

RAFAŁ CITOWICZ

OPINIA SPOŁECZNA WOBEC EUTANAZJI

Przystępując do analizy wyników badań opinii społecznej na temat zjawiska eutanazji, już na wstępie należy zwrócić uwagę, że odpowiedzi respondentów w tej mierze przedstawiają się różnie, w zależności m.in. od tego, jakiej nazwy używa się na określenie zachowań eutanatycznych¹.

W polskim sondażu CBOS z 1999 r., opartym na reprezentatywnej próbie losowo-adresowej dorosłych mieszkańców Polski², na pytanie, czy od strony moralnej można akceptować postępowanie lekarza, który na prośbę nieuleczalnie chorego umyślnie skraca mu życie dla uwolnienia go od niemożliwych do uśmierzenia cierpień, opinie Polaków okazały się niemal dokładnie podzielone: 42% respondentów odpowiedziało pozytywnie (13% — zdecydowanie „tak”, 29% — „raczej tak”) a 40% — negatywnie (19% — zdecydowanie „nie”, 21% — „raczej nie”).

Z kolei na pytanie, czy prawo powinno zezwalać lekarzom na przyspieszanie śmierci osób nieuleczalnie chorych i cierpiących na ich prośbę, połowa Polaków (50%) udzieliła odpowiedzi twierdzącej, a ponad jedna trzecia (38%) była temu przeciwna³.

¹ Zaznaczmy, iż w 2. poł. XIX i na początku XX w. w poglądach na eutanazję dokonano pomieszania pojęcia eutanazji w znaczeniu pozbawienia życia osób nieuleczalnie chorych na ich życzenie z pojęciem eutanazji jako eliminacji ze społeczeństwa osób słabych, gorszych, zdegenerowanych — całkowicie bez uwzględnienia ich woli i w wyłącznym interesie gatunku, rasy czy państwa. Niestety, właśnie do praktycznej realizacji tych ostatnich teoretycznych wizji świata doszło w hitlerowskich Niemczech, gdzie zaczęto faktycznie realizować poglądy o „czystości rasowej”. Problem polega na tym, że dla określenia swojej działalności naziści użyli właśnie nazwy „eutanazja”, przez co obecnie — z powodu uzasadnionych przecież reminiscencji — termin ten nabral wyraźnie pejoratywnego znaczenie.

² Zob. *Aktualne problemy i wydarzenia (110)*, opr. W. Derczyński, Warszawa 7–13 VII 1999 r.

³ Taki rozkład odpowiedzi nie był zaskakujący — na bardzo podobne pytanie (trochę inaczej

W badaniach późniejszych, z 2005 r., także większość (48%) ankietowanych na tak samo sformułowane pytanie odpowiedziała, iż prawo powinno zezwalać na bezbolesne skracanie życia nieuleczalnie chorego pacjenta, którego cierpieniom nie można ulżyć, jeżeli on i jego rodzina wyrażają taką wolę. Przeciwko legalizacji było natomiast więcej niż jedna trzecia Polaków (37%), a co siódmy (15%) nie miał wyrobionego zdania w tej kwestii⁴.

Gdy natomiast w pytaniu użyto wprost słowa „eutanazja”, które w odbiorze społecznym ma wyraźnie pejoratywne konotacje, okazało się, że już tylko 30% badanych twierdziło, iż można ją usprawiedliwić, podczas gdy 43% było zdania przeciwnego. W badaniach z 2005 r. także prawie połowa respondentów (48%) wyraziła dezaprobatę, 35% ankietowanych zaś mniej lub bardziej zdecydowanie opowiedziało się za jej akceptacją.

Trzeba także dopowiedzieć, że różnie przedstawia się stosunek respondentów, w zależności od tego, o jaką formę eutanazji są oni pytani.

W omawianych badaniach z 1999 r. starano się wysondować stosunek respondentów do czterech różnych zachowań eutanatycznych, a mianowicie — ich aprobatę bądź sprzeciw — wobec:

- (1) udzielenia na prośbę pacjenta pomocy w samobójstwie;
- (2) przyspieszenia zgonu na żądanie pacjenta, którego stan budzi współczucie;
- (3) odłączenia od respiratora pacjenta pozbawionego świadomości, na wcześniejszą własną jego prośbę; i wreszcie

sformułowane i nie zawierające wzmianki o cierpieniu), zadawane w ramach Polskiego Generalnego Sondażu Społecznego w latach 1992–1995, uzyskiwano nawet wyższe odsetki uważających, że prawo powinno zezwalać lekarzom na bezbolesne przerwanie życia nieuleczalnie chorych (odpowiednio dla poszczególnych lat: 51%, 58%, 56%, 51%), zbliżone też były odsetki przeciwników (odpowiednio: 33%, 29%, 32%, 36%). W sondażu z roku 1997, za prawną dopuszczalnością przerywania życia opowiedziało się 49% respondentów, 34% wyrażało sprzeciw, a 17% nie miało zdania w tej kwestii. Zob. W. D e r c z y ń s k i, *Społeczne poparcie dla eutanazji*, „Prawo i Medycyna” 2002, nr 12, s. 31 i 32.

⁴ Przyzwolenie na eutanazję okazało się jeszcze większe, jeśli badający zadali pytania w pewnym sensie projekcyjne — opisując konkretne przypadki osób nieuleczalnie chorych. Akceptacja działań eutanatycznych jest większa, jeśli dotyczą one osób nieświadomych, będących w stanie terminalnym lub dotkniętych uszkodzeniem mózgu czy innym schorzeniem, uniemożliwiającym im samodzielne wykonywanie podstawowych czynności i funkcji życiowych. Nie ma w tym względzie znacznej różnicy, czy chodzi o uszkodzony płód, noworodka, czy też o osobę dorosłą, chociaż w przypadku pełnoletnich sprzeciw wobec takich zachowań jest nieco większy, niż w przypadku nieświadomych najmłodszych. Por. *Aktualne problemy i wydarzenia* (180), opr. R. Boguszewski, Warszawa 6–9 V 2005 r.

(4) odłączenia nieprzytomnego pacjenta od aparatury podtrzymującej jego funkcje życiowe tylko na prośbę rodziny⁵.

Prawie jedna trzecia respondentów (31%) uznała wszystkie cztery zachowania za etycznie i prawnie usprawiedliwione, natomiast 26% ankietowanych uznało opisywane zachowania za niedopuszczalne.

Natomiast w przypadku udzielenia na prośbę pacjenta pomocy w jego samobójstwie, przeważają opinie potępiające takie zachowanie (48%), podczas gdy 41% badanych skłonnych byłoby udzielenie takiej pomocy usprawiedliwiać.

