekarze ewentualnie pielęgniarki. Potrafią oni bowiem zadać śmierć bezboleśnie i pewnie. Ponadto lekarze i pielęgniarki mogą być kontrolowani przez zatrudniające ich instytucje i w związku z tym wydaje się, iż można ustrzec się nadużyć. Nikt jednak nie próbował odpowiedzieć na pytanie czy lekarze chcą podjąć się takiej roli. Kiedy w badaniach M. Gałuszki pytano studentów medycyny czy pacjent powinien mieć prawo do przyśpieszenia śmierci, większość odpowiedziała, że tak, ale już zdecydowana mniejszość podjęłaby się zrealizowania prośby pacjenta (Gałuszka, 1996). Zatem widać wyraźnie, że inaczej sprawa wygląda, gdy się patrzy z perspektywy pacjenta oraz inaczej, gdy się patrzy z perspektywy osoby zobowiązanej do realizacji przyznanego pacjentowi prawa. Ponadto we wspomnianych dyskusjach pomija się zupełnie problem następstw psychicznych, jakie wielokrotnie zabijanie może powodować. Nie wspominając o tym, że osoba, która dokona kilka, kilkanaście czy kilkadziesiąt eutanazji będzie bardziej skłonna albo bardziej podatna na powodowanie śmierci pacjenta z naruszeniem obowiązujących przepisów.

Tak, jak w przypadku lekarzy holenderskich, którzy niekiedy sami decydują o przyspieszeniu śmierci chorego. Czy tego rodzaju fakt nie powinien być dzwonkiem alarmowym w zapędach promowania w sposób szczególny pojmowanego miłosierdzia?

PACJENCI, KTÓRZY PROSZĄ O ŚMIERĆ

W modelowym jak na razie rozwiązaniu holenderskim pacjent może domagać się od lekarza, aby ten zakończył jego życie jeżeli (podaję tylko najbardziej istotne warunki) pacjent: jest osobą nieuleczalnie chorą i cierpiącą, a kres jego życia jest bliski, prosi o skrócenie życia będąc osobą w pełni świadomą, ta prośba jest wielokrotnie powtarzana w określonych odstępach, zostały podjęte wszelkie środki medycznej pomocy, rodzina ani inne osoby nie wywierają na pacjenta presji (Willke i in., 2000; Szeroczyńska, 2004; Dziedzic, 2005). Niektóre z tych warunków mogą być obiektywnie stwierdzone np. nieuleczalność choroby i jej zaawansowana faza może zostać potwierdzona przez niezależnych lekarzy specjalistów, prośba może być złożona i później potwierdzona na piśmie czy w obecności innych osób, natomiast bardzo trudno obiektywnie rozpoznać czy na pacjenta nie jest wywierana presja. Możliwości psychologicznego subtelного manipulowania decyzją pacjenta są tu bardzo duże i nie istnieje łatwy sposób wykrycia subtelnie wywieranej presji.

Tak wygląda prawne rozwiązanie modelowe. Ale pacjenci proszą o skrócenie życia, niezależnie od tego czy eutanazja została zalegalizowana. Jako psycholog praktyk przez dziesięć lat pracujący w hospicjach spotkałam się z bardzo różnorodnymi powodami proszenia o śmierć. Prośby te są na ogół kierowane do lekarzy, rzadziej do pielęgniarek.

