

Uśmiercanie z litości

Uśmiercanie z litości, z litości prawdziwej czy też udawanej, nie jest tematem nowym, ale stale aktualizowanym, który, wykraczając daleko poza ramy medycyny, zajmuje intensywnie także filozofów i polityków, ludzi kultury i społeczeństwo. Pod pojęciem „eutanazji” (lekka śmierć, piękna śmierć) rozciąga się szerokie spektrum sięgające od asystowania przy popełnianiu samobójstwa, pomocnictwo w umieraniu na życzenie, a nawet żądanie chorego, aż po zorganizowane masowe mordy popełnione w czasach narodowosocjalistycznego terroru. W latach 1939 – 1945 w ówczesnej Rzeszy i na okupowanych terenach Europy Wschodniej ofiarami tego ostatniego stało się 250 000 rzeczywiście lub rzekomo nieuleczalnie psychicznie chorych dzieci i dorosłych. Spoglądamy dziś wstecz przepelnieni żalobą, wstydem i gniewem i wspominamy nie tylko pomordowanych w tym szpitalu przed 60 laty pacjentów i Żydów, o ile wcześniej nie zostali wywiezieni do Auschwitz, lecz także tysiące pacjentów pomordowanych w innych okupowanych wtedy polskich szpitalach psychiatrycznych (Dziekanka, Kościan, Warta, Kochanówka, Chełm Lubelski, Tworki i inne).

Pomimo oficjalnego wstrzymania akcji mordowania pod kryptonimem „Aktion T4” 23 sierpnia 1941 roku, w dalszym ciągu na terenach ówczesnej Rzeszy dokonywano masowych zabójstw w ramach tzw. „dzikiej eutanazji”, pomimo tego, że udało się już zgładzić pierwotnie zakładaną liczbę 70 000 pacjentów, tzn. jedną piątą wszystkich pensjonariuszy zakładów psychiatrycznych. Oprócz wymordowania chorych więźniów obozów koncentracyjnych, a także Żydów, Cyganów i Polaków pod błahym pretekstem medycznym w liczbie ok. 10 000 – 20 000, dokonanego w ramach tzw. „Akcji 14 F 13” od wiosny 1943 roku, od połowy 1943 roku rozpoczęła się likwidacja pensjonariuszy domów starców. Akcja ta przeprowadzana pod kryptonimem „Aktion Brand” stała się przygrzywką do zorganizowanej masowej likwidacji więźniów obozów zagłady, znanej jako „ostateczne rozwiązanie” („Endlösung”).

W obliczu tych strasznych doświadczeń związanych z wartością ludzkiego życia tym bardziej należy wyostrzyć spojrzenie na terażniejszość i przyszłość. Nowa dyskusja na temat „śmierci z litości”, której przedmiotem jest nie tylko – dozwolone do tej pory – pośrednie, inaczej bierne pomocnictwo w umieraniu, ale także aktywne, tzn. świadome działania osób postronnych, mające na celu zakończenie życia człowieka. Dyskusja ta budzi niepokój, tym bardziej że w innych krajach Zachodu odpowiednie starania natrafiły na podatny grunt. W Holandii, USA i w Szwajcarii zostało usankcjonowane tzw. aktywne pomocnictwo w umieraniu, inaczej asystowanie przy samobójstwie. Parlament szwajcarski zezwolił na pomocnictwo w popełnieniu samobójstwa w przypadku pensjonariuszy domów starców i domów opieki społecznej, pod warunkiem, że czyn ten nie jest popełniany z „pobudek egoistycznych”. Odpowiednim organizacjom, trudniącym się pomocnictwem w umieraniu, jak np. EXIT, przyznano prawo do świadczenia swoim członkom aktywnej pomocy przy popełnianiu samobójstwa, chociaż o tej organizacji zrobiło się głośno, gdy organizacja pomogła umrzeć także młodszemu pacjentom depresyjno – suicydalnym. Także szwajcarska „Legalna Swobodna Śmierć” o nazwie „DIGNITAS” oferuje swoim członkom „śmierć na życzenie” w asyście wykwalifikowanych współpracowniczek i współpracowników, którzy – w najgorszym razie poprzez zaufanych lekarzy –zdobywają potrzebne do tego celu śmiertelne dawki barbituratów. W Niemczech organizacja o nazwie „Niemieckie Towarzystwo Humanitarnego Umierania” („Deutsche Gesellschaft für Humanes Sterben” – DGHS) stara się o zalegalizowanie wszystkich form pomocnictwa w umieraniu („pomoc w wybawieniu”). Jeden z członków tej organizacji musiał odpowiadać przed sądem za udzielenie choremu na depresję adwokatowi, który uprzednio nie został poddany leczeniu specjalistycznemu, pomocy w popełnieniu samobójstwa. We Francji „Stowarzyszenie na rzecz prawa do godnego umierania” (ADMD) także od lat stara się o ustawowo uregulowane prawo do aktywnego pomocnictwa w umieraniu w beznadziejnych przypadkach. W roku 1985 w Alzacji został uniewinniony pielęgniarz, który przy pomocy iniekcji spowodował zatrzymanie pracy serca u 86-letniej pacjentki. Wielkim echem odbiła się książka australijskiego etyka medycyny, Paula Singera, pod tytułem „Etyka praktyczna” oraz przetłumaczona na 12 języków książka Amerykanina Dereka Humphry pod tytułem „Final exit”.