Stopień potępienia pomocy w samobójstwie (48%) okazuje się wyższy niż dezaprobata dla lekarza powodującego bezbolesne przyspieszenie śmierci pacjenta na jego świadomą prośbę (43%). Wynik ten może się wydać nieco zaskakujący, jeśli nie tracić z pola widzenia, iż udzielona na prośbę pacjenta pomoc w jego samobójstwie, respektując prawo do samostanowienia o sobie, jednocześnie nie angażuje bezpośrednio osoby trzeciej w sam akt samobójczej śmierci.

Przypuszczać należy, że o stanowisku respondentów w tym przypadku zadecydowało religijne potępienie samobójstwa, a może także obawa, że taka decyzja mogłaby się okazać nieprzemyślaną, pochopną czy podjętą pod wpływem chwilowego nastroju pacjenta⁶.

Niezależnie od tego, jaki motyw odpowiedzi w grę tu wchodził, okazuje się, że aktywne uczestnictwo osoby trzeciej w skróceniu życia pacjenta na jego żądanie i pod wpływem współczucia nie spotkało się w takim stopniu z dezaprobatą respondentów, jak samo udzielenie pomocy w samobójstwie.

W przypadku pytania o stanowisko wobec odłączenia aparatury podtrzymującej życie pacjenta z uszkodzonym mózgiem a znajdującego się w stanie terminalnym, gdy on sam wcześniej o to prosił, więcej niż połowa

⁵ Zdaniem W. Derezyńskiego, w dwóch ostatnich przypadkach opis sytuacji zawiera pewne niejasności: nie określono rozległości uszkodzeń mózgu ani ich możliwych następstw, nie mówi się też o śmierci mózgowej. Oznaczałoby to w istocie, że — formalnie rzecz biorąc — pacjent już nie żyje, mimo podtrzymywanych sztucznie funkcji organizmu, co oczywiście zmienia prawne i etyczne aspekty sytuacji. Opis tych zachowań nie do końca wyjaśnia, czy mamy tu do czynienia z nieodwracalnością zmian mózgowych. Zob. W. D e r z y ń s k i, *op. cit.*, s. 34. Przy nieprecyzyjnym opisie tych zachowań, udzielone przez respondenta odpowiedzi niekoniecznie muszą odzwierciedlać rzeczywisty do nich stosunek.

⁶ Podobne zróżnicowanie opinii — mniejsza akceptacja udzielenia pomocy w dokonaniu samobójstwa niż przyspieszenia śmierci pacjenta — wystąpiło także w badaniach prowadzonych w USA. Zob. J.M. B e n s o n, M.J. H e r r m a n n, *Right to Die or Right to Life?*, „Public Perspective” 1999, nr 4.

ankietowanych (55%) zaakceptowałyby takie postępowanie, natomiast jedna trzecia (33%) uznałaby je za niedopuszczalne.

Takie samo postępowanie, ale podjęte jedynie z inicjatywy i na prośbę rodziny nieprzytomnego pacjenta, zyskałoby aprobatę już tylko niespełna połowy badanych (49%) i spotkałoby się z potępieniem prawie dwóch piątych (39%).

Wydaje się, że ta różnica w ocenach wynika z akceptacji i poszanowania przez ankietowanych woli pacjenta — dla nich zgoda jedynie rodziny nie stanowi jeszcze dostatecznej czy wystarczającej podstawy dla usprawiedliwienia podjęcia decyzji w tej mierze⁷.

Interesujące były ustalenia, co — zdaniem respondentów — usprawiedliwiłoby, od strony moralnej, zezwolenia prawa na eutanazję, czyli inaczej — jakie względy aksjologiczne uzasadniałyby jej legalizację.

Spśród 80% ankietowanych, którzy w 1999 r. wyrazili pogląd, że lekarz powinien spełnić wolę bezbolesnego zakończenia życia terminalnie chorego i cierpiącego pacjenta, dominuje powoływanie się na względy humanitarne. Zaskakująco często pojawia się też w wypowiedziach respondentów motyw cierpienia osób bliskich umierającemu⁸. Drugim najczęściej wymienianym uzasadnieniem była autonomiczna decyzja człowieka o prawie do decydowania o swoim własnym życiu oraz jego prawo do godnej śmierci, a nadto moralna powinność lekarza w łagodzeniu niedających się znieść cierpienia pacjenta⁹.

Ankietowani, którzy z kolei uważali, że lekarze przeciwnie — nie powinni spełniać woli terminalnie chorych, domagających się skrócenia ich cierpienia — notorycznie i na ogół zgodnie odwoływali się w swoich uzasadnieniach do ogólnej normy zakazującej zabijania kogokolwiek, do zasad etyki lekarskiej lub do przykazań religijnych.

⁷ W porównaniu z wynikami sondażu z 1988 r. opinie na temat odłączenia pacjenta od aparatury na prośbę rodziny wyraźnie się zmieniły. Wówczas w odpowiedzi na bardzo podobne pytanie, które zawierało w dodatku określenie mówiące o umożliwieniu choremu godnej śmierci (co mogło oddziaływać na pytanych perswazyjnie), tylko 38% badanych uznało, że jest to dopuszczalne, więcej było opinii przeciwnych (43%), więcej też osób (19%) nie potrafiło się wypowiedzieć na ten temat. Zob. Komunikat CBOS, *Za czy przeciw eutanazji*, Warszawa XII 1988 r.

⁸ Co więcej, niektórzy respondenci dawali też wyraz własnym obawom i lękom, zwłaszcza jeśli osobiście zetknęli się już z cierpieniem.

⁹ Pozostałe wypowiedzi zawierały rozmaite zastrzeżenia, jak choćby ograniczenie możliwości takiego postępowania do zupełnie wyjątkowych sytuacji albo jedynie przy spełnieniu określonych warunków. Wskazywano również na trudności związane z możliwością wskazania jednoznacznej oceny. Zob. *Postawy wobec eutanazji*, opr. W. Derczyński, Warszawa 1999, s. 11 i 12.

Jak można się było spodziewać, opinie w kwestii różnych zachowań, które wspólnie można objąć mianem eutanazji, najbardziej różnicuje religijność badanych, mierzona deklarowaną częstością praktyk religijnych. Wśród osób niepraktykujących lub czyniących to jedynie okazjonalnie — kilka razy w roku — w 1999 r. było aż o 37 punktów procentowych więcej akceptujących pomoc w skróceniu życia, niż wśród praktykujących kilka razy w tygodniu (obecnie ponad 33%)¹⁰.

