

ZROZUMIEĆ ŚMIERĆ CZŁOWIEKA

REDAKCJA NAUKOWA PAWEŁ ŁUKÓW

ZROZUMIEĆ ŚMIERĆ CZŁOWIEKA

recenzenci:

DR HAB. WOJCIECH ŁEBKOWSKI

DR HAB. KAZIMIERZ SZEWCZYK

ISBN 978-83-940490-0-3

© Copyright by POLSKIE STOWARZYSZENIE
KOORDYNATORÓW TRANSPLANTACYJNYCH, 2015

redakcja naukowa:

PROF. DR HAB. PAWEŁ ŁUKÓW

korekta:

STUDIO EDITORIAL, EDITORIAL.PL

projekt okładki:

TOMASZ WÓJCIK

opracowanie graficzne i skład:

MAŁGORZATA LIPIŃSKA, LOCALDESIGN.PL

wydawca:

POLSKIE STOWARZYSZENIE

KOORDYNATORÓW TRANSPLANTACYJNYCH

druk:

DRUKARNIA MDRUK

Printed in Poland

SPIS TREŚCI

Od Zespołu redakcyjnego	7
Wstęp	9
PAWEŁ ŁUKÓW W poszukiwaniu zrozumienia śmierci – etyczne wyzwanie dla lekarzy	13
ARTUR FILIPOWICZ Śmierć jako anty-fizyka „rzeczy ostatecznych”	31
ROBERT BECLER Czy śmierć przychodzi, gdy kończy się życie?	51
WALDEMAR IWAŃCZUK Praktyczne aspekty koncepcji śmierci mózgu	81
ROMUALD BOHATYREWICZ Początki pobierania narządów w Polsce	103
ELŻBIETA ZAKRZEWSKA-MANTERYŚ Postawy Polaków wobec transplantacji narządów	123
ANNA KRAWULSKA-BIEGAŃSKA Zarys psychologiczno-prawnych problemów towarzyszących sytuacji pobrania	141
Noty o autorach	163

OD ZESPOŁU REDAKCYJNEGO

Oddajemy do Państwa rąk pierwszą publikację Polskiego Stowarzyszenia Koordynatorów Transplantacyjnych. Piszemy o śmierci, o kresie życia, a nie o naszej pracy i doświadczeniach zawodowych. Nie tworzymy też kompendium postępowania medycznego, ani kolejnej książki o medycznych problemach transplantologii.

Śmierć człowieka sprawia, że pojawiajemy się przy jego łóżku, towarzyszymy jego rodzinie, bliskim, współpracujemy z zespołami lekarsko-pielęgniarskimi. Wszystko to robimy po to, by móc pobrać i przeszczepić narządy innym, czekającym na nowe życie, nieuleczalnie chorym ludziom. Nasza praca to nie tylko medycyna. To także wiele innych dziedzin – szeroko rozumianych nauk społecznych (m.in. psychologii, socjologii, filozofii, teologii, relacji międzykulturowych) i zarządzania, jak też logistyki, prawa, administracji. Nie działamy w próżni. Nasza praca uwzględnia także wpływy społeczne i środowiskowe, ludzkie przekonania, wyznawaną religię, oddziaływanie mediów, nastroje społeczne. Poszerzamy więc swoje horyzonty, by w chwili trudnej móc wiarygodnie i profesjonalnie wesprzeć innych ludzi, by w tragedii związanej ze śmiercią osoby bliskiej nie zgubić najważniejszego – pomocy innym.

Śmierć człowieka niełatwo poddaje się uogólnieniom, a śmierć mózgu trudno odnieść do naszych potocznych wyobrażeń i doświadczeń. Śmierć innego człowieka, zwłaszcza bliskiego, zawsze będzie inna. To nasze życie warunkuje, jak wielką będzie traumą, jak ją przeżyjemy, zrozumiemy,

jak bardzo nas zmieni i wpłynie na dalsze losy. Prawie nigdy nie jesteśmy na nią przygotowani. Przychodzi nagle, rodząc sprzeciw, niepokój, żal i poczucie straty. To świat, którego nie potrafimy zrozumieć, nie chcemy, podświadomie odrzucamy. Niniejsza książka to próba pokazania, jak rzeczywistość śmierci człowieka można poznać, zinterpretować, przyjąć jako własny konstrukt myślowy.

Autorzy rozdziałów to specjaliści w swoich dziedzinach, aktywnie biorący udział w rozwoju polskiej transplantologii. Ich słowa pokazują, jak wiele zależy od rozmowy o umieraniu, odchodzeniu i śmierci. Jak ważne jest, byśmy wszyscy, jako społeczeństwo, potrafili oswoić ją i siebie z nią. Zrozumieć, dlaczego przyszła i jak ważna jest dla pozostałych. Po co? Ponieważ jest częścią naszego istnienia jako wspólnoty i trwałym elementem pamięci pokoleń. Pamiętacie opowieści o bohaterach? Zawsze byli odważni i dzielni, czynili dobro. Wszakże chcemy przecież wszyscy, by choć odrobina tego dobra stała się naszym udziałem, udziałem naszych bliskich. By je czynić, musimy chcieć – na przykład zrozumieć śmierć.

Chcielibyśmy bardzo podziękować wszystkim osobom zaangażowanym w prace nad wydaniem książki. Pamiętamy, że bez pomocy Krzysztofa Pabisiaka i prof. Pawła Łukowa musielibyśmy zmierzyć się ze znacznie większym wyzwaniem.

Zespół redakcyjny:
Ewa Danielewska
Wojciech Czapiewski
Jerzy Myśliwiec
Sylwia Sekta

WSTĘP

Niniejsza książka powstała z inicjatywy koordynatorów transplantacyjnych, którzy z ludzką śmiercią obcuja na co dzień. Ich zadaniem jest nadzór nad pobieraniem narządów do przeszczepień oraz jego organizacja, koordynacja i dokumentacja. Pracują więc na pograniczu między ludzką śmiercią a ludzkim życiem. Między śmiercią jednego człowieka, któremu już nie można pomóc, a troską o życie i zdrowie innego, któremu pobrany narząd daje szansę na życie lub poprawę jego jakości. Zainteresowanie koordynatorów transplantacyjnych śmiercią człowieka musi więc być szczególne. Współpracując z zespołem transplantacyjnym nie mogą skupić się tylko na śmierci człowieka i tylko na jednym jej aspekcie. Muszą brać pod uwagę wiele jej wymiarów – medyczne, społeczne, psychologiczne oraz filozoficzne i etyczne – a także nieodłączny kontekst śmierci człowieka, jakim jest ludzkie życie. Kontekst, który w pracy koordynatorów transplantacyjnych staje się widoczny jak bodaj nigdzie indziej.

Doświadczenia koordynatorów transplantacyjnych pokazują, że aby zrozumieć śmierć człowieka, trzeba patrzeć na nią z punktu widzenia życia. Tak jak biologia pozwala rozumieć, czym jest śmierć organizmu dzięki wyjaśnieniu zachodzących w nim procesów życiowych, tak zrozumienie śmierci człowieka wymaga odniesienia się do jego życia. Celem zebranych tu prac jest zrozumienie śmierci człowieka w kontekście życia zarówno tych, którzy umierają jak i lekarzy, którzy się nimi opiekują, bliskich, których

umierający opuszczają oraz chorych, którzy mają nadzieję na leczenie. Aby zbliżyć się do zrozumienia śmierci człowieka, potrzeba spojrzenia na nią z wielu, wzajemnie dopełniających się perspektyw naukowych.

Chociaż zebrane tu prace napisali specjaliści różnych dziedzin, wspólnym wątkiem książki jest oscylacja między śmiercią człowieka i jego życiem oraz konfrontacja wiedzy z etyką. Namysł nad ludzką śmiercią musi toczyć się w ciągłym kontrapunkcie: zestawiania śmierci z życiem, dzięki któremu staje się możliwy postęp w zrozumieniu każdego z nich. Zrozumienie śmierci człowieka nie może odbyć się bez zrozumienia jego życia, niezależnie od tego, czy dominującą perspektywą jest punkt widzenia medycyny, socjologii, psychologii czy filozofii i etyki.

Tom otwiera praca Pawła Łukowa poświęcona zależnościom między biomedycznymi ujęciami śmierci człowieka a etycznymi powinnościami lekarza. Autor wskazuje, że przyjęcie określonych kryteriów śmierci człowieka nie jest neutralne etycznie. Nie jest jedynie kwestią ustalenia faktów biologicznych, ale etycznym wyborem lekarza dotyczącym jego przekonań o podstawowych normach jego zawodu i jego roli społecznej. Rozdział drugi, autorstwa Artura Filipowicza, pokazuje uwikłanie problematyki ludzkiej śmierci w kontekst ludzkiego życia z perspektywy współczesnych dyskusji prowadzonych na gruncie teologii katolickiej. Nie jest to jednak obraz śmierci, który referowałby jakąś ukończoną doktrynę. Filipowicz pokazuje, że w katolickiej myśli teologicznej śmierć człowieka jest przedmiotem toczących się debat, które każą spojrzeć na ludzkie życie w jego duchowym bogactwie i pojęciowych trudnościach.

Dwa kolejne rozdziały ujmują śmierć człowieka z perspektywy lekarskiej, ale również dotyczą jej aspektów filozoficznych i etycznych, oferując spojrzenie praktyków medycyny. Robert Becler omawia zagadnienie adekwatności neurologicznych kryteriów stwierdzania śmierci. Odnosząc się do bogatej literatury medycznej i filozoficznej, Becler przekonuje, że dla praktyka medycyny kwestia adekwatności kryteriów stwierdzania zgonu przekłada się na kluczowe pytanie etyki lekarskiej: Kiedy zakończyć terapię

lub opiekę nad pacjentem? Tym samym umieszcza biomedyczną problematykę kryteriów śmierci człowieka w naturalnej dla medycyny sferze lekarskiej odpowiedzialności związanej ze stwierdzeniem śmierci pacjenta. Z perspektywy lekarskiej odpowiedzialności za pacjenta na śmierć człowieka patrzy również Waldemar Iwańczuk. Pokazuje on, w jaki sposób rozstrzygnięcia dotyczące natury ludzkiej śmierci przekładają się na kryteria stwierdzania jej. Podobnie jak Becler, Iwańczuk wskazuje na wynikające z ograniczoności ludzkiej wiedzy wątpliwości związane ze stwierdzaniem zgonu i jak w odpowiedzi na lekarską odpowiedzialność moralną postępuje doskonalenie i precyzowanie kryteriów śmierci.

Pozostałe rozdziały odnoszą się do problematyki śmierci w kontekście pozyskiwania narządów od zmarłych w Polsce. Romuald Bohatyrewicz przedstawia historię przeszczepień w Polsce szczególną uwagę zwracając na ewolucję prawnych uwarunkowań stwierdzania śmierci dawcy i pobierania narządów, a także medyczne i etyczne wątpliwości, jakie budziły zmieniające się kryteria rozpoznawania śmierci potencjalnego dawcy. Elżbieta Zakrzewska-Manterys przedstawia problematykę transplantacyjną w ujęciu socjologicznym, omawiając postawy Polaków w tym zakresie. W rozdziale tym z jednej strony zwraca uwagę na dosyć niską akceptacją przeszczepień w Polsce w porównaniu z innymi krajami europejskimi, a z drugiej podnosi wątpliwość odnośnie do tego, jak badać poziom tej akceptacji. Ta ostatnia trudność wiąże się szczególnie z nieuniknionym powiązaniem pobierania narządów od osób zmarłych i kryteriami stwierdzania śmierci, co może podsycać podejrzliwość wobec leczenia transplantacyjnego.