1. O śmierć proszą pacjenci cierpiący z powodu dolegliwości fizycznych, zwłaszcza bólu czy duszności, wówczas, gdy ból staje się nie do wytrzymania. Próg znoszenia bólu jest bardzo indywidualny, warunkowany różnymi czynnikami: fizjologią, konstrukcją psychiczną, życzliwą obecnością bliskich osób czy religijnością. Ból fizyczny bywa wzmagany przez cierpienie psychiczne czy duchowe. Pierwsze stowarzyszenia walczące o prawo do eutanazji były zakładane przez osoby doświadczone bezradnością wobec bólu swoich bliskich, bólu, na który nie było lekarstwa (Brehant, 1980). Dzisiaj możliwości leczenia przeciwbólowego są o wiele większe i rzadko zdarzają się sytuacje, w których wobec bólu medycyna pozostaje bezradna (Rey, 1998). Jeżeli powodem prośby o śmierć jest ból fizyczny i ból ten uda

się uśmierzyć albo przynajmniej mocno złagodzić, pacjent nie ponawia swojej prośby. Swego czasu byłam świadkiem zdarzenia, gdy pacjent, którego ból został uleczony dziękował lekarzowi, że nie wysłuchał jego prośby o skrócenie życia.

2. Pacjenci, którzy mają poczucie albo, którym bliscy dają do zrozumienia, że stanowią obciążenie dla rodziny. Dotyczy to zwłaszcza chorujących rodziców. Rodzice pragną uchronić – najczęściej już dorosłe dzieci – przed obciążającą opieką. Stąd też często wybierają szpital jako miejsce zakończenia życia. Chcą szybkiej śmierci, ponieważ dzięki temu ich dzieci nie będą musiały przerywać pracy zawodowej, robienia kariery czy realizowanie osobistych planów. Interesujące jest to, że taką postawę prezentuje niekiedy rodzic, którego dzieci z całą życzliwością i poświęceniem są zaangażowane w opiekę. Sama choroba i związana z nią fizyczna niemoc, poczucie, że nie można pomagać, a więc nie jest się potrzebnym wprawia tych chorych w stan zażenowania i zawstydzenia. Stąd pragnienie śmierci. Tym, co może spowodować zmianę stanu psychicznego takiego chorego, szczególnie u osób religijnych jest wzbudzenie przekonania, że opiekowanie się nim jest dla dzieci okazją do spełniania dobrych uczynków i z punktu widzenia zbawienia ważne jest, aby ich nie pozbawiać tej możliwości.

3. Nieco inaczej rzecz się ma z chorymi, wobec których bliscy podejmują się opieki niechętnie i bez zbytnej troskliwości czy wrażliwości. Wtedy chory ma poczucie, że jest ciężarem i że jedynym dobrym rozwiązaniem jest szybka śmierć. W takich przypadkach dobre efekty tzn. zmianę sposobu zachowania wobec chorego, a w rezultacie poprawę samopoczucia osoby chorej daje praca psychologa z rodziną, praca o charakterze edukacyjnym (Świrowski, 2001).

4. Pacjenci, którzy utracili sens życia. Utrata poczucia sensu życia dotyka najczęściej osoby depresyjne, osoby z niepomyślną prognozą, osoby chore przewlekle, których stan zdrowia sukcesywnie się pogarsza i powoduje kolejne ograniczenia oraz osoby po wypadkach tracące częściowo albo zupełnie sprawność fizyczną. U osób chorujących na depresję bardzo często pojawiają się myśli samobójcze, próby samobójcze, sporo jest też dokonanych samobójstw. Osoby depresyjne niechętnie mówią o swoich myślach samobójczych, najczęściej też nie wprost wyrażają swoje pragnienie śmierci. Wśród osób depresyjnych, którym pomagałam nie spo-