W Holandii kwestia aktywnego pomocnictwa w umieraniu uregulowana jest ustawowo od 11 kwietnia 2001 roku, tak że – pod określonymi warunkami i pod kontrolą komisji złożonej z lekarza, prawnika i etyka – dozwolone jest udzielanie pomocy w umieraniu. Stało się to możliwe wbrew protestom, że również i uleczalnie chorzy mogliby być ewentualnie popychani do udzielenia przyzwolenia na własną śmierć. Decyzja ta została poprzedzona intensywnymi dyskusjami w kraju i za granicą na temat samobójstwa, w którym w dniu 28. 09. 1991 roku uczestniczył holenderski psychiatra Boudewijn Chabot.

Chabot oddał do dyspozycji 50-letniej Netti Boomsma, pracownicy socjalnej, śmiertelną dawkę lekarstwa, którą ta zażyła w jego obecności. Pani Boomsma po swoim nieszczęśliwym, zakończonym w 1990 roku rozwodem małżeństwie, w którym całymi latami zmuszona była znosić brutalność męża, straciła dwudziestoletniego syna, który w 1986 roku popełnił samobójstwo. Spowodowało to u pani B. myśli o zmęczeniu życiem, w wyniku czego pani B. została poddana przejściowo stacjonarnemu leczeniu psychiatrycznemu. W 1991 roku zmarł na raka jej drugi syn. Trzy miesiące później poprzez „Niderlandzkie Towarzystwo Dobrowolnej Eutanazji” nawiązała kontakt z dr Chabotem, który mniej więcej przez miesiąc prowadził z panią B. intensywne rozmowy i zdiagnozował patologiczną reakcję głębokiego smutku, co nie było jednak chorobą psychiczną w ścisłym znaczeniu tego słowa.

Pani B. odmawiała jakiegokolwiek dalszego leczenia, powtarzając stale, że chce umrzeć, ponieważ całkowicie straciła chęć do życia i nie widzi już przed sobą żadnej przyszłości. W wielu swoich listach wyrażała i motywowała jasno i wyraźnie pragnienie śmierci. Po konsultacji z innymi kolegami psychiatrami i psychologami dr Chabot doszedł do wniosku, że psychiczne cierpienie pani B. jest trwałe i niemożliwe do zniesienia, a szansa wyleczenia niezwykle mała.

