

Kiedy możemy zabijać noworodki?

Tomasz P. Terlikowski

¹ Szeroko o tym problemie, choć akurat nie w odniesieniu do kwestii, jaką porusza niniejszy artykuł, traktuje praca s. Barbary Chyrowicz: *Bioetyka i ryzyko. Argument „równi pochyłej” w dyskusji wokół osiągnięć współczesnej genetyki*, Lublin 2000.

² G.E. Schafft, *Od rasizmu do ludobójstwa. Antropologia w III Rzeszy*, tłum. U. Bałut-Ulewiczowa, Kraków 2006.

Logika myślenia bywa nieubłagana. Jeśli przyjmie się jakieś założenia, to bardzo trudno uniknąć ich ostatecznych konsekwencji. Nie chodzi tu wcale o przywołanie tak częstego argumentu z równi pochyłej. Świadom jestem jego argumentacyjnej słabości i jednocześnie retorycznej celności¹. Chodzi raczej o jasne wskazanie, że przyjęcie, nawet nie do końca świadome, pewnych antropologicznych, moralnych czy dotyczących natury świata założeń prowadzi ku coraz dalszym wnioskom praktycznym. I nawet jeśli początkowo nie jesteśmy skłonni tego przyznać, po jakimś czasie, gdy osuwamy się z praktyczną zmianą, przechodzimy do zgody na realizację jej dalszych wniosków. Przykłady takich zjawisk można mnożyć. Rasizm w III Rzeszy w połączeniu z bardzo ograniczonym intelektualnie ewolucjonistycznym scjentyzmem doprowadził do ludobójstwa i akceptacji przez rzeszę psychiatrów i antropologów badań na ludziach skazanych na zagładę². Eugenika zaś w połączeniu z wiarą w kreacyjne możliwości biurokracji doprowadziła do przymusowych sterylizacji, aborcji, a nawet do akcji T4, czyli „eliminacji życia niewartego życia”. U podstaw wielu z tych zjawisk leżały szlachetne idee, naukowe argumenty, a niekiedy autentyczne współczucie dla chorych lub ich rodzin. Tyle że błąd popełniony na początku rozumowania, fałszywe rozumienie współczucia, natury ludzkiej czy struktury moralnej nieuchronnie doprowadziły do drastycznych i dramatycznych skutków. Oczywiście w takich sprawach nie ma wielkich kwantyfikatorów – nie każdy postępował w błędach intelektualnych, nie każdy realizował ich praktyczne konsekwencje.

Te same zjawiska, z jakimi mieliśmy do czynienia w pierwszej połowie XX wieku, ujawniają się obecnie. Idee moralne, koncepcje człowieka, utylitarne i pragmatyczne założenia, a także prymi-

tywny scjentyzm prowadzą do podobnych skutków. Znakomitym tego przykładem pozostaje zgoda na aborcję eugeniczną, która przeważnie prowadzi do zgody na dzieciobójstwo. Zastrzegam, że nie dotyczy to każdego w ogóle, ale każdego, kto myśli konsekwentnie. Nie jest to tylko wniosek filozofa badającego idee, ale też empiryka obserwującego rzeczywistość. Potwierdzają to na przykład wyniki badań wśród belgijskich lekarzy opublikowane przez „Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica”³. Badania te mogą szokować, ale po dłuższym zastanowieniu nie powinny zaskakiwać. To, co z nich wynika, jest prostym skutkiem przyjęcia pewnych założeń, a także konsekwentnego realizowania ich w praktyce. Ogromna większość lekarzy (89,1 proc.) wykonujących późne aborcje we Flandrii, czyli niderlandzkojęzycznej części Belgii, opowiada się za legalizacją także dzieciobójstwa, i to nie tylko w sytuacjach, gdy noworodek jest śmiertelnie chory, ale również w innych, gdy dziecko ma szansę przeżycia. „Większość specjalistów podziela opinię, że należy zmienić prawo, aby ułatwić podejmowanie decyzji o zakończeniu życia noworodka w ciężkim stanie. Jest to kwestia, którą belgijscy ustawodawcy powinni zbadać” – stwierdzają autorzy artykułu.