Ostatni rozdział, autorstwa Anny Krawulskiej-Biegańskiej, koncentruje się na sytuacji pobrania narządów od osoby zmarłej celem przeszczepienia i roli bliskich zmarłego w tym procesie. Autorka zwraca uwagę, że ze względu na tragiczne okoliczności, w których lekarze zasięgają od bliskich zmarłego informacji o tym, czy pacjent wyraził za życia sprzeciw wobec

dawstwa, lekarze stają przed niezwykle trudnym etycznie i psychologicznie zadaniem, jakim jest przestrzeganie obowiązującego w Polsce prawa i jednocześnie respektowanie uczuć osób bliskich. Rozdział stanowi klamrę dla problematyki omawianej we wcześniejszych rozdziałach. Pokazuje jak biomedyczne, społeczne, psychologiczne, prawne oraz filozoficzne i etyczne trudności ze zrozumieniem śmierci człowieka kumulują się wtedy, gdy dochodzi do pobrania narządów od potencjalnego zmarłego dawcy. Jak śmierć człowieka i transplantacje dotyczą etosu lekarza.

P. Łuków

W POSZUKIWANIU
ZROZUMIENIA ŚMIERCI
– ETYCZNE WYZWANIE
DLA LEKARZY

PAWEŁ ŁUKÓW
UNIWERSYTET WARSZAWSKI

Definiowanie śmierci człowieka i poszukiwanie jej kryteriów wygląda na zadanie o charakterze czysto naukowym bądź wręcz technicznym. Takie wrażenie sprawia chociażby tytuł obwieszczenia Ministra Zdrowia z dnia 17 lipca 2007 r. w sprawie kryteriów i sposobu stwierdzenia trwałego nieodwracalnego ustania czynności mózgu. Dokument ten opisuje procedury i badania medyczne. Wbrew pozorom jednak – co od wielu lat przyznają zarówno lekarze, jak i filozofowie – wybór kryteriów śmierci człowieka angażuje najbardziej podstawowe założenia antropologiczne i etyczne. Tak daleko posuniętej zbieżności poglądów brakuje zaś w kwestii wykonalności samego zadania definiowania śmierci lub ustalania jej kryteriów. Nie chodzi przy tym o to, że rozbieżne przekonania antropologiczne i etyczne prowadzą różne osoby do odmiennych konkluzji o naturze śmierci i jej kryteriach. Takie powody wątpliwości co do wykonalności tego zadania byłyby przygodne i dawałyby nadzieję na ich przezwyciężenie. Obok nich istnieją bardziej fundamentalne i zapewne nieprzezwyciężalne przyczyny rodzące wątpliwości odnośnie do definiowalności śmierci człowieka i możliwości ustalenia jej kryteriów. Przyczyny te tkwią w *pojęciu śmierci człowieka*. Nie śmierci w ogóle, ale śmierci człowieka. Powodami, dla których nigdy nie uda nam się osiągnąć zgody w kwestii natury i kryteriów śmierci, są pojęciowe i trwałe, a nie przygodne i przemijające.

Swoją argumentację zawrę w trzech krokach. W pierwszym przedstawię te własności pojęcia *śmierci*, które każą zakwestionować typowe wyobrażenia o ludzkiej śmierci, a także typowe podejścia do dyskusji nad nią zarówno w filozofii, jak i w medycynie. Będę twierdził, że śmierć nie jest czymś, co można badać, ponieważ ma ona charakter prywacyjny względem tego, co można poddać badaniu: życia. Na tej podstawie pokażę, że stwierdzenie *śmierci człowieka* to akt o znaczeniu nie tylko biologicznym, medycznym lub prawnym, ale przede wszystkim ontycznym. Uznanie człowieka za zmarłego oznacza uznanie, że nieodwracalnie znikła osoba o biologii *Homo sapiens*. W drugim kroku pokażę, że tezy te są zawarte implicite w poj-

mowaniu śmierci człowieka jako śmierci mózgu. Czy się to komu podoba, czy nie, uznanie, że śmierć mózgu jest śmiercią człowieka, oznacza przyjęcie określonego stanowiska antropologicznego i metafizycznego o tym, co to znaczy być człowiekiem i na czym polega ludzkie życie. Stanowisko to ma swoje konsekwencje praktyczne i moralne, które – wraz z zachodzącymi między nimi zależnościami – omówię pokrótce w trzecim kroku argumentacji. Bazując na obserwacjach dotyczących powstania i dalszych modyfikacji kryteriów śmierci człowieka na podstawie ustania funkcji jego mózgu będę twierdził, że w *pojęciu śmierci człowieka* tkwi nieusuwalne napięcie między tym, co ciągle i biologiczne, a tym, co dyskretne (nieciągłe) i osobowe. Napięcie to pokazuje, że nie można skonstruować kryteriów śmierci człowieka, które będą biologicznie trafne i praktycznie użyteczne, a zarazem zadowolające wszystkich. Wybór kryteriów śmierci człowieka jest świadectwem fundamentalnego wyboru moralnego dotyczącym rozumienia, czym jest człowiek, a w konsekwencji – tego, czym jest medycyna i jej cele, na czym polega zawód lekarza i jakie są jego normy.

Prawdopodobnie o wiele więcej wiemy o zjawiskach biologicznych poprzedzających śmierć człowieka i następujących po niej niż o samej śmierci. W pewnym sensie nie powinno to dziwić, gdyż najprostszą i intuicyjną, choć niekoniecznie precyzyjną, definicją śmierci człowieka jest: ustanie życia człowieka, tj. „chwila”, w której człowiek przestaje żyć. Przed śmiercią jest żywa istota ludzka, a po śmierci – jej zwłoki. Konstatacja ta, chociaż na pierwszy rzut oka trywialna, zwraca uwagę na kilka niezwykle ważnych okoliczności.

Po pierwsze, z perspektywy powyższej konstatacji rozpowszechnione pojęcie śmierci ma charakter negatywny pomimo uniwersalnie docenianego dramatyzmu śmierci. Zarówno w nauce, jak i potocznie słowo śmierć funkcjonuje tak, jakby odnosiło się do jakiegoś stanu, wydarzenia lub do procesu. Mówimy, że nastąpił zgon, że przyszła śmierć itp. Konstatacja, że śmierć jest ustaniem życia, każe natomiast stwierdzić, że nie jest ona niczym pozytywnym, tj. nie jest ani wydarzeniem, w którym bierze

udział jakaś istota lub której ono dotyka, ani jej stanem, ani też procesem, który w niej zachodzi bądź w którym bierze ona udział. Śmierć jest rodzajem punktu w czasie dzielącym życie jakiejś istoty od braku tego życia, czyli między żyjącą istotą a pozostającymi po niej zwłokami. Słowo śmierć sygnalizuje granicę między życiem tej istoty a stanem, w którym ona już nie żyje¹.

Jedną z konsekwencji obserwacji, że pojęcie śmierci ma charakter negatywny, będzie to, że filozoficzne i medyczne dociekania na temat śmierci nie mogą przebiegać wedle dobrze już przyjętego w literaturze schematu, który każe najpierw zbadać, czym jest śmierć, potem określić kryteria stwierdzenia śmierci, a następnie ustalić czynności, badania i obserwacje, które pozwalają jednoznacznie rozstrzygnąć, czy owe kryteria zostały w danym przypadku spełnione². Skoro słowo *śmierć* wskazuje na granicę, a więc nie wskazuje na wydarzenie, stan lub proces, to badanie mające na celu ustalenie, czym jest śmierć, będzie bezprzedmiotowe. Jeżeli śmierć ma być przedmiotem badania, to nie ma czego badać. Przedmiotem badania, którego wynikiem mają być kryteria stwierdzania śmierci oraz lekarskie czynności, badania i obserwacje, które pozwalają ustalać ich spełnienie, musi być życie człowieka, ponieważ stwierdzenie śmierci następuje na podstawie ustalenia, że życie to ustało.

1 Jest to teza zbliżona do tezy z S. E. Rosenbaum, „How to Be Dead and not Care: A Defense of Epicurus”, w: *Life, Death, & Meaning: Key Philosophical Readings on the Big Questions*, red. D. Benatar, Lanham, Md.: Rowman & Littlefield Publishers, 2010. Spory o to, czy śmierć jest wydarzeniem, czy procesem, szkicowo referuje I. Ziemiński, *Zagadnienie śmierci w filozofii analitycznej*, Lublin: TN KUL, 1999, s. 61–80. Spory tego rodzaju mogą być bezprzedmiotowe, o ile ich uczestnicy nie uwzględniają językowych i kulturowych czynników wpływających na sposób myślenia o „istocie śmierci”; por. D. A. Shewmon & E. Seitz Shewmon, „The Semiotics of Death and its Medical Implications” w: *Brain Death and Disorders of Consciousness*, red. C. Machado, D. A. Shewmon, New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers, 2004.

2 Bernat J. L., Culver C. M., Gert B., „On the definition and criterion of death”, *Annals of Internal Medicine* 1981; 94(3): s. 389–394.

Po drugie, jeżeli śmierć to granica między żyjącą istotą a jej zwłokami, to śmierć nie jest tym, co pozostaje po utraceniu życia przez żyjącą istotę. Po swojej śmierci żyjąca istota przestaje istnieć, a pozostają po niej zwłoki, które mogą być świadectwem istnienia tej istoty w przeszłości, ale nią już nie są. Życie nie jest czymś, co by więc przysługiwało tej istocie i czego istota ta nabywałaby wraz z przyjściem na świat lub może utracić, nie tracając swojej tożsamości, skoro po śmierci konkretna żywa istota znika. Nie jest ono czymś na wzór duszy, która opuszcza ciało po śmierci. Życie nie jest również własnością lub zdolnością różną od materii fizycznej i jakby dołączoną do niej w taki sposób, że materia ta pozostaje sobą i żyje w postaci istoty żywej. Życie jest elementem konstytuującym istotę żyjącą jako żyjącą i jako tę konkretną istotę, a nie czymś, co może jej przysługiwać lub nie i co może nie wpływać na jej indywidualną lub gatunkową tożsamość. Bez względu na to, czym jest życie, na pewno jest ono integralnym „składnikiem” istoty żyjącej, tj. czymś, co w połączeniu z innymi czynnikami decyduje o jej tożsamości³.

Z punktu widzenia problematyki medycznej stwierdzenie śmierci pacjenta musi być stwierdzeniem, że określona *osoba* przestała istnieć. Nie istnieje jako przedstawiciel swojego gatunku i jako konkretna jednostka⁴. Doniosłość stwierdzenia czyjejs śmierci wykracza poza niewykrycie określonych własności, procesów lub zależności między nimi oraz poza ustalenie pewnego stanu prawnego, ale jest aktem o charakterze ontycznym. Kiedy lekarz stwierdza, że pacjent zmarł, to rozpoznaje zajście jednego z najbardziej zdumiewających zjawisk, jakim jest *zniknięcie* konkretnego człowieka: nie przekształcenie się tego człowieka w coś innego, ale dosłownie

3 Analogiczną tezę, ale w kontekście stanowiska, które głosi procesualność śmierci, przedstawia R. S. Morison, „Death: Process or Event?”, *Science* 20 August 1971: Vol. 173 no. 3998 pp. 694–698; zob. też J. F. Rosenberg, *Thinking Clearly About Death*, Hackett Pub Co; 2 ed., 1983, s. 106–111.

4 J.F. Rosenberg, dz. cyt., s. 47, 108–111.

jego zniknięcie czy unicestwienie⁵. Jest to konstatacja zajścia niezrozumiałego faktu, że oto tam, gdzie przedtem był żywy człowiek, znajdują się zwłoki, czyli ludzkie ciało, które już nie jest człowiekiem, ale raczej symbolem jego istnienia w przeszłości.