tkąłam ani jednej, która by oświadczyła, że najlepiej byłoby, aby ktoś np. lekarz pozbawił ją życia. Ostatnio parlament holenderski zmienił przepisy odnośnie eutanazji, przyznając także osobom depresyjnym prawo do proszenia o skrócenie życia. Depresja w znaczeniu klinicznym może się pojawić w przebiegu choroby somatycznej o złej prognozie (Trzebiatowska, 2000; Nowicki, Rządowska, 2005). Zaburzenie to może być leczone środkami przeciwdepresyjnymi. Niemniej przeżywanie nasilonej depresji zwiększa prawdopodobieństwo pragnienia pozbycia się cierpienia poprzez śmierć. Osoby z niepomyślną diagnozą to najczęściej chorzy na choroby nowotworowe, wobec których leczenie przeciwnowotworowe okazało się nieskuteczne. Czas życia tych chorych pozostaje ograniczony do tygodni, miesięcy, a tylko niekiedy lat. Ludzie ci w trakcie chorowania i leczenia tracą często pracę zawodową stanowiącą o ich pozycji i znaczeniu, przyjaciół obawiających się kontaktu z kimś śmiertelnie chorym, poczucie niezależności, możliwości zrealizowania swoich pragnień. W takich okolicznościach dalsze życie zaczyna być spostrzegane jako bezsensowne. Utrata poczucia sensu życia szczególnie dramatycznie zaznacza się u osób młodych oraz osób znajdujących się w okresie swojej największej aktywności zawodowej, społecznej, rodzinnej przerwanej przez chorobę. Towarzyszy temu wiele nieprzyjemnych uczuć takich jak gniew, złość, żal, przygnębienie, smutek, poczucie winy czy rozczarowanie. Człowiek żyjąc mniej czy bardziej intensywnie prawie nigdy nie jest przygotowany na szybkie zakończenie życia. Pogodzenie się z własną śmiertelnością oraz umieraniem właśnie teraz wymaga odwagi, refleksji często wiary i pomysłu, jak w krótkiej perspektywie czasu, który pozostał ma wyglądać dalsze życie. Koncentracja na realizowaniu jakiegoś celu mimo ograniczeń powodowanych chorobą chroni przed zwątpieniem w sens życia naznaczonego chorobą. Jeżeli uda się pomóc choremu znaleźć cel, który jest ważny i z uwagi na jego stan zdrowia możliwy do wykonania, to życie nie tylko może nabrać sensu, ale może się okazać, iż ten ostatni okres życia stał się z uwagi na osiągnięcia najbardziej znaczącym czasem. Tak się też na przykład dzieje w przypadku wielu chorych wierzących znajdujących ukojenie w modlitwie, w której swoje cierpienie ofiarowują za kogoś lub za coś, nadając w ten sposób sens swojemu życiu i swojemu cierpieniu (Wandrasz, 1998). Z kolei problem utraty sensu życia mocno się zaznacza u tych chorych deklarujących się jako wierzący, którzy uważali, że za przykładowe wykonywanie swoich

obowiązków życiowych i religijnych powinni zostać nagrodzeni dobrym zdrowiem i długim życiem. Doświadczeni chorobą czują się obrażeni na cały świat, a zwłaszcza na Pana Boga, odbierając chorobę jako niesprawiedliwość oraz brak miłosierdzia. W takiej sytuacji dobre rezultaty w odzyskaniu chęci życia może dać przede wszystkim spotkanie chorego z doświadczonego kapłanem (Świrydowicz, 2000).

5. Szczególną grupę osób pragnących szybciej umrzeć są zazwyczaj młode osoby, które utraciły sprawność fizyczną w wyniku wypadku: skoku do wody, wypadku samochodowego czy innego. Chodzi tu zwłaszcza o osoby z paralizem kończyn dolnych albo kończyn górnych i dolnych będącym konsekwencją uszkodzenia w wypadku rdzenia kręgowego. Ich życiu i zdrowiu na ogół nie zagraża dalsze niebezpieczeństwo. Problemem jest pogodzenie się z kalectwem i organizacja życia od nowa, a rezultatem tych trudności utrata sensu istnienia. Niezwykle pomocna w tych okolicznościach może być życzliwa reakcja otoczenia, a niekiedy niezbędna profesjonalna pomoc psychologiczna. Moje doświadczenie pokazuje, że w tej sytuacji nie pragnienie śmierci, ale trudności w zaakceptowaniu zmienionej sytuacji stanowią podstawowy problem. Niektórzy etycy uważają, iż utrata sprawności w tak znacznym stopniu, jak w przypadku porażenia cztero-kończynowego i co za tym idzie całkowite uzależnienie od otoczenia są racjonalnym usprawiedliwieniem prośby o eutanazję i takie wyjątkowe okoliczności powinny być uzasadnieniem dla legalizacji eutanazji (Hołówka, 2005).