W 1994 roku dr Chabot został wprawdzie uznany przez Sąd Najwyższy Holandii za winnego dopuszczenia się aktywnego pomocnictwa w umieraniu, ale nie został ukarany. Sąd uznał beznadziejność sytuacji pani B. i przyzwolił na udzielenie przez lekarza pomocy w samobójstwie, skrytykował natomiast fakt, że żaden z konsultowanych kolegów dr Chabota nie rozmawiał osobiście z panią B. Lekarski sąd dyscyplinarny udzielił mu nagany, ponieważ nie wyczerpał wszystkich możliwości terapii. W holenderskim czasopiśmie medycznym „Medisch Contact” wyrażono obawę, że pomaganie pacjentom w popełnieniu samobójstwa może oznaczać rezygnację z ich leczenia. Sam Chabot porównał panią B. do znanych w historii przypadków, gdy kobiety z miłości do swoich mężów podążyły za nimi w śmierć¹.

Codziennie doświadczenie uczy, że samobójstwo i próby samobójcze w większości przypadków oznaczają wołanie o zwrócenie uwagi i pomoc albo przynajmniej należy je rozumieć jako prośbę o wsparcie, ulżenie w bólu i złagodzenie lęku. W przypadku pani B. należy ponadto wziąć pod uwagę, że na skutek bardzo trudnej sytuacji osobistej, jej zdolność do swobodnego wyrażania woli mogła być bardzo ograniczona a nawet zredukowana do zera. W tym sensie, życzenia śmierci wyrażonego rzekomo samodzielnie przez niektóre ciężko chore osoby, nie należy traktować jako wolnej i przemyślanej decyzji, tym bardziej wtedy gdy profesjonalni asystenci nazbyt gorliwie śpieszą z pomocnictwem².

Oprócz wspomnianej już szarej strefy dotyczącej kwestii, czy naprawdę wyczerpano już wszystkie możliwości terapeutyczne i paliatywne, drugi słaby punkt stanowi definicja „nieznośnego cierpienia”. Według ankiety przeprowadzonych w latach 1990 i 1996 oraz innych szacunków, w Holandii lekarze uśmiercali rocznie około 1000 pacjentów, którzy nie wyrażali wyraźnie i uporczywie takiego życzenia. Lekarze powoływali się przy tym na złą jakość życia, złe rokowania albo przeciążenie członków rodziny, którzy życzyli sobie śmierci chorego (!). Sama autonomia pacjenta, tzn. jego własne życzenia i granice wytrzymałości znalazły się dopiero na siódmym miejscu motywów, wymienianych jako powód eutanazji. Nie mniej problematyczne jest sugerowanie „przypuszczalnej woli” pacjenta; także i tutaj otwiera się pole do nadużyć.

Bądź co bądź po trwającej trzydzieści lat dyskusji stworzono pewne bezpieczeństwo prawne polegające na tym, że zgodnie z holenderską ustawą o pomocnictwie w umieraniu musi się przestrzegać następujących zasad:

- Prośbę o udzielenie aktywnej pomocy w umieraniu pacjent musi wyrazić po dojrzałym namyśle i dobrowolnie, a więc bez presji z zewnątrz.
- Choroba musi być nieuleczalna, cierpienie nie do zniesienia.
- Pacjent musi być szczegółowo poinformowany o rokowaniach i swojej sytuacji: muszą zostać sprawdzone inne możliwości leczenia paliatywnego.
- Niezależnie od lekarza prowadzącego musi być powołany przynajmniej jeden niezależny lekarz.
- Działania zmierzające do zakończenia życia pacjenta lekarz musi przeprowadzić z medyczną starannością.

¹ (T. Fuchs i H. Lauter 1997, S. Gevers 1995)

² (H. Lauter i E.J.Meyer 1992, K. Heinrich 1992, S. Block i J.A. Billings 1995, A. Frey i wsp. 1997, 1999, H. Händin 1997, A. Karger i M. Haupt 1997, W. Schell 1998, J. Strnad i wsp. 1999, O. Bach 2000, A. Finzen i wsp. 2000, H. Lauter 2000)

Jeszcze dalej posunięto się w belgijskiej ustawie o pomocnictwie w umieraniu, uchwalonej przez belgijski parlament 16.05.02., która zezwala na uśmiercanie na żądanie także w przypadku osób nie będących śmiertelnie chorymi, a zwłaszcza w przypadku osób przewlekle chorych psychicznie, o ile osoba wyrażająca życzenie śmierci złożyła stosowne ustne lub pisemne oświadczenie woli. Wykluczone zostały jedynie osoby upośledzone umysłowo.