Taka opinia, choć dotyczy głównie lekarzy, którzy już i tak wykonują późne aborcje, jest konsekwencją przyjęcia prawa do aborcji w sytuacji, gdy dziecko jest chore czy upośledzone. Jeśli bowiem uznajemy, że rodzice mają prawo domagać się uśmiercenia dziecka z powodu jego stanu zdrowia przed jego urodzeniem, z czasem prawdopodobnie zgodzimy się, by przyznać im identyczne prawa w czasie, gdy dziecko opuści wody płodowe. Jeśli argumentem za niezbywalnym prawem do życia nie jest przynależność do gatunku ludzkiego, z której wynika godność i związane z nią uprawnienia – a zarówno ludzki zarodek, płód, jak i noworodek tak samo należą do tego gatunku – to w istocie każde inne uzasadnienie pozostaje pragmatyczne i umowne. A pragmatyczne uzasadnienia mają to do siebie, że łatwo się je poszerza, szczególnie jeśli jest to wygodne dla silniejszych. Argumenty z cierpienia rodziców, a także dzieci, odnoszą się przecież w tym samym stopniu do osób już narodzonych, jak i do tych, które jeszcze pozostają w łonach matek. Niestety nie jest to tylko wniosek intelektualny, ale zauważalny empirycznie. Już teraz w Belgii

³ E. Roets Sigrid, D.L. Deliëns, K. Chambaere, L. Dombrecht, K. Roelens, K. Beernaert, *Healthcare professionals' attitudes towards termination of pregnancy at viable stage*, „Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica”, <https://doi.org/10.1111/aogs.13967>, 7.09.2020.

i Holandii – za sprawą protokołu z Groningen – dzieciobójstwo jest legalne, o ile dziecko po urodzeniu cierpi na poważną chorobę, która nieuchronnie prowadzi do śmierci, a także może znacząco obniżyć jego „jakość życia”. Aby dobrze zrozumieć, o jakim zjawisku mówimy, warto mieć świadomość, o jakie niemowlęta chodzi w protokole z Groningen. Prawo to dotyczy trzech grup dzieci. Pierwszą z nich są niemowlęta, które nie mają najmniejszych szans na przeżycie i które umrą wkrótce po narodzinach. Mowa o beczaszkwowcach czy bezmózgowcach oraz o dzieciach z hipoplazją nerek czy płuc. One, nawet przy najlepszej opiece i pomocy lekarskiej, nie mogą przeżyć. Jak się zdaje, w tej sprawie istnieje medyczny konsensus, mówiący, że poddawanie ich szczegółowym operacjom czy nawet podłączenie do aparatury podtrzymującej życie byłoby uporczywą terapią. Fundamentalny spór w tej sytuacji dotyczy jednak tego, czy lekarze mogą, stosując środki medyczne, przyspieszyć śmierć takiego dziecka. Protokół z Groningen to umożliwia, podczas gdy klasyczna bioetyka uznaje tego rodzaju działanie za zabójstwo. Drugą grupą dzieci, które mogą zostać pozbawione życia, są noworodki, których stan zdrowia jest bardzo ciężki, a rokowania niepewne. Mogą one przeżyć, tyle że ich „jakość życia” będzie później, jak to się ujmuje w utylitarnym myśleniu, słaba. Mowa tu o dzieciach z ciężkimi zaburzeniami pracy mózgu czy rozległymi uszkodzeniami narządów wewnętrznych. Dzieci takie mogą opuścić oddziały intensywnej terapii, ale ich stan zdrowia zawsze będzie zły. W ich przypadku klasyczna bioetyka zakorzeniona w fundamentalnym założeniu wartości życia wymaga, by leczyć i pomagać. Jednak protokół z Groningen pozwala na ich likwidację. Trzecia grupa przypadków to dzieci zdolne do funkcjonowania poza oddziałami intensywnej terapii, które jednak są skazane – według rodziców i lekarzy – na „cierpienia nie do zniesienia”. Im również zaaplikowane mogą być leki pozbawiające je życia. Już w 2005 roku takich dzieci, według oficjalnych statystyk, było od piętnastu do dwudziestu, obecnie jest ich więcej⁴. Jak pokazują cytowane powyżej badania, nie brakuje specjalistów, którzy chętnie jeszcze bardziej poszerzyliby dostępność tego typu eutanazji.