6. Pacjenci, których jakaś istotna potrzeba, czy istotne potrzeby nie zostały zaspokojone. Najczęściej chodzi o zainteresowanie, życzliwość, obecność. Są to pacjenci albo wstydzący się proszenia o coś, co powinno być łatwo dostrzegalne dla otoczenia albo pacjenci nie nawykli do proszenia a nawet rozmawiania o swoich potrzebach psychicznych czy duchowych. Wówczas proszenie o śmierć jest swoim istym wołaniem o pomoc, skrajnym wyrazem uczuć będących konsekwencją niezaspokojonych potrzeb. Tacy pacjenci wymagają często uważnego wsłuchiwania się w to, co przekazują, cierplivej obecności osób bliskich i towarzyszących. Wówczas istnieje szansa na odkrycie i zaspokojenie jakiejś ważnej potrzeby. W tym przypadku można by powiedzieć, że prośba o śmierć – eutanazja pełni rolę instrumentalną, pozwala na ewentualne osiągnięcie innego celu niż śmierć. Pomagając osobom śmiertelnie chorym odnoszą wrażenie, że nie tylko w tej

sytuacji, ale także w sytuacjach opisanych wyżej prośba o eutanazję najczęściej jest rozpaczliwym, dramatycznym wołaniem o pomoc. Przy tym powody tego wołania nie zawsze są w pełni przez pacjenta uświadomione, a niekiedy po prostu trudne dla niego samego do zwerbalizowania.

7. Pacjenci, na których wywierana jest mniej albo bardziej wyraźna presja. Jest to sytuacja bardziej prawdopodobna tam, gdzie doszło do legalizacji eutanazji. Różne pewnie są powody skłaniające osoby bliskie do uznania, że najlepszym wyjściem jest przyśpieszenie śmierci chorego, zwłaszcza kiedy wymaga on całodobowej opieki albo też leczenie jest kosztowne. Działania o charakterze presji mogą przyjmować na tyle subtelny kształt, że sam pacjent może mieć wątpliwości, co do kierujących nim motywów.

8. Pacjenci, którzy zdając sobie sprawę ze śmiertelności swojej choroby chcą wybrać moment własnej śmierci. Dokonanie wyboru staje się istotne z czterech co najmniej powodów: po pierwsze, uniknięcie zmagania się z nasilonym bólem czy innymi dolegliwościami; po drugie: uwolnienie najbliższych od konieczności i ciężaru opieki; po trzecie: umieranie w pełnej świadomości, która przy naturalnej śmierci mogłaby zostać zakłócona przez proces chorobowy lub przez użycie zwiększonych dawek leków przeciwbólowych; po czwarte: możliwości zorganizowania pożegnania z rodziną i towarzyszenia przez bliskich w momencie umierania. Można tutaj wskazać jeszcze jeden powód, mianowicie umieranie w wybranej przez siebie chwili może być spostrzegane jako bardziej estetyczne. Wymienione powody pojawiają się tam, gdzie eutanazja jest dopuszczalna albo tam, gdzie nie jest wprawdzie legalna, ale stosowana w praktyce lekarskiej. Pewną trudnością psychologiczną, która może się tu pojawić będzie rozbieżność pragnień chorego i najbliższych, to znaczy sytuacja, kiedy rodzina na przykład z pobudek religijnych nie będzie chętna do wyrażenia zgody na przyśpieszenie śmierci. Natomiast będzie gotowa na towarzyszenie choremu do naturalnej śmierci.