Stwierdzenie śmierci będące obserwacją, że zniknęła określona osoba, pociąga za sobą ważne konsekwencje normatywne spowodowane przez to, że zniknął uczestnik oddziaływań społecznych i psychologicznych. Z jednej strony przestają wiązać powinności osoby zmarłej wobec innych osób, podobnie jak jej uprawnienia nie wiążą już innych, a z drugiej – ustają obowiązki żyjących wobec nieistniejącej już osoby. Wraz ze stwierdzeniem śmierci pojawiają się często nowe powinności wobec tych, którzy żyją. Część z tych powinności ma charakter organizacyjno-społeczny, jak np. obowiązek zawiadomienia pewnych osób lub zbiorowości o odejściu zmarłego, obowiązki związane z postępowaniem ze zwłokami (np. zapewnienie zmarłemu pochówku), a także uprawnienia pewnych osób związane z tym, co zmarły po sobie zostawił, jak np. prawa spadkobierców. Śmierć człowieka przekracza więc śmierć biologiczną, która staje się zgonem czy odejściem osoby.

Po trzecie, jeżeli bycie żywym współdecyduje o tożsamości określonej istoty, a różne rodzaje istot żywych różnią się między sobą budową i funkcjonowaniem czy relacjami, w jakie wchodzi z otoczeniem, to stwierdzenie śmierci istoty jednego rodzaju może wymagać odwołania się do faktów, zjawisk bądź okoliczności, których wykrycie nie będzie potrzebne do stwierdzania śmierci istoty innego rodzaju. Śmierć istoty żywej tak złożonej jak krowa może nie przebiegać tak jak śmierć dżdżownicy; życie organizmów pewnych rodzajów może się kończyć inaczej niż ich śmiercią, jak w przypadku dzielącego się prątka grzłlicy. Co więcej, stany, które

5 Trudności ze zrozumieniem zniknięcia czegoś omawia P. Winch, „Co to znaczy przestać istnieć”, w: *Etyka a działanie: wybór pism*, przeł. D. Lachowska, T. Szawiel, Warszawa: Państwowy Instytut Wydawniczy, 1990.

dla organizmów jednego rodzaju będą śmiercią, mogą nią nie być u organizmów innego rodzaju, jak np. formy przetrwalnikowe niektórych bakterii. Ustalanie, czym jest śmierć lub kryteriów jej stwierdzania bez wzięcia pod uwagę tego, o jakim rodzaju istot mowa, oraz tego, co decyduje o specyfice ich życia biologicznego, najprawdopodobniej doprowadzi do spekulacji pozbawionych większej wartości poznawczej i praktycznej.

Żeby wiedzieć, czym jest śmierć istoty danego rodzaju, trzeba wiedzieć, co decyduje o tym, że istota tego rodzaju jest żywa, tj. co składa się na jej życie. Dociekając kryteriów stwierdzania śmierci w kontekście medycyny, trzeba więc zająć się nie życiem istoty żywej ani życiem jako takim, ale życiem człowieka. Dopiero na tej podstawie można próbować określić, co należy ustalić, aby stwierdzić, że konkretny człowiek zmarł.

Powyższe obserwacje pozwalają wstępnie określić, czym jest śmierć człowieka. Jest to punkt w czasie, w którym przestaje istnieć konkretna osoba dlatego, że jej organizm już nie funkcjonuje w zintegrowany sposób właściwy dla gatunku *Homo sapiens*, przy uwzględnieniu uwarunkowań specyficznych dla tego egzemplarza gatunku człowiek. To wstępne określenie pozwala z kolei sformułować zadanie, przed jakim staje ten, kto chce szerzej wyjaśnić, czym jest śmierć człowieka i jak można ją stwierdzać. Zadanie to wymaga wskazania tego, co składa się na życie osoby o biologii *Homo sapiens*.

Odróżnienie osoby od *Homo sapiens* nie ma na celu oddzielania bycia osobą od bycia człowiekiem. Jak będę przekonywał za chwilę, związek między ludzką cielesnością a byciem ludzką osobą⁶ jest niezwykle intymny, tak intymny, że niemożliwe jest pojęcie ludzkiej osoby bez uwzględnienia w tym pojęciu ludzkiego ciała. Odróżnienie osoby od gatunku człowiek

6 Terminu „osoba ludzka” nie należy tu rozumieć w znaczeniu nadanym mu przez personalizizm tomistyczny (np. K. Wojtyła, *Miłość i odpowiedzialność: studium etyczne*, Katolicki Ośrodek Wydawniczy „Veritas”, Londyn 1964), ale jako synonim wyrażen takich jak „osoba o ludzkiej biologii”, „osoba o biologii *Homo sapiens*”, które odnoszą się do konkretnych egzemplarzy ludzkiego gatunku zdolnych do perspektywy pierwszoosobowej.

służy wyróżnieniu biologii ludzkiego życia, która jest warunkiem wystąpienia jego aspektów psychologicznych i społecznych. Życie osoby o biologii *Homo sapiens* ma dwa podstawowe wymiary: wymiar biologiczny, który dotyczy ludzkiego organizmu oraz jego funkcjonowania i zależności między poszczególnymi funkcjami; pierwszoosobowy⁷ wymiar psychologiczno-społeczny, którego centralną częścią jest świadomość siebie (samoświadomość) i swojego otoczenia naturalnego i społecznego oraz zdolność do wchodzenia w interakcje z innymi przez nawiązywanie z nimi więzi, podejmowanie zobowiązań czy działanie w grupie⁸.

Analogicznie do dwóch wymiarów ludzkiego życia będzie trzeba wyróżnić też dwa wymiary ludzkiej śmierci: biologiczny i psychologiczno-społeczny. Zrozumienie natomiast, czym jest śmierć osoby o biologii *Homo sapiens* wymaga (w odniesieniu do przeważającej większości ludzi, z wyjątkiem np. ludzi ciężko upośledzonych umysłowo) zintegrowanego ujęcia tych dwóch wymiarów jej zniknięcia.

7 Por. T. Nagel, „Subiektywne i obiektywne” w: *Pytania ostateczne*, przeł. A. Romaniuk, Warszawa: Fundacja Aletheia, 1997.

8 Przyjęte tu rozumienia wyrażen człowiek czy osoba o biologii *Homo sapiens* są pokrewne koncepcji proponowanej przez J. Locke’a, który co prawda utożsamiał osobę (*person*) ze świadomością (*Rozważania dotyczące rozumu ludzkiego*, przeł. B. J. Gawecki, Warszawa: Państwowe Wydawnictwo Naukowe, 1955, ks. II, rozdz. XXVI, 9–11), ale człowieka (*man*) ze zorganizowanym ciałem (tamże, ks. II, rozdz. XXVI, 6). W tym samym nurcie plasują się poglądy np. P. Strawsona czy L. R. Baker, którzy posługują się pojęciem osoby czy ludzkiej osoby (*human person*). Strawson używa terminu osoba w odniesieniu do takiego rodzaju bytów, do których stosują się „zarówno orzeczniki przypisujące stany świadomości, jak też orzeczniki przypisujące własności cielesne, sytuację fizyczną itd.”; P. F. Strawson, *Indywidualizm: próba metafizyki opisowej*, przeł. B. Chwedeńczuk, Warszawa: Instytut Wydawniczy PAX, 1980, s. 102. Odróżnienie tych dwóch rodzajów orzeczników nie ma sygnalizować substancjalnego dualizmu osoby na wzór dualizmu kartezjańskiego, lecz dwa rodzaje orzeczników stosujących się do jednego podmiotu. L. R. Baker (*Persons and Bodies: A Constitution View*, Cambridge, U.K.; New York, NY: Cambridge University Press, 2000) twierdzi, że ludzką osobę (*human person*) konstituuje ciało *Homo sapiens*, lecz osoba nie jest z nim identyczna, gdyż tę ostatnią wyróżnia pierwszoosobowa perspektywa, dzięki której jest ona samoświadoma. Użyte w tekście „osoba” odnosi się do nieredukowalnie subiektywnego pierwszoosobowego punktu widzenia człowieka.

Zależności między ludzką biologią a byciem ludzką osobą są, co oczywiste, bardzo bliskie. Nasza biologia określa, czego możemy doświadczać i jak rozumiemy rzeczy; nasze życie psychologiczno-społeczne określa rolę, jaką przypisujemy naszym ciałom i co możemy z nimi zrobić. Otoczenia doświadczamy za pośrednictwem naszych cielesnych zmysłów, a ich funkcjonowanie ma fundamentalny wpływ na to, co składa się na nasze doświadczenie. Nasze wyobrażenie przestrzeni, lokalizacji własnego ciała w niej, zdolność do przemieszczania się czy rozpoznawanie składników otoczenia należą do rzeczy, do których nie bylibyśmy zdolni, gdyby nie biologia właściwa dla gatunku *Homo sapiens*. Najprawdopodobniej również nasze zdolności myślenia, odczuwania i podejmowania decyzji zależą od specyfiki ludzkiej biologii, o czym dobitnie świadczą rozmaite zaburzenia spowodowane uszkodzeniami centralnego układu nerwowego.

Nasze ciała zajmują centralne miejsce nie tylko w naszym poczuciu tożsamości czy odrębności, ale i w postrzeganiu nas przez innych. Nasze ciała dostarczają nam informacji o naszym położeniu, a często także o naszych oczekiwaniach lub nastrojach. Ciało człowieka to nie tylko element konstytuujący każdego z nas jako unikalną osobę, ale także skomplikowany aparat komunikowania się z innymi i uczestnictwa w życiu społecznym. Bez specyficznie ludzkiej cielesności nie spotykałoby nas takie zło jak chorowanie, nie byłoby takich działań jak leczenie chorych, ani przedsięwzięć takich jak medycyna czy norm moralnych, które ustanawiają obietnice czy wymagają cenienia prawdomówności.

Zależności występujące między osobą o biologii *Homo sapiens* a ludzkim ciałem są w najwyższym stopniu intymne, ponieważ są w pewnym szczególnym sensie nieprzygodne. Nie jest możliwe ludzkie życie w cieple innym niż ludzkie. Zależności między człowiekiem a jego ciałem nie polegają więc na relacjach między odrębnymi obiektami: ludzkim ciałem i osobą, ale na tożsamości, w której osoba jest ludzkim ciałem, pomimo że zapewne jest też wieloma innymi rzeczami (np. stanami psychicznymi).

Ludzkie ciało to nie po prostu wehikuł dla osoby, ale część człowieka. Dlatego nie można opisać ludzkiego życia, a w konsekwencji także i ludzkiej śmierci nie tylko bez odwoływania się do ludzkich doświadczeń i relacji z innymi, ale też bez odwołania się do ludzkiej biologii. Wraz z innymi czynnikami decyduje ona o nieredukowalnie ludzkim charakterze naszego życia i tego, czym jest śmierć człowieka. Z chwilą biologicznej śmierci jednostki ludzkiej znika potencjał unikalnego zestawu ludzkich możliwości, zdolności i oddziaływań na świat. A skoro od cielesności zależy psychologiczno-społeczny wymiar ludzkiego życia, to wraz ze śmiercią ciała człowieka znika też osoba, na którą składa się ludzkie ciało, od którego zależy jej tożsamość i jej poczucie tożsamości.