Widoczne są też różnice w ocenach (choć niewielkie), wynikające z poziomu wykształcenia ankietowanych, z deklarowanych poglądów czy przekonań politycznych, z przynależności do określonych grup czy afiliacji społeczno-zawodowych, z miejsca zamieszkania czy wreszcie z wieku respondentów. Badani z wykształceniem podstawowym wyraźnie rzadziej niż pozostali aprobuja pomoc w skróceniu życia¹¹.

Na uwagę zasługuje prostoliniowa zależność między wiekiem ankietowanych a aprobatą pomocy w umieraniu — im młodszy respondenci, tym częściej uważają, że lekarz, który to czyni, postępuje dobrze (od 26% wśród najstarszych do 51% wśród najmłodszych).

Komentując przed laty występującą zależność między wiekiem respondentów a rodzajem udzielonej odpowiedzi, Mieczysław Szerer — co przypomina Tomasz Kaczmarek — nie bez ironii pisał, iż sam sceptycznie odnosi się do wyników takich ankiet, w których pozytywne odpowiedzi zazwyczaj udzielane bywają jeszcze przez zupełnie krzepkich respondentów¹². „Nie jest dla mnie przekonujące, kiedy jeszcze zupełnie zdrowi młodzi ludzie jednoznacznie rozstrzygają o tym, co dla nieuleczalnie cierpiących powinno być najlepsze”¹³.

¹⁰ Zob. m.in. R. B o g u s z e w s k i, *Poparcie dla eutanazji a przyzwolenie na określone działania w tym zakresie*, CBOS: komunikat z badań, BS/101/2005, Warszawa VI 2005 r., s. 2 i n.

¹¹ Jednak równie często potępiają je respondenci z wykształceniem wyższym, najbardziej podzieleni w swych opiniach. Potępienie wiąże się też częściej z poglądami politycznymi prawicowymi niż centrowymi czy lewicowymi (różnica 20 punktów procentowych) oraz z zamieszkiwaniem na wsi, aprobatą natomiast — z mieszkaniem w wielkich aglomeracjach. W grupach społeczno-zawodowych dezaprobatą omawianego postępowania jest najczęstsza wśród emerytów i rolników, akceptacja zaś wśród robotników (niewykwalifikowanych i wykwalifikowanych).

¹² T. K a c z m a r e k, *Wolność dysponowania życiem a prawo do godnej śmierci*, w: T. K a c z m a r e k, *Rozważania o przestępstwie i karze*, Warszawa 2006, s. 412.

¹³ Zob. M. S z e r e r, *Skracanie nieznośnego życia*, „Palestra” 1975, nr 1, s. 103–108.

W tym miejscu można ogólnie powiedzieć, że w kwestii moralnej lub prawnej dopuszczalności eutanazji przeważa pogląd, iż przerwanie lub zaniechanie udzielenia pomocy dla uwolnienia od cierpień nie do zniesienia lub uczynienia śmierci znośnej, umożliwiające zachowanie godności człowieka, nie będąc moralnie naganne, powinno zostać także przez prawo dozwolone. Pośród polskich uczestników ankiet czy sondaży nieznacznie przeważa pogląd, iż prawo powinno w pewnych sytuacjach zezwalać na skracanie życia pacjenta na jego prośbę. Co drugi badany (51%) opowiada się za prawną dopuszczalnością eutanazji w przypadku nieuleczalnie chorych, których cierpieniom nie można ulżyć, chociaż jedna trzecia uczestników (36%) jest temu przeciwna¹⁴.

Skądinąd interesujące wydają się również wyniki badań ankietowych, uzyskane w 1980 r. przez Macieja Tarnawskiego, a dotyczące postaw sędziów polskich sądów karnych wobec eutanazji¹⁵.

Na wstępie poproszono ankietowanych o udzielenie odpowiedzi na pytanie, czy zabójstwo na żądanie i pod wpływem współczucia powinno być traktowane jako przestępstwo.

Zdecydowana większość respondentów (aż 85%) na tak postawione pytanie udzieliła odpowiedzi twierdzącej, zaledwie 15% sędziów opowiedziało się zaś za depenalizacją zabójstwa eutanatycznego.

W drugim pytaniu, M. Tarnawski starał się wysondować, czy — zdaniem sędziów — w pewnych szczególnych sytuacjach nie należałoby jednak zrezygnować z ustawowego warunku „żądania”, o jakim była mowa w art. 150 k.k. z 1969 r.¹⁶

W tym przypadku, co warto podkreślić, różnica między zwolennikami a przeciwnikami nowelizacji przepisu art. 150 k.k. z 1969 r. była już znacznie mniejsza. Proponowaną nową regulację zabójstwa na żądanie zaaprobowaloby 42% ankietowanych, natomiast 58% respondentów było zdania przeciwnego.

¹⁴ Zob. W. D e r c z y ń s k i, *op. cit.*, s. 31. Ten sam autor zwraca także uwagę, że w naszym kraju systematycznie wzrasta odsetek osób uważających, iż lekarze, spełniając wolę cierpiących, nieuleczalnie chorych, powinni podawać im środki przyspieszające ich zgon. Podczas gdy w 2. poł. lat osiemdziesiątych wyraźnie przeważał pogląd przeciwny, już pod koniec lat dziewięćdziesiątych opinia społeczna była podzielona, a odsetki zwolenników i przeciwników zbliżone. Obecnie zaś przeważają ci, którzy akceptują przyspieszanie śmierci na prośbę nieuleczalnie chorych. *Ibidem*, s. 33.

¹⁵ Zob. M. T a r n a w s k i, *Zabójstwa uprzywilejowane w świetle badań sądowych*, „Zeszyty Naukowe UAM w Poznaniu”, seria „Prawo”, nr 121, Poznań 1985, s. 158 i n.

¹⁶ Chodziło tu np. o taką sytuację, w której osoba chora lub upośledzona umyslowo nie jest w stanie podjąć swobodnie decyzji, a tym samym skutecznie wystąpić z żądaniem.

Pytanie trzecie dotyczyło wysokości ustawowego zagrożenia karą, zawartego w art. 150 k.k. z 1969 r. Zdaniem 81% sędziów sankcja karna, przewidziana wówczas za popełnienie zabójstwa na żądanie i pod wpływem współczucia — a mianowicie pozbawienie wolności od 6 miesięcy do lat 5 bez możliwości odstąpienia przez sąd od ukarania sprawcy — była w pełni właściwa, a tylko 15% ankietowanych było zdania przeciwnego, natomiast w 4% odpowiedzi zadeklarowano niemożność wyrażenia swej opinii w tej mierze¹⁷.