Jakkolwiek powody proszenia o skrócenie życia wydawałyby się usprawiedliwiające czy też budzące zrozumienie i współczucie dla osoby podejmującej taką decyzję zawsze pozostanie problem osoby godzącej się na realizację takiego postanowienia. Jedynie osoby o psychopatycznej strukturze charakteru niezdolne do empatii nie odczuwają psychicznych następstw zabijania (Hare, 2007). „Skrócenie życia”, „przyśpieszenie śmierci”, „skró-

cenie czy uwolnienie od cierpienia”, „eutanazja” są przecież eufemizmami oznaczającymi zabicie człowieka. I nic tego faktu nie zmieni. Powiedzenie jednak „zabiłem pacjenta na jego prośbę” brzmi jakoś niezręcznie, ponadto może wzbudzić poczucie winy, rozterki moralne czy refleksję nad odpowiedzialnością za ludzkie życie. Wielu lekarzy holenderskich przyznaje się do kilku, kilkunastu, kilkudziesięciu czy więcej eutanazji (Fenigsen, 1997). Z pewnością posługiwanie się eufemizmami poza silnym przekonaniem o słuszności podejmowanego działania jest jednym z mechanizmów chroniących przed świadomością bycia zbrojcem. Jak dotąd nie ma żadnych badań dotyczących psychicznych następstw (a może ich braku) powodowania ludzkiej śmierci w okolicznościach wyłączających odpowiedzialność karną. Wyniki takich badań niewątpliwie byłyby interesujące.

Wydawałoby się, że problemy natury etycznej czy psychologicznej nie pojawią się, jeżeli zamiast eutanazji dopuszczone zostanie wspomaganie samobójstwa. Wówczas lekarz czy pielęgniarka nie byłiby osobami bezpośrednio powodującymi śmierć pacjenta. Oni dostarczaliby tylko środków farmakologicznych w ilości niezbędnej do skutecznego popełnienia samobójstwa. Pomijam tu kwestię dyskryminacji tych pacjentów, którzy z uwagi na rozległe porażenie fizycznie nie byłiby w stanie samodzielnie się uśmiercić. Wspomagane samobójstwo będące przyczynianiem się do cudzej śmierci jest tylko złagodzoną formą eutanazji, a nawet wbrew pozorom jej formą bardziej zdehumanizowaną. Tutaj bowiem lekarz nie musi nawiązywać kontaktu z pacjentem. Zadanie sobie śmierci pozostaje suwerenną decyzją pacjenta, także wola rodziny, osób bliskich może pozostawać bez znaczenia. Niemniej zarówno osoba wspomagająca jak i rodzina mogą doznać negatywnych psychicznych skutków przypisywania sobie odpowiedzialności za dokonane samobójstwo (McKhann, 1999).

WAŻNIEJSZE PSYCHOLOGICZNE KONSEKWENCJE LEGALIZACJI EUTANAZJI

Wskażę teraz ważniejsze konsekwencje legalizacji eutanazji.

I. Dla lekarzy

Uznanie prawa pacjenta do eutanazji z konieczności spowoduje zobowiązanie innych (tj. lekarzy) do zrealizowania tego prawa. W rozwiązaniu ho-

lenderskim lekarz ma prawo odmówić prośbie pacjenta. Podstawą dopuszczenia odmowy jest traktowanie eutanazji jako działania budzącego wiele wątpliwości moralnych, etycznych czy religijnych. Stąd też postawa wobec eutanazji może stać się czynnikiem dzielącym a nawet antagonizującym środowisko lekarskie.

Lekarz będzie występował w podwójnej roli: osoby ratującej ludzkie życie oraz osoby pozbawiającej życia. Można zadać tu pytanie: czy z perspektywy zdrowia psychicznego te dwie sprzeczne role ratownika i eksterminatora są do pogodzenia?