Docenienie zależności i intymności związku między ludzką biologią a byciem osobą pozwala zrozumieć doniosłość i uprzywilejowanie w dyskusji na temat ludzkiej śmierci jej aspektów biologicznych. Śmierć biologiczna pociąga za sobą śmierć osoby o biologii *Homo sapiens*, co nakazuje szczególną ostrożność w definiowaniu śmierci lub w ustalaniu kryteriów jej stwierdzania. Błędne uznanie za martwego człowieka, który w rzeczywistości biologicznie żyje, przekłada się na błąd pozbawienia człowieka jego życia psychicznego i społecznego. Te trzy błędy składają się na moralny błąd pozbawienia unikalnej osoby wszelkich doświadczeń dostępnych dzięki dalszemu życiu. Gdyby ludzkie życie sprowadzało się do ludzkiej biologii, to śmierć człowieka nie byłaby złem, a zrozumienie jego śmierci nie rodziłoby zasadniczych trudności.

Właśnie ta jednokierunkowa zależność między życiem biologicznym człowieka a jego życiem psychicznym i społecznym sprawia, że pytanie o kryteria śmierci człowieka są tak trudnym problemem. Życie biologiczne, a więc i biologiczne życie człowieka to prawie same procesy, a biologiczna śmierć człowieka to granica między procesami, które składają się na życie biologiczne, a innymi procesami biologicznymi, które zachodzą w tym samym ludzkim ciele. Śmierć biologiczna to ustanie pewnych procesów

składających się na życie biologiczne bądź zanik co najmniej części zależności między tymi procesami (dezintegracja). Określenie, kiedy następuje śmierć człowieka, wymaga zatem ustalenia, które procesy biologiczne bądź które zależności między nimi muszą ustać, aby można było stwierdzić, że zakończyło się ludzkie życie jako całość – z jego aspektami psychologiczno-społecznymi. Aby uwzględnić zależność śmierci człowieka od jego śmierci biologicznej, kryteria stwierdzania biologicznej śmierci człowieka muszą wyróżniać w procesach, które ze swej istoty mają charakter ciągły, dyskretne punkty, pozwalające orzec, że doszło do śmierci całego człowieka.

To właśnie konfrontacja ciągłości procesów biologicznych z nieciągłym charakterem zniknięcia osoby o biologii *Homo sapiens* rodzi zasadnicze trudności w określeniu kryteriów stwierdzania śmierci człowieka. Zrozumiałe jest, że lekarze i inne osoby stwierdzające śmierć człowieka chcą uniknąć błędu moralnego, jakim jest pozbawienie przyszłości osoby, która ją jeszcze przed sobą ma, lecz nie jest to główna przyczyna trudności w dyskusji nad kryteriami śmierci człowieka. Przyczyna, jak pokażę niżej, tkwi w tym, że sposób patrzenia na napięcie między ciągłością ludzkiej biologii a nieciągłością śmierci człowieka wyraża określoną koncepcję człowieczeństwa, a w konsekwencji – wyobrażenie o indywidualnym i zbiorowym przedsięwzięciu, jakim jest medycyna. To zaś musi zawierać tezy na temat etycznych norm zawodów medycznych.

To powiązanie poszukiwania punktów odcięcia z koncepcjami człowieczeństwa widać w najnowszej historii sporów o kryteria śmierci. Na około dziesięć lat przed ukazaniem się w 1968 roku słynnego raportu harwardzkiego⁹ w medycynie panował konsensus, wedle którego śmierć człowieka stwierdzano na podstawie ustania oddychania i krążenia. Rozumiano, że ustanie jednej z tych funkcji w krótkim czasie prowadzi

9 Beecher, H. K. et al. (1968), „A definition of irreversible coma. Report of the Ad Hoc Committee of the Harvard Medical School to Examine the Definition of Brain Death”. *Journal of the American Medical Association*, 205, s. 337–340

do zatrzymania wielu innych funkcji ludzkiego organizmu i pociąga za sobą zakończenie życia człowieka. W ten sposób jednak śmierć ludzkiego organizmu utożsamiano ze śmiercią człowieka, co naturalnie zachęcało do widzenia człowieczeństwa głównie w ludzkiej biologii i do usuwania na drugi plan pierwszoosobowej perspektywy. Nie oznacza to, że nie doceniano tej perspektywy. Łączenie człowieczeństwa z posiadaniem przez człowieka duszy zdolnej przetrwać śmierć ciała pokazuje dobitnie, że perspektywa ta była w polu uwagi wielu ludzi. Na gruncie medycyny jednak utożsamienie śmierci ze śmiercią ciała spychało tę perspektywę na drugi plan. Spierano się o badania, jakie należy przeprowadzić w celu ustalenia, czy człowiek żyje, czasem nawet o naturę śmierci, ale nie było kontrowersji co do kryteriów jej stwierdzania. W medycznym pojmowaniu śmierci człowieka jako przede wszystkim śmierci jego organizmu utożsamienie śmierci ze śmiercią ciała powodowało, że brak oddychania i krążenia były idealnymi punktami odcięcia w stwierdzaniu śmierci. Są widoczne gołym okiem, spektakularne i robią wrażenie dyskretnych. Koncentrowaniu się medycyny na biologii i niedocenianiu pierwszoosobowej perspektywy osoby o biologii *Homo sapiens* sprzyjały też ówczesne technologie medyczne, dla których kryteria krążeniowo-oddechowe były wystarczająco dokładne.

Sytuacja ta zaczęła się radykalnie zmieniać po powstaniu elektrycznie napędzanego respiratora, a później po pierwszych udanych próbach przeszczepiania narządów. Respirator umożliwił podtrzymywanie biologicznych funkcji organizmu ludzkiego, zwłaszcza krążenia, co nie pozwalało na stosowanie kryteriów krążeniowo-oddechowych: ustanie samodzielnego oddychania nie oznaczało ustania krążenia, a więc i śmierci. Doświadczenie pouczało przy tym, że część chorych, u których sztucznie podtrzymywano oddychanie, może nie odzyskać przytomności, a ustanie krążenia może nastąpić w późniejszym czasie pomimo zastosowania wszystkich dostępnych metod leczniczych. Rozwijająca się transplantologia

wymagała z kolei bardziej precyzyjnych badań diagnozujących śmierć, które pozwolą pobrać sprawne narządy. Oznaczało to, że w stwierdzeniu śmierci czas stał się ważniejszy niż kiedyś. Świadomość, że śmierć człowieka może nastąpić przed ustaniem oddychania i krążenia postawiła też lekarzy przed nowym wyzwaniem moralnym. Nieprecyzyjne z punktu widzenia nowych technologii medycznych kryteria krążeniowo-oddechowe mogą prowadzić do niepodejmowania działań resuscytacyjnych u pacjentów, których można jeszcze uratować dzięki nowym technologiom medycznym. Potrzebne były radykalnie nowe kryteria stwierdzenia śmierci człowieka, które będą wystarczająco precyzyjne i pozwolą dostatecznie wcześniej (tj. aby nie podtrzymywać funkcji życiowych osoby zmarłej i aby móc pozyskiwać przydatne narządy do przeszczepień) diagnozować śmierć.

Potrzeba skonstruowania nowych kryteriów śmierci biologicznej człowieka skłaniała do bardziej całościowego spojrzenia na ludzkie życie biologiczne, a na oddychanie i krążenie – w kontekście innych funkcji ludzkiego organizmu. Komisja zajęła się centralnym układem nerwowym kontrolującym oddychanie i krążenie, a zwłaszcza mózgiem. Zwrócono uwagę na ten trójkąt zależności, wskazując na regulacyjną rolę centralnego układu nerwowego i jego współzależność od oddychania, które charakteryzuje się względną niezależnością, i krążenia, które z kolei jest regulowane autonomicznie. W tym układzie zależności ustania oddychania lub krążenia jawią się jako następstwa bardziej zasadniczych zmian w organizmie, a nie jako to, co konstytuuje ludzką śmierć. W kontekście współzależności między funkcjonowaniem mózgu, oddychaniem i krążeniem dawne, wyrażane w kategoriach nieciągłych wyobrażenia o śmierci, które charakteryzowały kryteria krążeniowo-oddechowe, skłaniały do szukania w mózgu *wydarzenia*, które konstytuuje śmierć.

W mózgu też Komisja harwardzka znalazła to przełomowe wydarzenie. Właściwe dla kryteriów krążeniowo-oddechowych pojęcie śmierci w katego-

riach dyskretnych zastosowała do coraz wyraźniej ujawniających się nieciągłości procesów wiodących do śmierci. Wyraźnie przejawia to myślenie późniejszy raport prezydenckiej komisji bioetycznej, który przyjmuje rozumienie śmierci człowieka jako śmierci mózgu, ale ustanie oddychania i krążenia włącza w nowe pojęcie śmierci i określa jako „tradycyjny sposób diagnozowania śmierci [, który] w rzeczywistości wykrywał nieodwracalne ustanie zintegrowanego funkcjonowania współzależnych układów organizmu”¹⁰.

Równocześnie jednak Komisja przesunęła centrum dyskusji o śmierci człowieka. Po pierwsze, przedmiotem dyskusji stały się funkcje, które odpowiadają nie tylko za ogromną część regulacji organizmu człowieka, ale i za to, co stanowi fundament pierwszoosobowego aspektu ludzkiego życia. Pojęcie śmierci przestało odnosić się tylko do śmierci biologicznej, jak to sugerowały kryteria krążeniowo-oddechowe. To, że umiera cały człowiek, a nie tylko jego ciało, stało się wyrazne w „umiejscowieniu” w mózgu funkcji, które odpowiadają za pierwszoosobowy aspekt ludzkiego życia. Obejmując psychologiczno-społeczny wymiar ludzkiego życia i śmierci, skłoniło ludzi medycyny do bardziej bezpośredniego i wyraźnego patrzenia na człowieka jako na nie tylko organizm, ale też jako na osobę. Raport Komisji sugerował, że śmierć człowieka to nie samo ustanie funkcjonowania ludzkiego organizmu, ale też zniknięcie osoby o biologii *Homo sapiens*. Bez względu na intencje jego autorów, niemal z dnia na dzień Raport włączył lekarzy – a pośrednio także szerokie rzesze laików – w dyskusje na temat człowieczeństwa.

10 President's Commission for the Study of Ethical Problems in Medicine and Biomedical and Behavioral Research, 1981, *Defining Death: Medical, Legal and Ethical Issues in the Determination of Death*, Washington, DC: Government Printing Office, s. 33. W podobnym duchu utrzymany jest Uniform Determination of Death Act, który w §1. głosi, że „Jednostka, która doznała albo (1) nieodwracalnego ustania funkcji oddychania i krążenia lub (2) nieodwracalnego ustania funkcji całego mózgu, w tym pnia mózgu, jest martwa.” Analogicznie śmierć jest rozumiana w Deklaracji z Sydney, WMA Declaration of Sydney on the Determination of Death and the Recovery of Organs, adopted by the 22nd World Medical Assembly, Sydney, Australia, August 1968. Również w Polsce funkcjonują dwa kryteria stwierdzania śmierci, w zależności od okoliczności.

Punktem wyjścia debat po ukazaniu się Raportu było uświadomienie sobie czegoś, co poniekąd było wiadomo od zawsze: że życie ludzkie to życie *osoby* o biologii *Homo sapiens*, a nie samo jego życie biologiczne. Raport docenił w ten sposób integralność biologiczności i osobowości człowieka, a w ten sposób podsunął myśl, że śmierć człowieka może następować z chwilą nieodwracalnego zaniku co najmniej jednego z komponentów ludzkiego życia: zintegrowanego funkcjonowania organizmu lub pierwszoosobowej perspektywy konstytuującej świadomość. Niestwierdzenie jednego z nich może implikować, że nie ma człowieka, nawet jeżeli jego organizm nadal realizuje pewne funkcje biologiczne.