W Luksemburgu i w Skandynawii również trwają obecnie przygotowania do legalizacji pomocnictwa w umieraniu. Pomocnictwo w umieraniu w wątpliwych przypadkach - po przeprowadzeniu badania przez psychiatrę - dozwolone jest także od czasu „Death dignity act” z 1994 roku w amerykańskim stanie Oregon. Również w północnej Australii pomocnictwo w umieraniu otrzymało w 1995 roku wsparcie w postaci uregulowań prawnych. W 1996 roku zastosowano komputerowo sterowany system „Death delivery”, dzięki któremu chory po naciśnięciu odpowiedniego klawisza sam mógł wstrzyknąć sobie śmiertelną dawkę leku, podczas gdy lekarz siedział obok. Polecenie komputera brzmiało: „Jeżeli odpowie pan/i ‘tak’, to za pięć minut otrzyma pan/i śmiertelny zastrzyk”. W Illinois niejaki Jack Kevorkian, znany jako „Doctor Death” przeprowadził kampanię na rzecz „Doctor assisted suicide”. Od 1990 roku podróżował z aparaturą do śmiertelnych iniekcji i dopomógł umrzeć 30 osobom. („Medizid”), aż w 1999 roku proceder ten został przerwany przez postawienie go przed sądem i oskarżenie o zabójstwo umyślne.

Europejski Trybunał Praw Człowieka w Strasburgu odrzucił wniosek 43-letniej Brytyjki Diane Pretty (która w międzyczasie zmarła), cierpiącej na zanikowe stwardnienie słupów bocznych rdzenia, o zezwolenie jej na to, aby jej mąż dopomógł jej zakończyć życie. W uzasadnieniu odmowy czytamy, że podstawowe prawo do życia zawarte w europejskiej Konwencji Praw Człowieka nie dotyczy jego przeciwieństwa, a także nie wolno wnioskować z tego prawa do „samostanowienia” w tym sensie, że każda jednostka ma prawo wybrać raczej śmierć niż życie. Decyzję tę podjęło jednogłośnie siedmiu sędziów małej izby sądu.

W Niemczech „uśmiercanie na życzenie” jest karalne³.

Ponieważ wszystkie kryteria – dobrowolność, nieznośne cierpienie, wyczerpanie wszystkich dostępnych środków medycznych i pełne uświadomienie sytuacji choremu - niezbędne do aktywnej, dobrowolnej eutanazji są nieostre i zamazane, istnieje szeroka szara strefa z niebezpieczeństwem rozszerzenia aktywnego pomocnictwa w umieraniu z przyczyn socjo - ekonomicznych i innych z „uśmiercaniem z litości”, włącznie, stosowanym przez pielęgniarki i pielęgniarzy. Także i ten ponury rozdział wymaga najwyższej uwagi.

W ciągu ostatnich 30 lat doszło w Niemczech do szeregu przypadków uśmiercania pensjonariuszy domów opieki i pacjentów w szpitalach, które zostały wykryte i znalazły swój finał przed sądem⁴. Ułożona chronologicznie lista znanych przypadków eutanazji z ostatnich trzech dziesięcioleci wygląda następująco:

- W latach 1972 – 1974 pielęgniarz z Kerkrade (Holandia) pozbawił życia przynajmniej dziewięciu pacjentów, wstrzyknąwszy im insulinę i diazepam.
- W roku 1971 pielęgniarz pracujący w domu starców w Wuppertalu i w szpitalu Neviges (Nadrenia) zamordował dwóch pacjentów, podając im scophedal. Tego samego próbował jeszcze w przypadku dwóch innych pacjentów.
- W 1975 roku pielęgniarz pracujący na oddziale intensywnej terapii szpitala Rheinfelden (Szwajcaria) zabił siedmiu pacjentów przy pomocy digitalis.
- W latach 1977 – 1980 pielęgniarz zatrudniony w domu opieki Orkdahl (Norwegia) zamordował 22 pacjentów preparatami z kurary.
- W latach 1985 – 86 pielęgniarzka z wuppertalskiego szpitala pozbawiła życia sześciu pacjentów, wstrzykując im chlerek potasu – chlonydynę.
- Cztery kobiety, pracujące jako pomoc pielęgniarska w szpitalu w Lainz koło Wiednia zabiły w latach 1983 – 1989 w sumie 50 pacjentów, stosując iniekcje z flunitrazepamem i prothipendylo, ewentualnie uduszenie wodą.
- W ciągu 1990 roku pielęgniarz kliniki psychiatrycznej Gütersloh (Westfalia) zamordował przynajmniej 10 pacjentów, wstrzykując im powietrze.

³ (Kodeks Karny, par. 216)

⁴ (Ch. Gibiec 1990, K. Heinrich 1991, K. Moore i D. Reed 1992, F. Rest 1992, H. Maisch 1996, D. Richter I D. Sauter 1997, K. – H. Beine 1998, 1999, D. Sauter i D. Richter 1998, W. Dürwald 1993, H. Dießenbacher i K. Schüller 1993, H. J. Wagner 1991)

- W 1994 roku pielęgniarka z domu opieki w Delfzjil (Holandia) otruła ze skutkiem śmiertelnym dziewięciu pensjonariuszy.
- W roku 1996 pielęgniarz w berlińskim szpitalu Bundeswehry zabił pięciu pacjentów, przedawkowując leki.
- W Kopenhadze oskarżono pielęgniarkę, ponieważ przy pomocy leków zawierających morfinę zabiła 22 pensjonariuszy domu starców.
- We francuskim Mantes-la-Jolie pielęgniarka zeznała, że w latach 1997 – 1998 udzieliła przy pomocy leków aktywnej pomocy w umieraniu 30 starszym pacjentom.
- Pielęgniarz zatrudniony w domu starców w Lucernie podał, że w latach 2000 – 2001 otruł dziewięciu pacjentów.
- W roku 2001 pielęgniarz z Bremerhaven w trakcie wizyt domowych zabił pięć kobiet, dusząc je przy pomocy poduszki.

Przedstawiona lista zabójstw chorych i starszych osób obejmuje jedynie przypadki zbadane i ścigane sędawnie. Niemiecka fundacja zajmująca się hospicjami szacuje, że liczba nieznanych przypadków może być nawet 50% wyższa, lub wręcz nie do oszacowania.

Bliższe informacje o sprawcach i sprawczyniach tych czynów, jak również o okolicznościach tych przestępstw i warunkach pracy sprawców zawdzięczamy w głównej mierze badaniom Karl – Heinza Beine z Kliniki Psychiatrycznej w Gütersloh. Odnośnie sporządzonej przez niego listy 216 zabójstw należałoby podkreślić, że sprawcami byli przede wszystkim mężczyźni, u których próg zahamowań obniżał się wraz z kolejnym zabójstwem. Zwracali uwagę wulgarnym językiem, podawali więcej niż inni niezgodnych leków i byli niedbali w prowadzeniu dokumentacji. Niektórzy zwracali uwagę na oddziaływanie cynicznym sposobem bycia i brakiem poszanowania względem pacjentów, pozwalając sobie na uwagi typu: „popatrz no pan na X, jak będziesz pan dalej taki dokuczliwy, to będziesz pan następny” (Irene L. Z Lainz). Albo: „... Jutro znów możesz jednego wynieść, znów jeden się wykończy” (pielęgniarz Rudi Z. Z Wuppertal), albo „Ten to już jest w trumnie, tego nie musisz myć” (pielęgniarz Wolfgang L. W Gütersloh). Ten ostatni w następujący sposób opisał, jak zabił 69-letnią pacjentkę, od 30 lat pacjentki Kliniki Psychiatrycznej:

A potem wstrzyknąłem dużą ilość powietrza przez wenflon, który miał założony ... To było około 200 ml powietrza – 10 razy pełna dwudziestomililitrowa strzykawka. Chciałem iść na pewniaka, nie chciałem mu przecież sprawiać bólu... Gdy już wstrzyknąłem powietrze, mogłem słyszeć bicie jego serca, bez stetoskopu – bardzo głośno i szybko – potem zrobił się siny, oddychał powoli i głęboko – naprawdę walczył. Pomagał sobie ramionami, żeby móc oddychać. Wargi miał sine, oczy szeroko otwarte. Potem wyszedłem z pokoju, a potem – po krótkim czasie - ... Były tylko pojedyncze oddechy, całkiem płytkie, z powolnymi przerwami. Coraz rzadziej, coraz płycej...”⁵

Trzem pielęgniarkom spośród czterech skazanych w 1991 roku przez Wiedeński Sąd Krajowy, Irene L. Stefanie M. i Waltraud W. postawiono zarzut zabójstwa ze szczególnym okrucieństwem. Metoda nazywała się „pielęgnacja jamy ustnej” i polegała na duszeniu pacjentów poprzez wlewanie im wody do ust, co powodowało odmę płucną. Pacjenci męczyli się jeszcze kilka godzin, zanim zmarli.

Jeszcze zanim ich czyny wyszły na jaw i zanim zostali aresztowani, sprawcy określani byli w kręgu kolegów z pracy takim przydomkami jak „anioł śmierci”, „egzekutor”. „czarownica” albo „Angel of Death”. W zespołach terapeutycznych sprawcy trzymali się raczej na uboczu nie utrzymywali bliższych kontaktów z kolegami. Często byli niepewni i zamknięci w sobie, ale także zarozumiali.

Ich działaniom sprzyjały – ale nie zawsze – szczególne warunki panujące w ich miejscu pracy. W Wiedniu np. miały miejsce długotrwałe konflikty, pracownicy byli przeciążeni na skutek braków personalnych. Ani kierownictwo personelu pielęgniarskiego ani kierownictwo personelu lekarskiego nie było w stanie naprawić tego złego stanu rzeczy. Jedna ze sprawczyń powiedziała: „Lekarze wysłuchali tego i odpowiadali, to mnie nic nie obchodzi, to jest sprawa ordynatora. A do niego trudno się było dostać... Jak chcieliśmy do niego iść, to nie miał czasu...” Beine doszedł jednak do wniosku, że obciążenie zawodowe i klimat w miejscu pracy nie miały decydującego znaczenia w całej tej sprawie. Ponadto niezadowolająca była praktyka oględzin zwłok. Również kontrola zamówień i rozdziału leków pozostawiała wiele do życzenia.

Z wyjątkiem Olafa D., pielęgniarza z Bremerhaven, który po tym, jak zeznał, że udusił te pięć kobiet z pobudek finansowych, w ubiegłym roku został skazany przez Sąd Krajowy w Bremie na dożywotnią

⁵ (według K.-H. Beine 1998)

karę więzienia, wszyscy inni pielęgniarze i pielęgniarki jako motyw swojego działania podawali litość i współczucie wobec pacjentów. Zeznawali, że chodziło im o wybawienie tych osób od ich cierpienia. Sprawcy uważali, że życie tych chorych nie było nic warte, że było bezsensowne. „Pomogłam przerwać to cierpienie i odejść w pokoju. Nie zabiłam...” mówiła jedna z pielęgniarek z Lainz. W rzeczywistości – o ile wiadomo – z wyjątkiem jednej z ofiar żadna z uśmierconych osób nie prosiła o śmierć. Wręcz przeciwnie, większość z nich wyrażała życzenie pozostawienia sprawy życia i śmierci swojemu naturalnemu biegowi. Jedna ze sprawczyń, Maria G. wyraziła nawet negatywną opinię o pomocnictwie w umieraniu, ponieważ jej zdaniem pacjenci często z minuty na minutę zmieniali swoje zdanie. Stąd też w tym przypadku należy chyba stwierdzić, że jest to jakiś rodzaj samousprawiedliwiania własnej niezdolności do rzeczywistego „współ – czucia” albo wręcz ukrytej agresji. Zdaje się, że sprawcy nie byli w stanie znieść uciążliwych, zamuconych i męczących pacjentów, opiekować się nimi i pielęgnować ich, co bez wątpienia dla każdego człowieka jest wielkim wymaganiem.