Lekarze, którzy zaakceptują eutanazję jako standardowe postępowanie „medyczne” będą mieli mniej oporów przed powodowaniem śmierci pacjenta, który wprawdzie o nią nie prosi (ponieważ nie chce albo nie jest w stanie), ale którego życie zostało uznane przez lekarza za niewarte podtrzymywania (zjawisko „równi pochyłej”). W ten sposób lekarz może stać się panem życia i śmierci pacjenta. V. Frankl ujął to następująco: „Chory nigdy by nie wiedział, kiedy lekarz zbliża się do niego jako lekarz, a kiedy jako kat” (Frankl, 1984, s. 99).

Mając do dyspozycji tak radykalne rozwiązanie jak eutanazja lekarz w przypadku pacjenta uznano go za nieuleczalnie, a zwłaszcza śmiertelnie chorego może być w mniejszym stopniu motywowany do starannego diagnozowania oraz poszukiwania bardziej skutecznych metod leczenia samej choroby czy towarzyszących chorobie dolegliwości.

W przypadkach cierpienia fizycznego nie do uśmierzenia lekarz współczujący pacjentowi mógłby zachować poczucie własnej kompetencji tzn. poczucie, że w sytuacji kiedy medycyna jest bezradna można jednak coś zrobić. Można uwolnić pacjenta od cierpienia poprzez bezbolesne pozbawienie go życia. Nie bez znaczenia jest tu fakt, że legalizacja eutanazji łagodziłaby rozterki sumienia i chroniła przed lękiem związanym z poniesieniem konsekwencji prawnych za spowodowanie śmierci.

II. Dla pacjenta

W warunkach legalności eutanazji, na pacjenta mogłaby być wywierana przez rodzinę czy lekarza presja, aby pacjent skorzystał ze swojego prawa. Powody wywierania presji mogą być bardzo różne np. to, że pacjent jest dla rodziny ciężarem, szczególnie finansowym, że rodzina chciałaby szybciej otrzymać spadek, że lekarz potrzebuje łóżka dla innego pacjenta. Presję można wywierać na tyle subtelnie, iż jej stwierdzenie praktycznie jest niemożliwe.

Pacjenci wymagający stałej opieki i spostrzegający siebie jako obciążenie dla bliskich mogliby doznawać silnego poczucia winy, że mimo ograniczeń chcą żyć zamiast prosić o przyśpieszenie śmierci.

Jak wskazują doświadczenia holenderskiej służby zdrowia starzy lub samotni pacjenci obawiają się pobytu i leczenia w szpitalu, gdzie lekarz może zdecydować o śmierci wbrew woli pacjenta. Lęk ten jest powodem między innymi poszukiwania możliwości leczenia poza Holandią. Uśmiercanie pacjenta wbrew jego woli jest wprawdzie złamaniem przepisów dotyczących niekaralności eutanazji, niemniej według Sprawozdania Holenderskiej Komisji Rządowej w sprawie eutanazji liczba zgonów w wyniku tzw. niedobrowolnej eutanazji jest niezwykle duża. (Fenigsen, 1997).

Prawo do eutanazji daje pacjentowi poczucie, że niezależnie od postępów choroby może kontrolować swoje życie tj. domagać się jego zakończenia w wybranym przez siebie momencie. Większość pacjentów mogłaby sama pozbawić się życia, ale wiązałoby się to z ryzykiem dodatkowego cierpienia czy też z ryzykiem nieskuteczności. Lekarz jest traktowany jako specjalista od zadawania śmierci w sposób skuteczny i bezbolesny.

ROLA PSYCHOLOGA

W sytuacji zmagania się z chorobą somatyczną o złym rokowaniu wiele czynników wpływa na samopoczucie chorego. Wśród nich – jednym z najważniejszych – jest oczywiście dobra opieka lekarska. Jeżeli nawet nie można już uleczyć samej choroby, to zawsze możliwe jest leczenie czy łagodzenie jej objawów. Dzięki temu chorowanie nie zawsze musi się wiązać z wyłączeniem z pełnienia różnych ról. Utrzymaniu aktywności na określonym poziomie mogą jednak przeszkadzać czynniki psychiczne, takie jak na przykład utrata poczucia sensu życia, myśli samobójcze, niechęć do podejmowania wysiłku w obliczu krótkiej perspektywy życia czy przeżywanie bardzo silnych negatywnych uczuć gniewu, złości, lęku. W tych przypadkach przydatna bywa pomoc psychologa. Warunkiem jej świadczenia jest wyrażona przez pacjenta zgoda oraz zainteresowanie skorzystaniem z takiej pomocy (Świrydowicz, 2001; 2004; 2006).