Z punktu widzenia tradycyjnych wyobrażeń o człowieczeństwie i o życiu ludzkim teza ta jest co najmniej trudna do przyjęcia, gdyż pociąga za sobą odrzucenie koncepcji kartezjańskich, zgodnie z którymi człowiek to połączenie duszy i ciała (substancji duchowej i cielesnej), a śmierć to odłączenie duszy od ciała. Każe też odrzucić psychologiczne koncepcje człowieka, jak np. D. Hume’a pojęcie podmiotu (*self*) jako „wiązki percepcji”¹¹. Tego rodzaju koncepcje skłaniają do widzenia związku między ludzką osobą a jej ciałem jako przygodnych z punktu widzenia tego, czym jest człowiek. Pojmowanie człowieka jako osoby o biologii *Homo sapiens* wymaga też odrzucenia koncepcji człowieka jako identycznego ze zwierzęciem *Homo sapiens*¹².

Konkluzja głosząca, że śmierć człowieka następuje wtedy, gdy nieodwracalnie zanika zintegrowane funkcjonowanie ludzkiego organizmu lub pierwszoosobowa perspektywa była też zachętą do wysuwania propozycji rozumienia śmierci człowieka jako ustanie tych funkcji mózgu, za

11 Hume D., *Traktat o naturze ludzkiej*, tł. Cz. Znamierowski, Warszawa: Polska Akademia Umiejętności, Kraków 1951, t. I, cz. IV, rozdz. VI.

12 Thompson J. J., „People and Their Bodies” w: *Contemporary Debates in Metaphysics*, T. Sider, J. Hawthorne, D. W. Zimmerman, Blackwell Publishing, 2008; E. Olson, *The Human Animal: Personal Identity Without Psychology*, Oxford University Press, 1997.

które odpowiadają wyższe części mózgu (tzw. *higher brain definition of death*)¹³ i które fundują świadomość oraz zdolność do wchodzenia w interakcje z otoczeniem. W tych propozycjach znajduje wyraz pojmowanie człowieczeństwa czy bycia ludzką osobą głównie lub wyłącznie w perspektywie pierwszoosobowej. W wyniku ujawnienia powiązań między ludzką biologią a życiem osoby nowe rozumienie śmierci człowieka, które miało rozwiązać wiele wcześniejszych kontrowersji praktycznych, samo stało się przedmiotem filozoficznych sporów¹⁴.

Po drugie, generując rozmaite kontrowersje w sprawie rozumienia śmierci człowieka, raport Komisji pokazał, że dotychczasowe korzystanie z pojęć dyskretnych w biologicznym świecie, który charakteryzują ciągłości, jest nie do utrzymania. Opieranie się na kryteriach krążeniowo-oddechowych ujawniło się jako rodzaj konwencji spowodowanej tym, że wiedza, na której opierały się dotychczasowe metody diagnozowania ludzkiej śmierci oraz konteksty i cele jej stwierdzania, nie wymagały takiej precyzji jak medycyna po respiratorze i medycyna transplantacyjna. Jak na ironię, dyktowana wymaganiami praktycznymi potrzeba dokładności w sformułowaniu kryteriów śmierci wymagała skupienia się na szczegółach ludzkiej biologii i docenienia ciągłości zjawisk biologicznych składających się na życie człowieka, a zarazem pokazała dyskretny charakter pojęcia śmierci człowieka jako całości. Ogłoszona w raporcie koncepcja ludzkiej śmierci podała użyteczne w medycznej i społecznej praktyce dyskretne kryteria stwierdzania

13 Por np. opinię przewodniczącego harwardzkiej Komisji H. Beechera przedstawioną w H. K. Beecher, H. I. Dorr, The New Definition of Death: Some Opposing Views, *International Journal of Clinical Pharmacology, Therapy & Toxicology*, Vol. 5(2), Oct 1971, s. 120–124; R. Veatch, „The Whole-Brain-Oriented Concept of Death: An Outmoded Philosophical Formulation”, *Journal of Thanatology*, 1975, 3: s. 13–30; H. T. Engelhardt, Jr., *The Foundations of Bioethics*, sec. ed., New York & Oxford, Oxford University Press 1996, s. 247–253; P. Singer, *O życiu i śmierci. Upadek etyki tradycyjnej*, przeł. A. Alichniewicz, A. Szczęsna, PIW: Warszawa 1994, s. 197–201.

14 Artykuły specjalistów kwestionujące różne aspekty rozumienia śmierci człowieka jako śmierci mózgu zajęły cały tom *Journal of Medicine and Philosophy* z 2001, Vol. 26, No. 5.

śmierci człowieka, które miały się stosować do ciągłości biologicznego życia człowieka.

Zapewne wbrew intencjom jego autorów, raport harwardzki skonfrontował biologiczne życie człowieka z życiem ludzkiej osoby. W ten sposób ujawnił osobliwość życia człowieka jako całości łączącej specyficzną biologię z pierwszoosobową perspektywą, a przez to nie dającej szans na ostateczne rozstrzygnięcie kontrowersji dotyczących ludzkiej śmierci, a w szczególności kontrowersji na temat kryteriów stwierdzania śmierci. Kryteria te muszą pozostać tymczasowe, ponieważ ich określenie jest zarazem próbą wprowadzenia nieciągłości w ze swej istoty ciągłą biologię człowieka. W pewnym sensie próba ostatecznego określenia kryteriów śmierci człowieka jako całości jest próbą niemożliwego: wyznaczenia granicy tam, gdzie nie ma granic, poszukiwania linii tam, gdzie są tylko półcienie, wskazania wydarzenia tam, gdzie są wyłącznie procesy.

Każda próba określenia kryteriów śmierci musi więc jawić się jako arbitralna, jeżeli patrzeć na nią w izolacji od wspierającej te kryteria koncepcji człowieka. Wybór kryteriów śmierci zależy w fundamentalny sposób od obranej koncepcji człowieczeństwa i tylko z tej perspektywy można mieć poczucie zasadności określonych kryteriów. Kryteria śmierci całego mózgu ujawniają docenienie integralności ludzkiej biologii z perspektywą pierwszej osoby; kryteria krążeniowo-oddechowe zachęcają do uprzywilejowania integralności biologicznych funkcji ludzkiego organizmu; kryteria śmierci opierające się na stwierdzeniu zaniku funkcji wyższych partii mózgu zachęcają zaś do postrzegania człowieka jako głównie perspektywy pierwszoosobowej.

Będąc świadectwem przywiązania do jednej z koncepcji człowieka, wybór kryteriów jego śmierci stawia lekarzy przed wyborem moralnym, który ma charakter samookreślenia indywidualnego i profesjonalnego. Każdy lekarz, który ma do czynienia z umierającymi, musi od tej pory opowiedzieć się za którąś z trzech koncepcji śmierci człowieka i w ten sposób zająć

stanowisko w sprawie tego, czym jest ludzkie życie i co stanowi o człowieczeństwie. Od tego z kolei, co lekarz uzna za ludzkie życie i istotę człowieczeństwa, zależeć będzie jego wyobrażenie o tym, czemu służy jego zawód i jakimi celami winien się kierować w swojej pracy.

W zależności od tego, którą koncepcję człowieka i jego śmierci lekarz wybierze, inne będą powinności lekarskie w sytuacjach zagrożenia życia i inaczej będzie trzeba definiować zagrożenie życia chorego. Lekarz przekonany do kryteriów krążeniowo-oddechowych uzna, że jego powinnością jest podejmowanie wszelkich działań, które podtrzymują oddychanie i krążenie pacjenta, a jego obowiązek ratowania życia będzie dotyczył życia biologicznego. Lekarz przywiązany do kryteriów śmierci całego mózgu będzie sądził, że zagrożeniem życia pacjenta będzie dezintegracja funkcji biologicznych człowieka lub zaniknięcie unikalnego pierwszoosobowego punktu widzenia. Swoją obowiązek ratowania życia będzie rozumiał jako ograniczony niemożnością podtrzymania istnienia osoby o biologii *Homo sapiens*. Natomiast lekarz przyjmujący kryteria związane z wyższymi strukturami mózgu za zagrożenie życia uzna zagrożenie nieodwracalną utratą świadomości, a obowiązek ratowania życia chorego będzie widział jako kończący się tam, gdzie zanika unikalna pierwszoosobowa perspektywa.

Wybór kryteriów śmierci człowieka angażuje w istotny sposób zapatrywania etyczne. Kryteria śmierci stwierdzają stan rzeczy, jakim jest zakończenie ludzkiego życia, ale czynią to na tle określonej aksjologii, antropologii i koncepcji lekarskiego profesjonalizmu, których wybór – oglądany *sub specie aeternitatis* – musi pozostać arbitralny z powodu napięcia, jakie tkwi w pojęciu śmierci człowieka, a w którym tkwi nieusuwalne napięcie między ciągłością biologii a nieciągłością zniknięcia pierwszoosobowej perspektywy.

ŚMIERĆ JAKO ANTY-FIZYKA „RZECZY OSTATECZNYCH”

ARTUR FILIPOWICZ

PAPIESKI WYDZIAŁ TEOLOGICZNY W WARSZAWIE
– COLLEGIUM BOBOLANUM

*Gdzież jest, o śmierci
twoje zwycięstwo?*

(1 List do Koryntian 15,55)

Śmierć towarzyszy człowiekowi przez całe życie. Dla każdego stanowi *mysterium tremendum*. Tajemnicę, którą człowiek próbuje wyjaśnić, zrozumieć, zinterpretować, ocenić. Dawniej śmierć przeżywano publicznie, w rodzinie, wśród przyjaciół, znajomych. Dziś umiera się w domach opieki i szpitalach, w odgrodzonych salach-umieralniach. Wypieranie śmierci doprowadziło przed laty do powstania nowej dziedziny wiedzy: *mortuary science*. „Wykorzystując różnorakie poglądy z psychologii, socjologii i estetyki oraz manipulując nimi, pragnie ona uchronić rodzinę i przyjaciół zmarłego przed rzeczywistym doświadczeniem śmierci, co przyczynia się jeszcze bardziej do jej wypierania”¹.

W dzisiejszym świecie pojawia się potrzeba „przystrojenia” śmierci w maskę znośności. Umieraniu poświęca się niewiele uwagi. Wyjątek stanowią widowiska, spektakle, filmy, gry komputerowe, w których „dobry bohater” zabija „złych” ludzi. Media nie stronią też od informowania o ludzkiej śmierci na wojennych frontach, podczas zamachów terrorystycznych, kataklizmów i klęsk żywiołowych. Publikują nekrologii zmarłych. Promują wirtualne nekropolie. Reklamują terapie powstrzymujące starzenie, przedłużające życie. W tym ostatnim przypadku uwidacznia się proces

¹ G. Greshake, *Życie silniejsze niż śmierć. O nadziei chrześcijańskiej*, tłum. J. Kubaszczyk, Poznań 2010, s. 59–60.

medykalizacji śmierci. Wraz z rozwojem i wdrażaniem nowych technik leczniczych zaczęto wierzyć, że medycyna potrafi skutecznie wydłużyć ludzkie życie².

A przecież śmierć jest nauczycielką powagi. Jej bliskość nadaje życiu głębię. Droga do przezwyciężenia lęku przed śmiercią nie polega na jej wypieraniu, negowaniu, eliminacji. Polega raczej na zaakceptowaniu nieuchronności kresu ludzkiego życia. Człowiek jest jedyną istotą na świecie, która nie tylko umiera, ale wie o tym i dlatego może zająć jakąś postawę wobec śmierci. „Człowiek może zamykać oczy na własną śmierć, może śmierci wybiegać naprzeciw, może nadawać jej wybrane znaczenia i może wreszcie dokonywać metafizycznego rozstrzygnięcia, odnośnie tego, co go czeka”³. Realność śmierci uświadamia każdemu, że ma ograniczony czas do dyspozycji i dlatego powinien wytyczać w swym życiu jasne cele, priorytety. Nadawać mu głębszy sens.