Jak już wcześniej wspomniano, Kodeks karny z 1969 r. nie zawierał postanowienia, umożliwiającego sądowi odstąpienie od wymiaru kary wobec sprawcy zabójstwa eutanatycznego. M. Tarnawski, uwzględniając postulaty niektórych przedstawicieli nauki prawa karnego, a dotyczące potrzeby wprowadzenia do Kodeksu karnego stosownej regulacji prawnej, zapytał sędziów, „czy (...) w Kodeksie karnym nie powinien być przepis umożliwiający »w szczególnie uzasadnionych przypadkach« na odstąpienie od wymierzenia kary sprawcy przestępstwa z art. 150 k.k.?” Za taką możliwością opowiedziało się wówczas 65% ankietowanych, natomiast 35% sędziów wyraziło swój sprzeciw¹⁸.

W ostatnim pytaniu tej części ankiety, która dotyczyła zabójstwa na żądanie i pod wpływem współczucia, M. Tarnawski starał się dociec, „czy (...) kara przewidziana za przestępstwo z art. 150 k.k. nie powinna być ustawowo zróżnicowana”. Możliwe były tu dwie następujące odpowiedzi: „a) tak: np. — w zależności od sprawcy przestępstwa (np. inna dla lekarza, a inna dla członka rodziny chorego); — w zależności od osoby, którą się uśmierca (np. inna za przyspieszenie śmierci osoby nieuleczalnie chorej, inna za zabicie tzw. potworka itp.); — z innych powodów; b) nie — dlaczego?”.

Tak sformułowane pytanie ujawniło wyraźną niechęć sędziów do ustawowego, kazuistycznego różnicowania sankcji karnych, ze względu na rodzaj sprawcy lub ofiary zabójstwa eutanatycznego. Aż 81% respondentów opowiedziało się przeciwko wyszczególnieniu tego typu okoliczności w dyspozycji art. 150 k.k. z 1969 r. Zaledwie 19% sędziów na tak postawione pytanie udzieliło w pełni aprobującej odpowiedzi¹⁹.

Zaprezentowane tu badania M. Tarnawskiego mogą stanowić punkt wyjścia dla przedstawienia wyników współczesnej ankiety (2005 r.), a przeprowadzonej wśród sędziów przez Piotra Góralskiego²⁰.

¹⁷ M. Tarnawski, *op. cit.*, s. 161.

¹⁸ *Ibidem*, s. 163.

¹⁹ *Ibidem*, s. 165.

²⁰ P. Góralski, *Karnomaterialne i społeczne aspekty eutanazji*, niepublikowana praca doktorska, Wrocław 2005, s. 305 i n.

W pytaniu pierwszym P. Góralski starał się wysondować, czy zdaniem respondentów „(...) umyślne spowodowanie śmierci pacjenta, dotkniętego nieuleczalną chorobą i odczuwającego nie dające się uśmierzyć cierpienia, dokonane na jego żądanie (prośbę) przez lekarza powinno stanowić przestępstwo i podlegać karze”? Zaznaczyć należy, że pytanie to — co wynika z jego treści — dotyczy jedynie pewnego wycinka sytuacji mieszczących się w dyspozycji przepisu art. 150 k.k., a mianowicie tych zdarzeń, w których sprawcą przestępstwa byłby lekarz, ofiarą zaś cierpiący pacjent w stanie terminalnym, wyrażający wolę skrócenia swego życia. Spośród 51 ankietowanych sędziów, 38 — tj. aż 75% — opowiedziało się za karalnością tego rodzaju czynów; zaledwie 13 respondentów — co stanowi 25% ogółu — uznało, iż tego rodzaju praktyki w ogóle nie powinny być penalizowane²¹.

Zbliżony procentowo wynik odpowiedzi (75% — „tak”; 20% — „nie”; 6% — „nie wiem”) uzyskał autor, pytając sędziów, „czy (...) zabójstwo eutanatyczne powinno być zagrożone karą pozbawienia wolności w ustawowym wymiarze, określonym w art. 150 § 1 k.k., tj. od 3 miesięcy do lat 5”.

Kolejne pytanie P. Góralski sformułował następująco: „Czy (...) kara przewidziana za przestępstwo z art. 150 k.k. nie powinna być w tym przepisie ustawowo zróżnicowana? 1. Tak — dlaczego?; czy np. — w zależności od sprawcy przestępstwa (inna dla lekarza, inna dla członka rodziny, inna dla osoby trzeciej); — w zależności od osoby, którą się uśmierca (np. odrębna kara za przyspieszenie śmierci osoby nieuleczalnie chorej, cierpiącej na bóle nie poddające się uśmierzeniu); — z innych powodów (jakich?); 2. Nie — dlaczego?”.

Zdecydowana większość respondentów (76%) — podobnie jak we wcześniejszych badaniach M. Tarnawskiego — opowiedziała się przeciwko jakimkolwiek różnicowaniu sankcji karnych wobec poszczególnych kategorii sprawców lub ofiar zabójstw na żądanie i pod wpływem współczucia. Najczęściej pojawiał się argument o zbędnym, kazuistycznym wyszczególnianiu takich kategorii podmiotów, wobec których kara za eutanazję miałaby zostać zróżnicowana. Zdaniem niektórych respondentów takie dodatkowe elementy, zawarte w dyspozycji art. 150 k.k., mogłyby „sugerować brak wiary w to, że sąd potrafi właściwie rozstrzygnąć kwestie wyłaniające się na gruncie tego rodzaju przestępstw”²².

²¹ *Ibidem*, s. 305.

²² *Ibidem*, s. 309 i 310. Dopowiedzieć należy, że zwolennicy ustawowego zróżnicowania odpowiedzialności karnej sprawców zabójstw na żądanie dość lakonicznie uzasadniali swe wypowiedzi, najczęściej odsyłając do swych odpowiedzi, w których uzasadniali stanowisko

Pamiętając o dyskusjach, jakie prowadzono w czasie obowiązywania Kodeksu karnego z 1969 r., a dotyczących potrzeby wprowadzenia do treści art. 150 k.k. możliwości odstąpienia przez sąd od wymierzenia kary, P. Góralski zapytał sędziów, „czy (...) należy utrzymać w obowiązującym Kodeksie karnym treść § 2 art. 150 k.k., który dopuszcza możliwość odstąpienia przez sąd od wymierzenia kary za zabójstwo eutanatyczne”²³.

W porównaniu z wynikami uzyskanymi przez M. Tarnawskiego, na co zwraca uwagę P. Góralski, obecnie jeszcze więcej sędziów — 45 (czyli 88% ogółu ankietowanych) — uznaje istnienie tej formuły w ramach art. 150 k.k. za potrzebne. Dezaprobatę wyraziło zaledwie pięciu respondentów, jeden zaś nie miał wyrobionego zdania w tej mierze.