Uczciwie trzeba powiedzieć, że nie brakuje bioetyków, także wspierających zarówno aborcję, jak i eutanazję, którzy protokół

⁴ E. Verhagen, J.D. i P.J. Sauer, *The Groningen Protocol – Euthanasia in Severely III Newborns*, „New England Journal of Medicine”, nr 352/2005, s. 959-962.

z Groningen odrzucają. Na przykład Alexander A. Kon wskazuje, że ani rodzice, ani lekarze nie są w stanie wiarygodnie ocenić skali cierpienia, do którego zaakceptowania zdolne i chętne byłoby nowo narodzone dziecko. To oznacza, że nie mają oni podstaw etycznych, by w jego imieniu podjąć taką decyzję⁵. Jeszcze ostrzej, i to wychodząc z klasycznych, jeszcze przedchrześcijańskich zasad etyki medycyny, potępia zasady protokołu z Groningen Eric Kodish. Wzywa on lekarzy pediatrów do jego odrzucenia i bojkotowania. Kodish uważa, że akceptacja protokołu oznacza w istocie wprowadzenie do pediatrii obowiązku zabijania dzieci oraz że jego autorów bardziej interesuje cierpienie rodziców niż zdrowie i życie samych dzieci. „Mimo różnic społecznych i kulturowych niektóre rzeczy są uniwersalne. Pediatrzy na całym świecie powinni potępić protokół z Groningen i odmówić udziału w dzieciobójstwie. (...) Opieka nad poważnie chorymi niemowlętami i dziećmi nigdy nie jest zgodna z aktywną eutanazją”⁶ – podkreśla Kodish. Te głosy w liberalnych środowiskach są jednak raczej odosobnione.

I trudno się temu dziwić. Bioetycy liberalni już dawno usprawiedliwili takie pomysły, wskazując, że rodzice powinni mieć prawo do „aborcji pourodzeniowej”. W jakich okolicznościach? Peter Singer sugeruje, że w każdych, w których późniejszy stan zdrowia może mieć znaczenie dla szczęścia rodziców. „Kiedy śmierć niepełnosprawnego niemowlęcia prowadzi do narodzin następnego z lepszymi perspektywami na szczęśliwe życie, całkowita ilość szczęścia będzie większa, jeśli niepełnosprawne niemowlę zostanie zabite. (...) Jeśli więc zabicie dziecka z hemofilią nie ma niekorzystanego efektu dla innych, zgodnie z poglądem całkowitym byłoby dobrze je zabić”⁷ – wskazuje Singer. W innym zaś miejscu kontynuuje swoją myśl, sugerując, że obrona także zdrowych niemowląt nie jest konieczna. „Narodziny o tyle są elementem istotnym, że matkę z dzieckiem zaczyna łączyć więź inna niż ta, która łączyła ją z płodem, a inne osoby także odnoszą się do niego inaczej niż wcześniej. Ale nie jest to jeszcze powód, by płód niemający dotychczas żadnego prawa do życia miałby nagle w tym samym momencie nabywać tych samych praw do życia, jakie mają inni ludzie”⁸ – przekonuje australijski bioetyk. Wszystkie wnioski zaś z jego myślenia wyciągnęła para bioetyków Alberto Giubilini i Francesca Minerva, którzy uznali, że rodzice powinni mieć takie

⁵ A.A. Kon, *Neonatal Euthanasia Is Unsupportable: The Groningen Protocol Should Be Abandoned*, „Theoretical Medicine and Bioethics”, nr 28/2007, s. 453-463.

⁶ E. Kodish, *Paediatric Ethics: a Repudiation of the Groningen Protocol*, „The Lancet”, nr 371/2008, s. 893.

⁷ P. Singer, *Etyka praktyczna*, tłum. A. Sagan, Warszawa 2003, s. 179.

⁸ P. Singer, *O życiu i śmierci. Upadek etyki tradycyjnej*, tłum. A. Alichniewicz, A. Szczesna, Warszawa 1997, s. 146.