W polskim prawie eutanazja jest przestępstwem. W tym kontekście rola psychologa jest jasna. Psycholog ma pomóc pacjentowi, który się załamał odnaleźć utracony sens życia, a w sytuacji kiedy kres jest blisko pomóc pogodzić się z tym co nieunik-

nione. Dzięki tej pomocy wielu chorych przeżyło ostatni okres swojego życia w znacznie lepszej kondycji psychicznej, także czasami fizycznej, a niektórzy z pewnym poczuciem satysfakcji. Czy w warunkach legalizacji eutanazji będzie miało sens i czy będzie praktykowane proponowanie pacjentowi pomocy psychologicznej? W Holandii według ustnej informacji prof. J. Łuczaka, gdzie od kilkunastu lat istnieje hospicjum dopiero od niedawna pacjentom proszącym o skrócenie życia zaczęto proponować jako alternatywę opiekę hospicyjną. Z propozycji skorzystała ponad połowa pacjentów. Oznacza to, że osoby nieuleczalnie chore chcą umrzeć wcześniej, ponieważ nie widzą dla siebie innego, lepszego wyjścia.

Dzisiaj, kiedy zwłaszcza przez media wywierana jest silna presja na zaakceptowanie przez społeczeństwa legalizacji eutanazji bez pokazywania negatywnych konsekwencji takiego rozwiązania prawnego, obserwowanych w Holandii, rolę psychologa oraz psychologii jako nauki praktycznej widziałabym znacznie szerzej. W psychologii ostatnio dużo się mówi na temat zjawiska wykluczenia i jego skutków dla jednostki. Jako osoby podlegające temu zjawisku wskazuje się także osoby chore na nieuleczalną chorobę nowotworową czy inne nieuleczalne choroby przewlekłe. Zadaniem psychologów oraz psychologii byłoby wpływanie na taką organizację życia społecznego i takie formowanie wrażliwości, aby osoby nie będące w stanie samodzielnie funkcjonować oraz ich rodziny zyskiwały pomoc nie tylko ze strony krewnych, ale także bliższego i dalszego otoczenia bez konieczności uciekania się jedynie do opieki państwowej. Wzięcie indywidualnej odpowiedzialności za to, co dzieje się w najbliższym otoczeniu (kształtowanie mikrośrodowiska) pozwoliłoby osobom czy rodzinom znajdującym się w trudnej sytuacji bardziej skutecznie zmagać się z trudnościami oraz zachować poczucie, że w tym zmaganiu się nie pozostają osamotnieni. Być może wówczas tylko nieliczni prosiliby o skrócenie życia czy decydowali się na oddanie starych, schorowanych rodziców do domów opieki społecznej.