W opinii sędziów opowiadających się za utrzymaniem możliwości odstąpienia przez sąd od wymierzenia kary wobec sprawcy zabójstwa eutanatycznego, najczęściej pojawiał się pogląd, wskazujący na umożliwienie sądowi bardziej — ich zdaniem — sprawiedliwego, ze względu na wyjątkowość tego przestępstwa, rozpoznania sprawy.

Z kolei niektórzy zwolennicy zniesienia § 2 art. 150 k.k. podnosili bezprzedmiotowość tej kwestii, ze względu na wyrażony przez nich wcześniej pogląd, dotyczący konieczności zupełnej depenalizacji tej kategorii czynów.

Podkreślić należy, że tylko jeden z uczestników ankiety uznał, iż utrzymanie § 2 art. 150 k.k. stanowi pewien krok w kierunku legalizacji w Polsce aktywnej eutanazji.

Za pomocą dwóch kolejnych pytań autor ankiety starał się wysondować, jakie jest stanowisko sędziów w kwestii usunięcia z treści dyspozycji art. 150 § 1 k.k. jednego ze znamion dookreślających czynność sprawczą wymogiem działania na „żądanie” ofiary i „współczuciem” sprawcy czynu dla jego ofiary²⁴.

w kwestii niekaralności, względnie łagodniejszej kary przewidzianej za omawiany typ przestępstwa. Najwięcej z nich — 7 sędziów — opowiedziało się za zróżnicowaniem kary ze względu na elementy charakteryzujące sprawcę zabójstwa eutanatycznego. Wskazywano, że łagodniejsza sankcja mogłaby tu dotyczyć lekarzy lub członków najbliższej rodziny ofiary. Dwóch sędziów wyraziło swoje poparcie dla zadekretowania łagodniejszej kary ze względu na cechy charakteryzujące ofiarę zabójstwa na żądanie. Taka sama liczba respondentów była zdania, że ustawowe zróżnicowanie odpowiedzialności karnej powinno być uzależnione zarówno od cech ofiary, jak i sprawcy zabójstwa eutanatycznego. *Ibidem*, s. 310.

²³ *Ibidem*, s. 310–311.

²⁴ *Ibidem*, s. 312 i n.

W obu przypadkach respondenci opowiedzieli się za pozostawieniem treści art. 150 § 1 k.k. w jej obecnym brzmieniu. Za utrzymaniem w dyspozycji tego przepisu znamienia „żądania” opowiedziało się 68% uczestników sondażu, natomiast za pozostawieniem znamienia „współczucia” jeszcze więcej, bo 78% sędziów.

Wśród respondentów, którzy opowiadali się za usunięciem spośród znamion zabójstwa eutanatycznego wymogu żądania śmierci 18% uznało, że zabójstwo z litości mogłoby dotyczyć każdej kategorii osób, ofiar eutanazji, jeśli tylko zdołano by udowodnić, że jej sprawca działał pod wpływem uczuć wyższego rzędu, np. współczucia. Trzech sędziów, nie uzasadniając szerzej swego stanowiska, uznało, że tak rozumiana eutanazja mogłaby dotyczyć dorosłych osób niezdolnych — z różnych przyczyn — do wyrażenia swej woli, jeden ograniczał możliwość jej zastosowania wyłącznie do niemowląt od urodzenia niezdolnych do samodzielnego życia, zaś dwóch adresatów pytania uchyliło się od udzielenia na nie odpowiedzi.

Swoją ocenę zagadnienia zawartego w pytaniu uczestnicy ankiety uzupełniali w większości kategorycznym zastrzeżeniem, że łagodniejsza odpowiedzialność karna dla sprawcy zabójstwa eutanatycznego usprawiedliwiana jest przede wszystkim wyrażeniem woli przez samą ofiarę, która pragnie skrócenia swojego życia. Pominięcie tego warunku zacierałoby różnicę między eutanazją a pospolitym zabójstwem.

Sędziowie, którzy dostrzegali zbędność wymogu „żądania” wśród znamion czynu opisanego w art. 150 § 1 k.k. najczęściej, niestety, nie uzasadniali szerzej swego stanowiska. Podkreślali oni z reguły, że prawne uprzywilejowanie tego zabójstwa byłoby możliwe, gdyby czyn sprawcy zawierał jakieś elementy wskazujące na obiektywne jego uzasadnienie, np. ocenę dwóch lekarzy lub nawet całej złożonej z nich komisji, że śmierć ofiary i tak była już nieuchronna, lub gdyby w akcie eutanazji brały udział wyłącznie osoby, np. najbliższe dla ofiary, pozostające poza podejrzeniem spowodowania jej śmierci z niskich pobudek.

Większość sędziów podkreślała w swych wypowiedziach, że ewentualne trudności związane z udowodnieniem istnienia „współczucia” po stronie sprawcy zabójstwa eutanatycznego nie oznaczają niemożliwości przeprowadzenia dowodu w tej kwestii. Jeden z nich wypowiedział się następująco: „Nie jest to jedyny rodzaj przestępstwa, z którym mogą być związane trudności dowodowe — a przecież nikt nie żąda na tej podstawie usunięcia z Kodeksu karnego tych innych przestępstw”.

Zwolennicy usunięcia z przepisu art. 150 § 1 k.k. znamienia „współczucia” najczęściej wysuwali argument, że wymierzenie sprawiedliwej kary

powinno się opierać na przesłankach obiektywnych, nie zaś subiektywnych odczuciach sprawcy lub sędziego²⁵.

Charakteryzując tylko ogólnie wyniki badań tak M. Tarnawskiego, jak i P. Góralskiego, należy zwrócić uwagę przede wszystkim na znacznie większy wśród sędziów — w porównaniu do ogółu społeczeństwa — odsetek wypowiedzi zarówno przeciwnych legalizacji eutanazji, jak i zmianom dotychczasowej formuły karalnej eutanazji. Zjawisko takie zdaje się potwierdzać wykazywaną w innych badaniach nad sądowym wymiarem kary²⁶ naturalną tendencję sędziów do konserwatyizmu („kompleks Panurga”), w tym także niechęć do rozwiązań niestereotypowych, wymagających pewnych zmian ustawowych.

Różnice stanowisk mogą wynikać także i stąd, iż prawnicy — na co zwraca uwagę T. Kaczmarek — posługując się językiem przepisów prawnych, często nie dostrzegają dramatycznych losów chorych, zmagających się z niewyobrażalnym cierpieniem, bezskutecznie błagających o łaskę godnego umierania, i których stan, opisywany właśnie w języku prawnym czy prawniczym, zwykle nie oddaje dramatyzmu ludzkich losów, a trywializując cierpienia — często uwalnia prawników od wątpliwości, „których brak nie zawsze służy przyjmowaniu dobrych i racjonalnych rozwiązań prawnych w tej mierze”²⁷.