1. ESCHATOLOGICZNE IMPONDERABILIA

Człowiek nie dysponuje bezpośrednim doświadczeniem śmierci. Umieranie – nie jest jeszcze śmiercią. Poprzedza ją. Sama zaś agonia ukrywa proces umierania. Po śmierci, organy, tkanki, komórki mogą być sztucznie podtrzymywane – ale życie nie jest już możliwe.

Zewnętrzny aspekt umierania poddaje się obserwacjom medycyny. Adoptuje ona osiągnięcia współczesnej psychologii, socjologii a nawet filozofii do leczenia pacjentów terminalnych. Wykorzystuje terapie uśmierzające

2 M. Blaza, *Przemilczane i niemodne. Trudne tematy w nauczaniu oraz praktyce Kościoła katolickiego*, *Przegląd Powszechny* 2011 nr 11, s. 31.

3 J. Tischner, *Prolegomena chrześcijańskiej filozofii śmierci*, w: Tenże, *Świat ludzkiej nadziei*, Kraków 2005, s. 251.

ból i cierpienie chorego. Łagodzi jego lęki tanatyczne. Medycyna potrafi stwierdzić zanik głównych funkcji życiowych. Określić moment śmierci klinicznej, okresu interletalnego i śmierci biologicznej. Nie leży jednak w jej kompetencjach opisywanie „duchowego krajobrazu”, wyłaniającego się w chwili biologicznej śmierci człowieka.

Odmienne jest w przypadku religii. Traktuje ona śmierć biologiczną jako metafizyczny moment oddzielenia się duszy od ciała. Próbuje, w odróżnieniu od nauk biomedycznych, inaczej zmierzyć się z ostatecznością śmierci. Zrozumieć ją nie jako fenomen przychodzący do umierającego „z zewnątrz”, ale dotykający człowieka niejako „od wewnątrz”. Problem śmierci związany jest zresztą z samą naturą religii. Świadomość końca ludzkiej egzystencji była katalizatorem jej powstania. Religia zrodziła się jako protest człowieka wobec ostatecznego kresu. Proponuje ona wyzwolenie od śmierci, przeżywanej jako radykalne zło⁴. Śmierć, w optyce religijnej, nie jest jednak końcem ludzkiej egzystencji. Stanowi raczej przejście ze „starego” do „nowego”, innego etapu życia. Różne religie odmiennie wyjaśniają fakt śmierci a także rodzaj trwania „życia po życiu”⁵. Interesującą i egzystencjalnie ważną interpretację proponują religie monoteistyczne: chrześcijaństwo, judaizm, islam⁶.

W szczególny sposób podchodzi do śmierci chrześcijaństwo. W chrześcijaństwie jest ona postrzegana jako skutek grzechu pierworodnego. Jej przezwyciężenie stało się możliwe dzięki Mesjaszowi, Odkupicielowi człowieka⁷. „W Jego zmartwychwstaniu, ukazało się zwycięstwo życia nad śmiercią”⁸.

4 J. Le Goff, „*Escatologia*”, *Storia e memoria*, Torino 1982, s. 270–277.

5 A. Zwoliński, *Śmierć kliniczna*, Radom 2007, s. 153–182.

6 Na świecie żyje ok. 3 mld 814 mln wyznawców religii monoteistycznych: 2,2 mld chrześcijan, 1,6 mld muzułmanów i 14 mln wyznawców judaizmu. Por. Pew Research Center, *The Global Religious Landscape. A Report on the Size and Distribution of the World's Major Religious Groups as of 2010*, Washington D.C., 2012, s. 9.

7 J. Alfaro, *Rivelazione cristiana, fede e teologia*, Brescia 1986, s. 63–64.

8 T. Kotlewski, *Garść nadziei*, Łódź 2005, s. 38–39.

Na przestrzeni prawie dwóch tysiącleci chrześcijaństwo dokonało pogłębionej refleksji teologicznej na temat umierania, śmierci i pośmiertnego życia człowieka. Należy jednak pamiętać, że wszystkie wypowiedzi eschatologiczne – czyli te, które dotyczą przyszłości człowieka po śmierci – są jedynie prospektywną ekstrapolacją centralnej prawdy chrześcijaństwa o zwycięstwie Chrystusa nad złem i śmiercią. Chodzi zatem o prognozę dotyczącą ostatecznych konsekwencji tego zwycięstwa. Elementem pewnym prognozy (pewność teologiczna) jest to, że zwycięstwo już nastąpiło, dokonało się nieodwołalnie. Element niepewny jest związany z ludzką wolnością, z otwartością przyszłości. Dotyczy nie tego „czy” zwycięstwo nastąpi, lecz tego, „jak” się ono dokona. Otwarte pytanie dotyczące „jak” się objawi zwycięstwo Chrystusa nad złem, znajdzie odpowiedź dopiero w przyszłości⁹. Teolog wie, że nie może traktować eschatologicznych wypowiedzi Biblii „dosłownie”, jako gotowego scenariusza przyszłych wydarzeń. Może jedynie na ich podstawie wskazywać pewne kierunki, rozwiązania, interpretacje. Próbować zrozumieć *mysterium mortis*. Zbliżyć się do tej wielkiej tajemnicy. Dostrzec nowe niezgłębione jeszcze horyzonty¹⁰.

W ciągu ostatnich kilkudziesięciu lat uwagę teologów chrześcijańskich, zwłaszcza katolickich, zwrócił sam moment śmierci. Zaproponowali oni zmianę dotychczasowej perspektywy patrzenia na śmierć i następujące po niej wydarzenia. Zasugerowali odejście od „fizyki rzeczy ostatecznych”. Zastąpienie jej elementami bardziej teologicznymi i personalistycznymi¹¹. Śmierć bowiem jest przeżyciem osobowym całego człowieka (ciała i duszy), nie tylko ciała. W chwili śmierci dochodzi też do najważniejszego spotkania

9 K. Rahner, *Sulla teologia della speranza. Nuovi saggi III*, Roma 1969, s. 636–638.

10 H.U. Balthasar von, *Breve discorso sull'inferno*, Brescia 1993, s. 22–24, 30.

11 Y. Congar, *Il purgatorio*, w: A.M. Roguet (red.), *Il mistero della morte*, Alba 1958, s. 246.

z Bogiem. „W niej człowiek nie może już przejść obok Niego obojętnie. Musi się zdecydować tak, albo tak”¹².

Nic dziwnego, że teolodzy postanowili zaadoptować do momentu śmierci pojęcie „zmiany natychmiastowej”, w której etapy poprzedzające śmierć i następujące po niej wzajemnie się zazębiają. Tworzą jedność. Zaczęto więc śmierć rozpatrywać nie tylko jako cierpienie, lecz także jako osobowe doświadczenie umierającego, moment w którym osiąga duchową doskonałość¹³. W śmierci ludzkie życie i czas stają się wiecznością. „Bóg i człowiek wypowiadają w niej swoje ostatnie słowo, które pozostaje, które już nigdy nie przebrzmi, lecz zatrzyma się w uszach i w sercu teraz i na wieki”¹⁴. A zatem człowiek, choćby nawet w ostatnim momencie życia, ma możliwość opowiedzenia się za Bogiem, wybrania Go lub odrzucenia. Może podjąć w ten sposób decyzję rozstrzygającą o własnym losie w wieczności. Nikt bowiem w ciągu życia nie „posiada” w pełni siebie. Przeciwnie, człowiek żyje w ustawicznych rozterkach, wahaniach, niepewności. Dopiero w chwili śmierci jest w stanie definitywnie pozbyć się obcości swego bytu. Wtedy dopiero może całkowicie spotkać Boga w Chrystusie, podjąć wobec Niego ostateczną decyzję.

2. ŚMIERĆ UDZIAŁEM W ŚMIERCI CHRYSTUSA

Dla chrześcijan śmierć jest konsekwencją grzechu pierworodnego. Z tego powodu pierwsi ludzie utracili nieśmiertelność ciał, która była darem Boga. Bóg uzależnił bowiem niezniszczalność ciała od przestrzegania nakazu jaki wyznaczył człowiekowi: „z drzewa poznania dobra i zła nie wolno ci jeść,

12 L. Boros, *Istnienie wyzwolone. Rozważania teologiczne*, tłum. B. Białecki, Warszawa 1971, s. 91.

13 A.S. Nowicki, *Podstawy chrystologiczne Borosowej koncepcji wydarzenia śmierci*, „Śląskie Studia Historyczno-Teologiczne” 2004 nr 2, s. 73.

14 K. Rahner, *Kiedy się modlisz*, tłum. A. Morawska, Paris 1968, s. 132.

bo gdy z niego spożyjesz, niechybnie umrzesz” (Rdz 2,17)¹⁵. W tym sformułowaniu nie chodziło o nagłą śmierć. Raczej o konieczność „umierania” jako skutku nieposłuszeństwa, o śmierć duchową¹⁶. Śmierć stała się odtąd oddaleniem od Boga, zerwaniem z Nim relacji (zaufania), samotnością. Na skutek grzechu pojawiły się choroby i cierpienie oraz świadomość własnej indywidualnej skończoności. Być może ostrzeżenie skierowane do Adama i Ewy można zinterpretować jako postawienie warunku: jeśli człowiek będzie grzeszył, będzie podlegał śmierci. Taki jest sens wyroku wydanego przez Boga na człowieka: „w pocie więc oblicza twego będziesz musiał zdobywać pożywienie, póki nie wrócisz do ziemi, z której zostałeś wzięty; bo prochem jesteś i w proch się obrócisz” (Rdz 3,19). Wyrok ten „przeszedł” na całą ludzkość. Wspomina o tym św. Paweł w Liście do Rzymian: „jak przez jednego człowieka grzech wszedł na świat, a przez grzech śmierć, w ten sposób śmierć przeszła na wszystkich ludzi, ponieważ wszyscy zgrzeszyli” (Rz 5,12). Stąd śmierć, będąca karą za grzech, jest zaskoczeniem z zewnątrz, rozdwójaniem, zburzeniem dotychczasowej harmonii.

Tragicznej śmierci spowodowanej grzechem pierworodnym Biblia przeciwstawia śmierć Jezusa, pełną nadziei i ufności. On sam dobrowolnie przyjął śmierć na siebie i w ten sposób wyzwolił ludzkość z niewoli grzechu pierworodnego. Obdarzył człowieka „prawdziwą” nieśmiertelnością, czyniąc jego naturę nieśmiertelną. Odtąd śmierć każdego nabrała sensu, ponieważ koniec ludzkiej egzystencji stał się współudziałem w śmierci Chrystusa a zarazem początkiem nowego życia¹⁷. „Jeżeliśmy bowiem z Nim współumarli, wspólnie z Nim i żyć będziemy” (2 Tm 2,11). Chrystus przez swoją mękę pokonał zło i śmierć. Wprowadził w swoje człowieczeństwo łaskę

15 Cytaty biblijne za Biblią Tysiąclecia: *Biblia Tysiąclecia. Pismo Święte Starego i Nowego Testamentu*, Poznań 1999.

16 A. Jankowski, *Mysterium mortis. Synteza biblijnej nauki o śmierci*, „Ruch Biblijny i Liturgiczny” 1978 nr 1, s. 10.

17 A. Nossol, *Historiozbawcze znaczenie śmierci*, „Ateneum Kapłańskie” 1980 nr 1, s. 35.

zmartwychwstania i uwielbionego ciała. Przez człowieczeństwo Chrystusa stała się ona udziałem każdego człowieka oraz wewnętrzną zasadą wszechświata¹⁸. Dzięki temu, mimo że „człowiek zewnętrzny” (czyli ludzkie ciało) umiera, to „człowiek wewnętrzny” (czyli dusza) odnawia się z każdym dniem. „To bowiem, co widzialne, przemija, to zaś, co niewidzialne, trwa wiecznie. Wiemy bowiem, że jeśli nawet zniszczy nasz przybytek doczesnego zamieszkania, będziemy mieli mieszkanie od Boga, dom nie ręką uczyniony, lecz wiecznie trwały w niebie” (2 Kor 4,16-5,1). Wiecznie trwały dom w niebie – czyli ciało zmartwychwstałe, chwalebne, duchowe¹⁹.