samo prawo do zabicia dziecka już narodzonego jak do aborcji, bowiem moralny status noworodka i płodu się od siebie nie różnią. „Jeżeli kryteria takie jak koszty (społeczne, psychologiczne, ekonomiczne) dla potencjalnych rodziców są wystarczającym powodem do przeprowadzenia aborcji nawet wtedy, gdy płód jest zdrowy, jeżeli status moralny noworodka jest taki sam jak płodu i jeżeli żaden z nich nie ma żadnej wartości moralnej z samej racji bycia potencjalną osobą, to te same powody, które uzasadniają aborcję, powinny również uzasadniać zabicie potencjalnej osoby, gdy znajduje się ona w stadium noworodkowym”⁹ – wskazują bioetycy. I właśnie z tej tezy wyprowadzają oni wniosek, że aborcja pourodzeniowa może być lepszym rozwiązaniem niż adopcja. Dlaczego? Odpowiedź jest prosta: interesy psychiczne matki stoją zawsze wyżej niż interes nowo narodzonego dziecka, które – ich zdaniem – nie ma żadnych praw. A skoro tak, to potencjalny smutek i żal z powodu niewiedzy o tym, co dzieje się z dzieckiem, są istotniejsze niż prawo dziecka do życia. To prawda, że żal i poczucie straty mogą towarzyszyć zarówno aborcji i aborcji poporodowej, jak i adopcji, ale nie możemy zakładać, że dla matki to adopcja jest najmniej traumatyczna. Tak się bowiem składa, że „ci, którzy żałują śmierci, muszą zaakceptować nieodwracalność straty, ale naturalne matki często marzą, że ich dziecko do nich wróci. Utrudnia to zaakceptowanie rzeczywistości utraty, ponieważ nigdy nie mogą być całkiem pewne, czy jest ona nieodwracalna”¹⁰ – wskazują cytowani autorzy. Niezależnie od tego, czy taka argumentacja nam się podoba, trzeba powiedzieć, że jeśli przyjmie się istnienie prawa rodziców do likwidacji chorego dziecka, jeśli uzna się, że przynależność do gatunku ludzkiego nie ma znaczenia moralnego, to jest to myślenie konsekwentne.

Oczywiście nieczęsto znajdziemy tak wprost wyrażone poglądy. Zazwyczaj aborcję pourodzeniową, tak jak aborcję eugeniczną, uzasadnia się współczuciem dla innych, odmową przymuszania do podejmowania heroicznych decyzji czy koniecznością liczenia się z wytrzymałością rodziców. W Polsce identyczne głosy słychać w odniesieniu do aborcji eugenicznej, której zwolennicy przekonują, że nie wolno – właśnie z powodu współczucia dla matek czy odmowy nakładania heroicznych wysiłków – jej zakazać. Ale jeśli chcą być oni konsekwentni, to muszą sobie zadać pytanie:

⁹ A. Giubilini, F. Minerva, *After-Birth Abortion: Why Should the Baby Live?*, „Journal of Medical Ethics”, nr 39/2013, s. 263.

¹⁰ Tamże.

dlaczego nie zezwolić na dzieciobójstwo prenatalne w sytuacji, gdy wad rozwojowych czy chorób nie dało się wykryć wcześniej? Jeśli rodziców nie wolno stawiać w sytuacji heroicznej, nie wolno zmuszać ich do bohaterstwa, to dlaczego nie legalizujemy eutanazji noworodków? A idąc dalej, trzeba zapytać: co z dziećmi, które później zapadły na jakieś choroby? Na przykład z takimi, które w wyniku wypadku zostały sparaliżowane albo genetyczne schorzenie pozbawia je stopniowo możliwości normalnego funkcjonowania. Niewątpliwie zmierzenie się z chorobą takiego dziecka wymaga od rodziców wysiłku, a czasem heroizmu. Czy zatem w takim wypadku nie należy uznać, że rodzice mogą się owego heroizmu zrzec? Czy nie powinno się im przyznać prawa do likwidacji swojego dziecka, jeśli nie są oni w stanie podjąć wyzwania, jakim jest opieka nad niepełnosprawnym członkiem rodziny? A co z dziećmi, które nie radzą sobie z opieką nad chorymi rodzicami? Czy one także mają prawo do tego, by zlikwidować swoich rodziców? Pytania te wynikają z obserwacji rzeczywistości. Już teraz prawo holenderskie przyzwala na eutanazję dzieci za zgodą ich rodziców – trudno mówić o świadomej zgodzie dwunastolatka – i na eutanazję staruszków, często wymuszaną lub podpowiadaną przez rodzinę. Czy mąż, gdy jego żona od lat jest w stanie wegetatywnym, może uznać, że opieka nad nią go przerasta, i zażądać jej śmierci, jak zrobił to mąż Amerykanki Terri Schiavo? Jeśli poważnie traktujemy argument, że prawo nie może zmuszać do heroizmu, i uznajemy, że wychowanie czy opieka nad osobą niepełnosprawną nim jest, to we wszystkich tych sytuacjach nie widać powodów, by nie pozwolić na takie ostateczne rozwiązania. A potem zapewniać, że oczywiście chodzi wyłącznie o wolność wyboru, o to, by każdy mógł wybrać tak lub inaczej... Każdy – prócz ofiar aborcji, eutanazji czy zagłodzenia, jak to miało miejsce w przypadku Schiavo. ■