W tym miejscu warto od razu dodać, że w wielu krajach odsetek zwolenników zalegalizowania eutanazji (na prośbę chorego) jest jeszcze wyższy niż w Polsce.

W Stanach Zjednoczonych Ameryki Północnej poparcie dla zalegalizowania eutanazji na prośbę pacjenta w ostatnich latach kształtuje się w granicach 68% do 75%, natomiast niższe jest dla legalizacji pomocy lekarza w popełnieniu przez pacjenta samobójstwa (45% do 61%)²⁸. Zbliżony

²⁵ Zob. *ibidem*, s. 314.

²⁶ Zob. przede wszystkim: B. Wróblewski, W. Świda, *Sędziowski wymiar kary w Rzeczypospolitej Polskiej*, Wilno 1939, s. 83 i n.; a także: T. Kaczmarek, *Sędziowski wymiar kary w PRL*, Wrocław 1972, s. 16 oraz 224–242.

²⁷ Zob. T. Kaczmarek, *Wolność...*, *op. cit.*, s. 424.

²⁸ J.M. Benson, M.J. Herrmann, *op. cit.*; cyt. za: T. Kaczmarek, *Wolność...*, *op. cit.*, s. 413. Jeszcze w 1971 r. skracanie życia cierpiącym popierało 38% Amerykanów, a obecnie — 64%. Prawo do „samobójstwa z pomocą lekarza” udało się jednak przegłosować jedynie w stanie Oregon. Za: M. Cieślik, G. Górny, M. Bodasiński, *Eutanazjum*, „Wprost”, nr 13 z dn. 28 III 2004 r., s. 58–63.

W 1997 r. stan Oregon zezwolił lekarzom na pomoc w popełnieniu samobójstwa w drodze referendum powszechnego — większością 60 do 40% głosów. W Kongresie i Senacie przegłosowano jednak ustawę zabraniającą medykom takich praktyk.

Z badań wynika, że prawo do „dobrej śmierci” popiera ponad 70% Amerykanów. Okazuje

do polskich wynik badania opinii społecznej (53% za legalizacją) wystąpił w 1973 r.²⁹, od tego czasu aprobata legalizacji stale rosła³⁰.

W Wielkiej Brytanii poparcie dla zalegalizowania eutanazji w 1995 r. wynosiło — zależnie od okoliczności — od 42% w przypadku pacjenta nieuleczalnie chorego i cierpiącego, ale nieumierającego, do 80% w przypadku pacjenta nieuleczalnie chorego, cierpiącego i umierającego³¹. Legalizacja

się jednak, że w kolejnych referendach projekty ustaw legalizujących samobójstwo wspomagane przepadały. W 1992 r. projekt takiej ustawy odrzucili mieszkańcy liberalnej Kalifornii, potem stanu Waszyngton, rok temu Michigan (72% głosów było przeciwko), a w stanie Maine — pomimo zakrojonej na szeroką skalę propagandy zwolenników eutanazji, którzy na swoją kampanię wydali ponad milion dolarów — mieszkańcy większością 17 tysięcy głosów odrzucili ustawę. Obecnie eutanazja jest zabroniona we wszystkich pięćdziesięciu stanach USA z wyjątkiem stanu Oregon.

²⁹ Zob. *The Gallup Poll Monthly*, No. 367, April 1996; cyt. za: T. K a c z m a r e k, *Wolność...*, *op. cit.*, s. 413.

³⁰ Amerykański Federalny Sąd Apelacyjny orzekł, że prokurator generalny John D. Ashcroft przekroczył swoje uprawnienia, zajmując się obowiązującymi w stanie Oregon przepisami dotyczącymi wspomaganego przez lekarzy samobójstwa i zakazując lekarzom udziału w takich praktykach.

Sędziowie z San Francisco stosunkiem głosów 2 do 1 zdecydowali, że amerykański Prokurator Generalny nie miał prawa nakazywać Rządowej Agencji do Walki z Narkotykami (Drug Enforcement Administration) ścigania lekarzy, którzy wypisywali na prośbę śmiertelnie chorych pacjentów recepty na śmiertelne specyfiki. Podobnie jak wielu innych chrześcijan, prokurator Ashcroft uznaje, że eutanazja w jakiegokolwiek formie nie powinna być dozwolona, a lekarze, którzy biorą udział we wspieraniu chorych w ich dążeniu do śmierci, powinni być karani za współudział w zabójstwie. Zdaniem sądu postępowanie Ashcrofta było niezgodne z wolą Kongresu i prawem federalnym.

Przyjęta w stanie Oregon „ustawa o godności śmierci” pozwala śmiertelnie chorym pacjentom, którym pozostało mniej niż 6 miesięcy życia, na poproszenie lekarza o przepisanie śmiertelnej dawki farmaceutyków. Ustawa była już dwukrotnie przegłosowana w Oregonie, a teraz przetrwała drugi proces przed sądem apelacyjnym. Obrońcy „prawa do śmierci” mają nadzieję, że po dziesięciu latach prawne zmagania wokół tego kontrowersyjnego aktu zakończyły się.

W ciągu 6 lat obowiązywania ustawy, śmiertelne dawki przepisanych przez lekarzy specyfików przyjęło ponad 170 chorujących w większości na raka pacjentów. W ostatnim czasie z powodu działań Prokuratora Generalnego Johna D. Ashcrofta znacznie zmniejszyła się gotowość lekarzy w Oregonie do wspomaganie pacjentów w ich decyzji o samobójstwie. Część lekarzy zapowiedziała, że prawo nie zmieni ich przekonań etycznych.

Decyzja sędziów wzbudziła ogromny sprzeciw w środowiskach chrześcijańskich, które zapowiadają podjęcie wszelkich możliwych działań w celu doprowadzenia do zakazania takich praktyk w całych Stanach Zjednoczonych. Oregon jest jedynym stanem w USA, w którym zezwala się na pomoc lekarzy w samobójstwie śmiertelnie chorych.

³¹ Zob. *The British Social Attitudes*, 13th Report, ed. R. Jowell and others, Dartmouth 1966; cyt. za: T. K a c z m a r e k, *Wolność...*, *op. cit.*, s. 413.

47% Brytyjczyków mogłoby pomóc komuś bliskiemu umrzeć, jeśli osoba ta byłaby

eutanazji w Wielkiej Brytanii jest przesądzona. Jest to już tylko kwestią czasu.

W 2001 r. 70% ankietowanych Niemców wyrażało pogląd, że cierpiący chory, w pełni świadomy, powinien mieć możliwość podjęcia decyzji, czy chce umrzeć³².