Każda ludzka śmierć, od czasu śmierci Chrystusa, stanowi „bramę” do nowego życia. Jest wprawdzie nieuniknioną koniecznością, „ostatnim wrogiem” (1 Kor 15,26), lecz zarazem „przyjacielem”. Umarły nie znika bezpowrotnie. Śmierć go nie unicestwia. Przeciwnie, chcąc zobaczyć Boga – musi najpierw umrzeć²⁰.

Nie bez powodu chrześcijanie uważają śmierć za *dies natalis* – „dzień narodzin dla nieba”, analogicznych do narodzin człowieka. Podczas narodzin dziecko jest jakby wyrwane z bezpiecznego miejsca, które dotąd było dla niego schronieniem. Zostaje wystawione na zagładę. Równocześnie jednak otwiera się przed nim nowy świat, odmienny od dotychczasowego. Podobnie jest w śmierci. Nie jest ona dla człowieka unicestwieniem, ale „widzialnym znakiem niewidzialnych narodzin”²¹, dniem zjednoczenia z Bogiem, bycia z Nim na wiečność, dniem zbawienia. Sam Chrystus wskazuje na to mówiąc, że kto „pragnie zdobyć siebie, musi siebie utracić” (Łk 9,24), a kto wierzy w Boga „ma życie wieczne i nie idzie na sąd, lecz z śmierci prze-

18 K. Rahner, *Schriften zur Theologie: Neuere Schriften*, t. 4, Einsiedeln, Benziger 1960, s. 429–437.

19 J. Stępień, *Teologia św. Pawła*, Warszawa 1978, s. 228.

20 O. Cullmann, *Immortalità dell'anima o risurrezione dei morti? La testimonianza del Nuovo Testamento*, Brescia 1986, s. 27.

21 T. Ponikło, *Józef Tischner myślenie według miłości. Ostatnie słowa*, Kraków 2013, s. 97.

szedł do życia” (J 5,24). Każdy umierający uczestniczy zatem w śmierci Chrystusa, ponieważ w ludzkiej śmierci – umiera Chrystus²². I dlatego tylko On może stanowić istotną odpowiedź na pytanie o sensowność śmierci.

3. ŚMIERĆ SAKRAMENTEM RZECZY OSTATECZNYCH

W momencie śmierci ważą się losy wieczności człowieka. Sama zaś śmierć jest znakiem w którym dokonuje się rzeczywistość ponadczasowa. Z jednej strony w śmierci rozgrywa się ludzki dramat, z drugiej objawia się łaska i miłość Boga. Śmierć jako widzialny znak Jego niewidzialnej łaski można z powodzeniem nazwać „sakramentem rzeczy ostatecznych”, sakramentem śmierci.

Każdy sakrament ma wymiar duchowy. Oznacza wewnętrzną łaskę i przez spełnienie sakramentu jej udziela²³. Sakramenty bowiem są skutecznymi znakami łaski, ustanowionymi przez Chrystusa, za pomocą których człowiek otrzymuje życie Boże. Skoro Chrystus okazał w swojej śmierci swą „sakramentalność”, to śmierć człowieka można określić mianem „sakramentu życia”²⁴. Wszystkie zresztą sakramenty włączają człowieka w mękę, śmierć i zmartwychwstanie Chrystusa²⁵. Są jednocześnie znakami nadziei, która się spełni po śmierci. W każdym sakramencie Bóg skutecznie zbliża się do człowieka²⁶. Spotyka go, rozmawia, zawiera przymierze.

22 G. Moiola, *L'“Escatologico” cristiano*, Milano 1994, s. 193–194.

23 M. Błaza, D. Kowalczyk, *Traktat o sakramentach*, w: E. Adamiak, A. Czaja, J. Majewski (red.), *Dogmatyka*, t. 5, Warszawa 2007, s. 237.

24 A. Nossol, art. cyt., s. 38.

25 J. Szymik, „...et sacrum characterem imprimi...” *Historyczno-systematyczny zarys teologii charakteru sakramentalnego*, w: Tenże, *Teologia na początek wieku*, Katowice-Ząbki 2001, s. 170.

26 W. Hryniewicz, *Nasza Pascha z Chrystusem. Zarys chrześcijańskiej teologii paschalnej*, t. 2, Lublin 1987, s. 285–290.

Sakramentalność śmierci nie polega więc na tym, że jest ona kolejnym sakramentem. Polega raczej na ukazaniu związku jaki istnieje między śmiercią a pozostałymi sakramentami, które wpływają na „bycie-ku-śmierci” człowieka, przygotowują go do ostatecznego spotkania z Chrystusem²⁷.

Związek ten uwidacznia się szczególnie w trzech sakramentach: chrztu, Eucharystii i namaszczenia chorych. Chrzest jest sakramentalnym początkiem śmierci, inicjuje w człowieku życie łaski. Rozpoczyna się odtąd wspólnota śmierci (Chrystusa i człowieka) w doczesnym życiu, dająca zarazem wierzącemu życie wieczne²⁸. Wspólnotę cierpienia i śmierci z Chrystusem ukazuje i pogłębia z kolei sakrament Eucharystii. Jednocześnie poprzez ten sakrament, człowiek w doczesności spotyka i jednoczy się ze zmartwychwstałym Chrystusem²⁹. Spotkanie to i zjednoczenie jest zapowiedzią spotkania i zjednoczenia się z Bogiem w śmierci. W niej osiąga swą pełnię wszystko „co w ciągu całego życia dokonywało się za pośrednictwem poszczególnych sakramentów. Ustaje ekonomia znaków, będąca pod pewnym względem jedynie obrazem i cieniem rzeczywistości niebieskich”³⁰. Do istotnego spotkania z Chrystusem cierpiącym, umierającym i zmartwychwstałym dochodzi także w sakramencie namaszczenia chorych. Podczas tego spotkania chory może połączyć swoje cierpienia a nawet śmierć z cierpiącym i umierającym Chrystusem³¹.

Śmierć jest obecna we wszystkich sakramentach. Można ją więc nazwać „sakramentem podstawowym”, ponieważ jest ona największym, najważniejszym, najgłębszym spotkaniem człowieka z Bogiem. To właśnie śmierć koncentruje na sobie całą historię człowieka. Obejmuje wszystkie inne z Nim

27 W. Hryniewicz, *Bóg naszej nadziei. Szkice teologiczno-ekumeniczne*, t. 1, Opole 1989, s. 210.

28 Benedykt XVI, Encyklika *Spe salvi*, Rzym 2007, nr 10.

29 M. Blaza, D. Kowalczyk, dz. cyt., s. 355–356.

30 Tamże.

31 W. Hryniewicz, *Nadzieja zbawienia dla wszystkich. Od eschatologii lęku do eschatologii nadziei*, Warszawa 1989, s. 143.

spotkania. Jeszcze raz namawia do podjęcia decyzji. „Fizyczny kontakt z człowieczeństwem Chrystusa osiąga w śmierci swą ostateczną moc, cała bowiem spontaniczność duchowa człowieka i całościowo przeżyty wszechświat stają się manifestacją Chrystusa”³². Dlatego też śmierć jest pierwszym w pełni osobowym aktem człowieka, w którym wyzbywa się on tymczasowości i osiąga ostateczność bytu, spotyka Boga, podejmuje decyzję o swym wiecznym losie.

4. ŚMIERĆ OSOBOWYM AKTEM CZŁOWIEKA

Człowiek, podczas swego życia nie jest w pełni sobą. Jest pielgrzymem. Dojrzewa do nowego życia. „Żyje niejako przed sobą i dlatego nigdzie nie potrafi się zebrać, aby nadać sobie kształt ostateczny”³³. Ciągłe jest „nie-dokończony”. Ustawicznie wzrasta w doskonałości wewnętrznej. Utrata „zewnątrznosci” (tego, co cielesne) wpływa na rozwój wewnętrzny (to, co duchowe). Życie jako proces polega na przemianie „zewnątrznosci” w „wewnętrznosc”. Między tymi biegunami ludzkiego „ja” istnieje specyficzna konwergencja. Im większej degradacji ulegnie cielesność, tym bardziej może się rozwinąć duchowość człowieka³⁴. Im więcej przejdzie on w swym życiu ciężkich chwil, kryzysów, tym więcej się nauczy i wewnętrznie rozwinię³⁵. Każdy życiowy kryzys zwiastuje bowiem „kryzys samego życia”, czyli śmierć, która nie ominie nikogo.

Od chwili narodzin „człowiek zewnętrzny” musi się mierzyć z trudnymi sytuacjami. Narodziny są pierwszym kryzysem, jakiego doświadcza w ży-

32 L. Boros, *Mysterium mortis. Człowiek w obliczu ostatecznej decyzji*, tłum. B. Białecki, Warszawa 1974, s. 173.

33 L. Boros, *Istnienie wyzwolone. Rozważania teologiczne*, dz. cyt., s. 91.

34 J. Daniélou, *La risurrezione*, Torino 1970, s. 116–119.

35 E. Kübler-Ross, *Koło życia. Rozważania o życiu i umieraniu*, tłum. J. Korpany, Warszawa 2010, s. 18–19.

ciu. Życiowe problemy, wraz ze zbliżaniem się do wieku adolescencji, zaczynają doskwierać młodemu człowiekowi. Ich kumulacja prowadzi u niego do powstania drugiego kryzysu – „kryzysu dojrzewania”. Jego przezwyciężenie daje człowiekowi szansę zbudowania własnej postawy wobec siebie, innych ludzi, otaczającego świata. Tworzenie nowej postawy życiowej zależy jednak od chęci zmiany dotychczasowego sposobu istnienia. Kryzys więc stanowi szansę dawaną przez „zewnętrzność” – człowiekowi „wewnętrznemu”, szansę narodzin własnego człowieczeństwa. Jeśli człowiek dobrowolnie podąży w tym wewnętrznym kierunku, otworzą się przed nim nowe możliwości. Stanie się sobą, dojrzałym, świadomym, wolnym, twórczym i aktywnym człowiekiem. Z biegiem lat, niepostrzeżenie dopada go jednak trzeci kryzys – „kryzys doświadczenia”, związany z „szarością” życia, jego monotonią, rutyną, tęsknotą za „straconymi i niewykorzystanymi okazjami”. Gdy uda się wówczas człowiekowi osiągnąć wewnętrzną równowagę i spokój – zbuduje w sobie dojrzałego człowieka. Taki człowiek nie żyje iluzjami. Jest świadomy, że istnieje w świecie, w którym złe rzeczy przytrafiają się zazwyczaj dobrym ludziom. Mimo to stara się uczynić coś wartościowego dla siebie i innych. Wraz z upływem czasu jego siły vitalne słabną. Zaczynają odmawiać mu posłuszeństwa. Pojawia się wówczas czwarty życiowy kryzys – „kryzys starości”. Człowiek jest coraz bardziej świadomy stanu przemijania. Świat wymyka mu się z rąk. Maleją siły „zewnętrznego człowieka”, ale rośnie „człowiek wewnętrzny”. Jeśli komuś uda się przezwyciężyć „kryzys starości” – narodzi się w nim człowiek duchowy: pełny wewnętrznej harmonii, cierpliwości, spokoju i łagodności. Człowiek duchowy potrafi bowiem przemienić całą energię życiową w osobę. Wreszcie, u kresu życia pojawia się ostatni piąty kryzys – „kryzys śmierci”. Jeśli człowiek się z nimi upora, doprowadzi „w sobie” do optymalnego rozwoju „wewnętrznego człowieka”³⁶.