LITERATURA

- Antonelli, F. (1995). *Oblicza śmierci*. Kraków: Wydawnictwo m.
- Aumonier, N., Beignier, B., Letellier, P. (2003). *Eutanazja*. Warszawa: Instytut Wydawniczy PAX.
- Barnard, Ch. (1996). *Godne życie, godna śmierć*. Warszawa: Wydawnictwo Jacek Santorski & CO.
- Brehant, J. (1980). *Thanatos. Chory i lekarz w obliczu śmierci*. Warszawa: Instytut Wydawniczy PAX.
- Brusiło, J. (2004). *Lekarz wobec kresu życia ludzkiego*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PAT.
- Dziedzic, J. (2005). *Spór o eutanazję*. Kraków: WN PAT.
- Fenigsen, R. (1997). *Eutanazja. Śmierć z wyboru?*. Poznań: Wydawnictwo „W drodze”.
- Frankl, V. E. (1984). *Homo patiens*. Warszawa: Instytut Wydawniczy PAX.
- Gałuszka, M. (1996). Potoczna interpretacja śmierci. W: M. Gałuszka, K. Szewczyk (red.), *Umierać bez lęku. Wstęp do bioetyki kulturowej* (s. 167–206). Warszawa – Łódź: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Gałuszka, M. (2002). Bioetyka kulturowa wobec eutanazji: analiza wypowiedzi medialnych i badań opinii społecznej. W: M. Gałuszka, K. Szewczyk (red.), *Narodziny i śmierć. Bioetyka kulturowa wobec stanów granicznych ludzkiego życia* (s. 222–255). Warszawa Łódź: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Hare, R.D. (2007). *Psychopaci są wśród nas*. Kraków: Wydawnictwo Znak.
- Hołówka, J. (2005). Pochwała eutanazji. W: B. Chyrowicz (red.), *Eutanazja. Prawo do życia. Prawo do wolności* (s. 115–142). Lublin: Towarzystwo Naukowe KUL.
- Israel, L. (2002). *Eutanazja czy życie aż do końca*. Kraków: Wydawnictwo WAM.
- Mc Khann, Ch.F. (1999). *A time to die. The place for physician assistance*. New Haven & London: Yale University Press.
- Nowicki, A., Rządkowska, B. (2005). Depresja i lęk u chorych z nowotworami złośliwymi. *Współczesna Onkologia*, 9, 396–403.
- Rey, R. (1999). *History of pain*. London – Cambridge – Massachusetts: Harvard University Press.
- Szeroczyńska, M. (2004). *Eutanazja i wspomagane samobójstwo na świecie*. Kraków: Towarzystwo Autorów i Wydawców Prac Naukowych UNIVERSITAS.
- Świrydowicz, T. (2000). Dlaczego ja?. W: J. Kolbuszewski (red.), *Problemy współczesnej tanatologii* (s. 51–59). Wrocław: Wrocławskie Towarzystwo Naukowe.
- Świrydowicz, T. (2001). Pomoc psychologiczna świadczona ludziom umierającym oraz ich rodzinom. Możliwości i ograniczenia. W: J. Kolbuszewski (red.), *Problemy współczesnej tanatologii* (s. 93–99). Wrocław: Wrocławskie Towarzystwo Naukowe.
- Świrydowicz, T. (2004). Psychologiczne sposoby radzenia sobie w sytuacji nieuleczalnej choroby. W: J. Kolbuszewski (red.), *Problemy współczesnej tanatologii* (s. 161–169). Wrocław: Wrocławskie Towarzystwo Naukowe.
- Świrydowicz, T. (2006). Czy psycholog jest potrzebny ludziom chorym na raka?. W: J. Kolbuszewski (red.), *Problemy współczesnej tanatologii* (s. 95–105). Wrocław: Wrocławskie Towarzystwo Naukowe.
- Trzebiatowska, I. (2000). Zaburzenia psychiczne w chorobie nowotworowej. W: K. de Walden-Gałuszko (red.), *Psychoonkologia* (s. 71–81). Kraków: Biblioteka Psychiatrii Polskiej.
- Twycross, R.L., Lack, S.A. (1983). *Symptom control in far advanced cancer: pain relief*. London: Pitman Books.
- Twycross, R.L., Frampton, D.R. (1996). *Opieka paliatywna nad terminalnie chorym*. Bydgoszcz: MARGRAFSEN.
- Wandrasz, M. (1998). *Religijność a postawa wobec choroby*. Lublin: Redakcja Wydawnictw KUL.
- Willke, J.C. i inni. (2000). *Życie czy śmierć. Stare i nowe tajemnice eutanazji*. Gdańsk.