W Australii 78% ankietowanych w 1995 r. uważało, że lekarz powinien mieć prawo podać pacjentowi — na jego prośbę³³ — śmiertelną dawkę odpowiedniego środka, jeśli cierpiący jest nieuleczalnie chory. Od początku przeprowadzania badań opinii publicznej na ten temat w Australii większość osób zawsze opowiadała się za eutanazją, chociaż poparcie to w przeszłości było dużo niższe. W 1962 r. (gdy po raz pierwszy przeprowadzono sondaż) 47% respondentów było „za”, a 39% „przeciw”³⁴.

Mimo krytyki ze strony niektórych lekarzy i kościołów, także zdecy-

nieuleczalnie chora i bardzo by cierpiała — wynika z badania przeprowadzonego przez organizację „Wolontariusze na rzecz Eutanazji” (VES). 35% badanych oświadczyło, że nie udzieliłoby takiej pomocy, a prawie co piąty respondent nie miał zdania.

Wyniki badania zostały opublikowane w czasie, gdy komisja Izby Lordów prowadzi przygotowania do wglądu w prawo dotyczące eutanazji. Badanie VES przeprowadzone na 790 dorosłych osobach wykazało również, że 82% popiera zmianę prawa, dotyczącą medycznego wspomaganie śmierci. 11% opowiedziało się za tym, by ludzie nie mogli otrzymywać medycznej pomocy w umieraniu.

Deborah Annetts, szefowa VES, podkreśla, że poparcie społeczne dla eutanazji rośnie, na co wskazuje przeprowadzone badanie: „Poprzez powiedzenie, że są przygotowani na udzielenie pomocy w odejściu z tego świata nieuleczalnie chorej bliskiej osoby, społeczeństwo przesłało jasną wiadomość dla naszych prawodawców — wiadomość, że trzeba zmienić obowiązujące prawo”.

Badanie pokazało również, że połowa Brytyjczyków jest gotowa wyjechać za granicę, gdyby w kraju odmówiono im prawa do eutanazji w przypadku cierpienia z powodu nieuleczalnej choroby. Za: PAP, wrzesień 2004.

³² Zob. „Allensbacher Bericht” 2001, nr 9.

³³ Zob. „The Bulletin of Roy Morgan Research Centre”, 28 June 1995; cyt. za: T. K a c z m a r e k, *Wolność...*, *op. cit.*, s. 413.

³⁴ Na początku lipca 1996 r. Terytorium Północne w Australii stało się pierwszym miejscem na świecie, gdzie zalegalizowana została tzw. aktywna eutanazja. Zgromadzenie Ustawodawcze tego Terytorium podjęło decyzję, zgodnie z którą od 1 VII 1996 r. weszła w życie ustawa umożliwiająca nieuleczalnie chorym zakończenie życia pod opieką lekarską. Było to więcej niż tylko „prawo do śmierci” (tzw. bierna eutanazja), gdyż ustanowiona została procedura udziału lekarzy w spowodowaniu śmierci pacjenta na jego prośbę.

Jednak 27 III 1997 r., sir William Dean — Gubernator Terytorium Północnego — podpisał ustawę „antyeutanatyczną”. Weszła ona w życie ze skutkiem natychmiastowym. Warto zaznaczyć, że podczas obowiązywania ustawy o prawach osób terminalnie chorych, skorzystało z niej zaledwie 4 pacjentów. Tak: M. S z e r o c z y Ń s k a, *Eutanazja i wspomaganie samobójstwo na świecie. Studium prawnoporównawcze*, Kraków 2004, s. 185 i n.

dowana większość opinii publicznej w Australii popiera wprowadzenie dobrowolnej eutanazji³⁵.

W Holandii eutanazję popiera 90% mieszkańców. „Za” jest więcej niż 80% holenderskich katolików³⁶. Holenderskie regulacje prawne dotyczące eutanazji wzbudzają duże zainteresowanie³⁷. Prawo i praktyka w tej dziedzinie kształtowały się tam przez wiele lat. W Holandii rocznie umiera około 130 tys. osób (ogólna liczba ludności: 15 mln.). Lekarze otrzymują około 9 tys. wniosków o dokonanie eutanazji i liczba ta ciągle rośnie. Większość próśb jest odrzucana. Przyjmuje się jednak, że w wyniku eutanazji następuje rocznie około 3,5 tys. zgonów (w 1996 r. około 3600). W 80% chodzi o chorych na raka w ostatnich kilku dniach życia. Przeciętnie 400 razy lekarze pomagają w samobójstwie. W około 1 tys. wypadków dochodzi do przerwania życia pacjentów bez ich wyraźnego żądania. Dotyczy to śmiertelnie chorych, ogromnie cierpiących, niemogących już samodzielnie wyrazić takiego życzenia, z którymi lekarz wcześniej rozważał taki krok w stadium krytycznym.

W 2002 r., tuż przed wejściem w życie ustawy o pomocy nieuleczalnie chorym i cierpiącym pacjentom, 72% obywateli Belgii popierało niekaralność eutanazji — wynikało z sondażu opublikowanego przez dziennik „La Libre Belgique”. Większość ankietowanych uważała też, że decyzja w tej sprawie powinna być podjęta w referendum. Za jego przeprowadzeniem opowiedziało się 67% ankietowanych, podczas gdy przeciwnego zdania było 20%, zaś 12% nie miało zdania w tej sprawie. Najbardziej przychylni eutanazji okazali się badani w wieku między 35. a 54. rokiem życia. Wśród osób w wieku 45–54 lata aż 82% zadeklarowało się jako zwolennicy eutanazji. Nieco mniejsze poparcie dla eutanazji wyrazili natomiast najmłodsi ankietowani (w grupie 15–20 lat — 69%) i najstarsi (powyżej 65 lat — 65%)³⁸.

³⁵ W. S a d u r s k i, *Australia — prawo do śmierci*, „Rzeczpospolita” z dn. 20 V 1996 r.

³⁶ M. B o s - K a r c z e w s k a, B. Z u b o w i c z, *Prawo do cudzej śmierci*, „Gazeta Wyborcza” z dn. 20 XII 2000 r.

³⁷ W Holandii w kwietniu 2001 r. parlament uchwalił dopuszczalność eutanazji. W praktyce lekarze wykonywali ją już od lat siedemdziesiątych. Co roku po podaniu śmiertelnego zastrzyku umiera tam około 4 tys. osób.

³⁸ Sondaż został przeprowadzony na reprezentatywnej grupie 2000 osób. Dane za: PAP z 2002 r.