Nic nie przemawia za tym, że podobne wypadki już się nie wydarzają i nie będą mieć miejsca w przyszłości. Zawsze będzie istnieć niedostateczna superwizja, tendencje do zatajania i tuszowania jak również chroniczne konflikty w miejscu pracy. Zawsze też będą istnieć wady charakteru i niezdolność do cierpliwego znoszenia nieuleczalnego ludzkiego cierpienia, albo nawet tylko uciążliwych, trudnych ludzi i opiekowania się nimi. Dający się zauważyć coraz większy brak solidarności społeczeństwa będzie raczej sprzyjać postawom indyferentnym etycznie z brakiem poszanowania dla życia, niż je utrudniać. Beine i inni autorzy zalecają poprawienie „systemu wczesnego ostrzegania” w domach starców i w domach opieki, wyostrenie świadomości problemu poprzez intensywną superwizję i ścisłą obserwację współpracowników pod kątem oznak wyczerpania i przeciążenia pracą, kryzysów psychicznych, skostnienia, cynizmu i innych oznak syndromu Burt-out.

O wiele ważniejsze wydaje się być jednak niebezpieczeństwo powolnego przesuwania granicy pomiędzy „pozwoić umrzeć” i aktywną eutanazją z powolnym obniżaniem się moralnego progu zahamowań, poza którym przedstawia się coraz mocniejsze argumenty za zabijaniem, a coraz słabsze przeciwko. Angielski filozof David Lamb pisał w swojej książce, wydanej w 1988 roku o argumencie „równi pochyłej”, że znacznymi konsekwencjami w tym zakresie dla moralnego poczucia wartości i w ogóle dla stosunków międzyludzkich w społeczeństwie. Mogłoby to oznaczać, że pozbywanie się starych, najbardziej ciężko chorych albo też w inny sposób uciążliwych lub zbyt kosztownych z punktu widzenia ekonomii ludzi można byłoby motywować przy pomocy rozszerzonych definicji „dobrowolności” i „samostanowienia”, albo że w końcu zostanie nawet nazwane aktem litości i współczucia.

Tego rodzaju erozji można przeciwdziałać tylko występując zdecydowanie przeciwko zaczątkom procesu pozbawiania praw i wartości. Właśnie psychiatrzy ponoszą szczególną odpowiedzialność za to, aby życie chorych, upośledzonych albo starych ludzi nie zostało na nowo poddane społecznemu rachunkowi zysków i strat, i żeby prawo do życia wszystkich ludzi pozostało czymś oczywistym, nie podlegającym dyskusji i pertraktacjom. To co ma obowiązywać na początku życia, nie może się później zrelatywizować dla narodzonego i rozwijającego się człowieka.

Abstrahując od powyższych uwag, profesje zajmujące się pomaganiem i sprawowaniem opieki, mające za zadanie zapobieganie i uniemożliwianie samobójstw i wszelkich form skracania życia, są szczególnym gwarantem życia. Ludzie tych profesji są zobowiązani dawać nadzieję i stwarzać poczucie bezpieczeństwa nawet wtedy, gdy pacjent jest całkiem zrezygnowany, ponieważ załamany go okoliczności życiowe. Jeżeli pomoże mu się umrzeć, nie będzie już możliwa pomoc w wychodzeniu z depresji, z upośledzenia, z nieuleczalnej choroby, ponieważ ta ostatnia pozycja została poddana.