Belgijską ustawę poświęconą legalizacji eutanazji przyjęto w październiku 2001 r., weszła w życie we wrześniu 2002 r. Jest ona znacznie bardziej restrykcyjna niż w Holandii. Pacjent występujący o eutanazję musi doznawać „stałego i nieznośnego cierpienia będącego wynikiem nieuleczalnego schorzenia”. Powinien prosić o śmierć wielokrotnie i pisemnie, w sposób przemyślany i bez presji np. członków rodziny.

W tle ogólniejszej konstatacji, że zarówno w Polsce, jak i na świecie oceny moralne eutanazji są bardzo różnicowane, a stosunek społeczeństwa do jej prawnej dopuszczalności jest niemalże dokładnie podzielony, z nieznaczną przewagą jej zwolenników — wylania się pytanie, jakie wobec tego należałoby przyjąć prawne rozwiązania w tym zakresie, nie tracąc przy tym także z pola widzenia, że „większy lub mniejszy stopień uspołecznienia (internalizacji norm), polegający na przyjęciu pewnych norm za swoje i ważne, będzie powodował taki lub inny stopień posłuchu dla tych norm”³⁹.

Pogląd, że aksjologiczną miarą porządku prawnego w społeczeństwie, którego duchową kondycję wyznaczają różne systemy etyczne, powinny być reguły moralności dominującej, a więc wartości aprobowane przez większość społeczną, znajduje niewątpliwie swoje silne oparcie w tym, co się nazywa zasadą demokratyzmu⁴⁰. Sprawa nie wydaje się wszak tak prosta, aby można było przyjąć, że o „wartości” czy „słuszności” moralnej prawa może rozstrzygać arytmetyka, a więc także wynik sondażu czy referendum. Od akceptacji takiego założenia wiedzie nazbyt krótka już droga do zadekretowania supremacji jakiegoś jednego systemu etycznego. Budowanie zaś porządku prawnego ze stanowiska „jedynie słusznych” wartości ma, historycznie rzecz biorąc, bardzo niedobre skojarzenia, zwłaszcza wtedy, gdy usiłowano je egzekwować za pomocą kary⁴¹.

Zasadniczo odmienne stanowisko przyjmują Kazimierz Buchała i Andrzej Zoll. Zdaniem tych autorów przepis art. 18 ust. 2 Międzynarodowego Paktu Praw Obywatelskich i Politycznych⁴² uzasadnia twierdzenie, że tam, gdzie powstają różnice światopoglądowe i różnice w systemach etycznych, „prawo nie powinno nakazywać, szczególnie pod groźbą kary zachowań sprzecznych z akceptowanym przez członków danej społeczności systemem etycznym”⁴³.

Twierdzenie takie, zdaniem T. Kaczmarka, wspiera się na błędnym założeniu, że można zbudować jednolity system prawny, a o taki zawsze chodzi, który chroniłby w jednakowy sposób przeciwstawne sobie wartości moralne. Z ogólnego twierdzenia autorów wynika przecież, iż prawo nie powinno pod groźbą kary przykładowo nakazywać eutanazji, gdy byłoby to sprzeczne

³⁹ A. Podgórecki, *Socjologia prawa*, Warszawa 1962, s. 175.

⁴⁰ Zob. M. Cieślak, *Polskie prawo karne*, Warszawa 1995, s. 27.

⁴¹ T. Kaczmarek, *Prawo karne. Zagadnienia ogólne*, Warszawa 2004, (maszynopis) s. 48.

⁴² W myśl tego przepisu: „nikt nie będzie podlegał przymusowi, który stanowiłby zamach na jego wolność posiadania lub przyjmowania religii, albo przekonań według własnego wyboru”.

⁴³ K. Buchała, A. Zoll, *Polskie prawo karne*, Warszawa 1995, s. 18.

z moralnością określonej grupy społecznej. Ale z tego wynika dalej, że prawo nie powinno również nakazywać zaniechania eutanazji, gdy jej dokonanie byłoby moralnie uzasadnione z punktu widzenia systemu etycznego innej grupy społecznej. Chcąc przeto respektować w jednakowym stopniu te dwa stanowiska moralne, prawo nie powinno ani nakazywać, ani zakazywać eutanazji, co w konsekwencji prowadziłoby do moralnej, aksjologicznej neutralizacji prawa⁴⁴.

W tym miejscu, zapożyczając się u T. Kaczmarka, przyjmuję, że w sferze zachowań, które w społeczeństwie nie są oceniane pod względem etycznym jednolicie, od ustawodawcy oczekiwać należy nie tyle moralnej neutralności⁴⁵, ile przede wszystkim rozwiązań, które byłyby oparte na rozsądnym kompromisie. A ten kompromis z kolei — w prawnokarnej ochronie wartości moralnych — uwzględniłby działanie reguły i uzasadnionego wyjątku⁴⁶.

⁴⁴ T. K a c z m a r e k, *Prawo karne...*, *op. cit.*, s. 49; oraz T. K a c z m a r e k, *Wolność...*, *op. cit.*, s. 414.

⁴⁵ Zdaniem M. Błachuta neutralność moralna prawa jest typem wymaganej postawy prawodawcy tylko w stosunku do rozmaitych koncepcji moralności prywatnej. Postawa ta polega — w przypadku ujęcia proceduralnego — na powstrzymaniu się od podejmowania decyzji prawodawczych wyłącznie w oparciu o motywację głoszącą, iż pewne formy ludzkiej autokreacji są bardziej wartościowe od innych. Postulat neutralności moralnej prawa zmusza do podania takiego uzasadnienia decyzji ograniczającej czyjąś wolność, aby jej podjęcie nie mogło być odczytane jako wyraz preferencji dla tych, których wolność się chroni, lub dezaprobaty dla tych, których wolność się ogranicza. W uproszczeniu warunek taki spełnia zakaz wyrządzania krzywd, ponieważ motywowany jest ochroną wolności, ale nie spełnia go zakaz lektury wydawnictw pornograficznych, ponieważ jego ustanowienie nie jest motywowane ochroną wolności jakichś osób, ale chęcią moralnej naprawy tych, których wolność się ogranicza. Ten ostatni zakaz uznawany jest za narzędzie wsparcia jednej koncepcji dobrego życia i potępienia innej. Zob. M. B ł a c h u t, *Postulat neutralności moralnej prawa a konstytucyjna zasada równości*, niepublikowana praca doktorska, Wrocław 2004, s. 23; a także: W. S a d u r s k i, *Liberalów nikt nie kocha. Eseje i publicystyka 1996–2002*, Warszawa 2003, s. 159.

⁴⁶ T. K a c z m a r e k, *Prawo karne...*, *op. cit.*, s. 49; oraz T. K a c z m a r e k, *Wolność...*, *op. cit.*, s. 414.