36 L. Boros, *Mysterium mortis. Człowiek w obliczu ostatecznej decyzji*, dz. cyt., s. 62–65.

W trakcie swojego życia każdy ma szansę pokonania kryzysów. Dokonując fragmentarycznych wyborów – rzutuje siebie w przyszłość. Nie potrafi jednak podjąć decyzji ostatecznej. Nie może jej podjąć, ponieważ nie jest jeszcze w pełni osobą. Stanie się nią z upływem czasu, zaś osobową pełnię uzyska dopiero w chwili śmierci – gdy doczesność zetknie się z wiecznością w sposób nieodwracalny, gdy dojdzie do całkowitego przeniknięcia się „zewnątrznosci” i „wewnątrznosci”, do rozstania się „człowieka wewnętrznego” z „człowiekiem zewnętrznym”³⁷. Wtedy „zaczną gromadzić się prądy życia człowieka: nareszcie ‘jest’, nie żyje już jak rwący w dal potok górski, lecz jak spokojne jezioro górskie, klarowne i głębokie, odbijające w swej pełni cały świat”³⁸.

W momencie śmierci rozpoczyna się życie będące intensywnie przeżywaną terażniejszością. Moment ten gromadzi w całość wszystko, co było rozproszone w życiu doczesnym. W śmierci człowiek osiąga pełnię swej istoty. W utracie „zewnątrznosci” odzyskuje swoją „wewnątrznosc”. „Dysponuje całością swego konkretnego bytu w sposób tak radykalny i skuteczny, jak nigdy dotąd nie było dlań możliwe”³⁹. Człowiek w chwili śmierci, po raz pierwszy w życiu, osiąga stan pełnej wolności, doskonałej świadomości. Śmierć jest jakby ich ukoronowaniem⁴⁰. W niej kondensuje się spektrum poprzednich decyzji człowieka⁴¹. W momencie śmierci, uwalniając się od wszelkich ograniczeń, krępujących za życia jego wolność i zaciemniających umysł, może on w pełni wybrać lub odrzucić Boga. W chwili podejmowania końcowej decyzji człowiek staje się po raz pierwszy wolny. Nie zapada ona ani przed śmiercią, ani po śmierci, lecz tylko i wyłącznie w momencie

37 O. Cullmann, *Immortalità dell'anima o risurrezione dei morti? La testimonianza del Nuovo Testamento*, dz. cyt., s. 23–27.

38 L. Boros, *Istnienie wyzwolone. Rozważania teologiczne*, dz. cyt., s. 92.

39 J. Piepper, *Śmierć i nieśmiertelność*, tłum. A. Morawska, Paris 1970, s. 126.

40 L. Boros, *Mysterium mortis. Człowiek w obliczu ostatecznej decyzji*, dz. cyt., s. 9.

41 R. Troisfontaines, *Je ne meurs pas...*, Paris-Namur 1960, s. 138.

śmierci. Tego momentu nie da się jednak określić, obserwując go oczami zewnętrznego obserwatora⁴².

Trudno sobie wyobrazić, aby ostateczna decyzja zapadała przed śmiercią, w stanie agonii. W czasie, gdy człowiek nie potrafi jeszcze podjąć pierwszego, pełnopersonalnego aktu swojego życia. Ale także końcowa decyzja nie może się dokonać po śmierci, kiedy już nie jest on w stanie podjąć żadnego w pełni osobowego aktu. Decyzja ostateczna zapada na pograniczu życia i śmierci, na granicy między „dwoma światami”, w ostatnim momencie „przed” i w pierwszym momencie „po” śmierci⁴³.

Moment tuż „przed” i tuż „po” śmierci jest końcową decyzją człowieka, którą tylko on może podjąć. Jest wyborem definitywnym, nieodwracalnym, trwającym w wieczności. W przeciwieństwie do dotychczasowych decyzji podjętych w doczesności, pośpiechu, rozdwojeniu „teraz akt staje się bytem, decyzja stanem, a czas wiecznością”⁴⁴. Trudno bowiem przypuszczać, by życie wieczne zależało od jakiegoś nieszczęśliwego wypadku, nagłej i nieoczekiwanej śmierci, bez uwzględnienia dobrowolnej decyzji człowieka o jego przyszłym losie. Jeśli człowiek „ma zdobyć niebo, musi choć raz posiadać tę możliwość, aby stanąć przed Bogiem i opowiedzieć się za nim całą swoją istotą, w sposób niezależny i wolny, całą swoją w pełni ludzką rzeczywistością, sprowadzającą się jednocześnie do tego, co w jego bycie istotne. Jednakże, aby to mógł osiągnąć, pozbawić go trzeba wszystkiego, z czym związany jest każdym włóknem swej ziemskiej rzeczywistości. Raz muszą opaść wszystkie maski i skończyć się muszą wszystkie role, które człowiek odgrywa przed światem i sobą”⁴⁵.

42 L. Boros, *Istnienie wyzwolone. Rozważania teologiczne*, dz. cyt., s. 90.

43 E. Brunner, *L'eternità come futuro e tempo presente*, Bologna 1973, s. 206.

44 L. Boros, *Mysterium mortis. Człowiek w obliczu ostatecznej decyzji*, dz. cyt., 89.

45 L. Boros, *Istnienie wyzwolone. Rozważania teologiczne*, dz. cyt., s. 93.

O wieczności człowieka decyduje on sam, jego ostateczna decyzja – podjęta świadomie i w sposób wolny. Zależy ona jednak od dotychczasowych wyborów człowieka. Bazuje na wcześniejszych decyzjach. To życie tworzy w człowieku „pochyłość za Bogiem lub przeciw Niemu”⁴⁶. Nie jest ono bez znaczenia. Ale nawet jeśli w którymś życiu pojawił się jakikolwiek „brud”, nie „plami” go na wieczność, jeśli człowiek w doczesności pozostawał przynajmniej ukierunkowany na Chrystusa, prawdę, miłość⁴⁷. Przygotowywanie końcowej decyzji jest wręcz istotną cechą ludzkiej egzystencji. Każde najdrobniejsze, niezauważalne fragmentaryczne decyzje życiowe, każdy „okruch dobra”, z których wyłania się kierunek i styl życia człowieka, posiadają znaczenie dla życia wiecznego.

Człowiek w momencie śmierci staje przed Chrystusem⁴⁸. Ma niepowtarzalną szansę zajęcia ostatecznego stanowiska wobec Boga. Może Go wybrać lub odrzucić⁴⁹. Podczas tego spotkania człowiek nie jest wyłącznie biernym uczestnikiem wydarzenia, wyczekującym na wyrok jaki wobec niego zapadnie. Jest własnym sędzią. „Kto w śmierci wypowie ‘tak’ swojego życia, ten nie będzie potępiony. Ale kto na miłość Chrystusa odpowie słowem ‘nie’, sam już się potępił”⁵⁰.

Wobec ostatecznej decyzji stają osoby wierzące, agnostycy i ateści. Nawet ci, którzy przez swoje życie odrzucali istnienie Boga, uważając Go za „zbiorową histerię”, wytwór wyobraźni, kompensację ludzkich lęków i tęsknot. Życie wieczne jest darem Boga. Jednakowe szanse mają sprawiedliwi i ci, którzy zrozumieli swoje błędy w ostatniej chwili. „Czy mi nie wolno uczynić ze swoim, co chcę? Czy na to złym okiem patrzysz, że ja jestem dobry?” (Mt 20,15). Końcowego wyboru mogą

46 J. Nowak, *Śmierć jako w pełni personalny akt człowieka w świetle koncepcji ostatecznej decyzji*, „Studia Teologiczno-Historyczne Śląska Opolskiego” 2013 nr 33, s. 237–239.

47 Benedykt XVI, Encyklika *Spe salvi*, dz. cyt., nr 47.

48 Benedykt XVI, Encyklika *Spe salvi*, dz. cyt., nr 47.

49 K. Rahner, *Kiedy się modlisz*, dz. cyt., s. 132–133.

50 L. Boros, *Istnienie wyzwolone. Rozważania teologiczne*, dz. cyt., s. 100.

dokonać także osoby chore i zaburzone psychicznie, niepełnosprawne umysłowo, a nawet nienarodzone dzieci. Wszyscy oni w momencie śmierci uzyskają możliwość osiągnięcia dojrzałości ludzkiego bytu, podjęcia świadomej i wolnej decyzji⁵¹.

Życie każdego człowieka nieuchronnie prowadzi do śmierci. Jest ona szczytowym momentem rozwoju osoby. Osiągnięciem przez nią pełni człowieczeństwa. W chwili śmierci następuje intensyfikacja aktywności „wewnętrznego”, duchowego człowieka. Ponieważ śmierć jest najważniejszym czynem osobowym, najistotniejszym aktem ludzkiej świadomości i wolności.

W śmierci człowiek spotyka Boga, który zarazem jest Miłosierdziem. Wypowiedziane wobec Niego „tak” – staje się dla człowieka niebem. Wypowiedziane „nie” – piekłem⁵². To w śmierci decydują się przyszłe losy człowieka. Dopiero wtedy staje się on ostatecznie dorosły, świadomy, wolny, niczym nie skrępowany, gotowy do podjęcia końcowej decyzji. Podejmując ją, dokonuje tym samym najgłębszego spotkania Chrystusa w swoim życiu.

5. ŚMIERĆ POCZĄTKIEM ZMARTWYCHWSTANIA?

Wiara w zmartwychwstanie umarłych, była od początku istotnym elementem chrześcijaństwa⁵³. Według współczesnych teologów moment śmierci byłby nie tylko podjęciem ostatecznej decyzji. Zapoczątkowywałyby także zmartwychwstanie człowieka⁵⁴. W związku z tym teolodzy wysuwają

51 M. Schmaus, *Der Glaube der Kirche. Handbuch katholischer Dogmatik*, t. 2, München 1970, s. 766.

52 R. Troisfontaines, *Je ne meurs pas...*, dz. cyt., s. 146.

53 *Katechizm Kościoła Katolickiego*, Poznań 1994, nr 991.

54 J. Bolewski, *Stare i nowe w eschatologii*, *Collectanea Theologica* 1979 nr 1, s. 196.

hipotezę o „zmartwychwstaniu w śmierci”⁵⁵. Oznaczałoby to, że „noc” śmierci byłaby dla człowieka zarazem „dniem” zmartwychwstania.

Tradycja teologiczna wiąże zmartwychwstanie człowieka z końcem świata i Paruzją, czyli powtórным przyjściem Chrystusa na Ziemię w nieokreślonej czasowo chwili. W momencie śmierci dochodzi do odłączenia duchowej i nieśmiertelnej duszy od ciała⁵⁶. Oddzielona od ciała dusza, po śmierci lub po uprzednim oczyszczeniu, może mieć możliwość oglądania Boga lub może być tego oglądu pozbawiona⁵⁷. Trwa jednak w stanie oddzielenia aż do momentu Paruzji, kiedy znów połączy się z przemienionym i odnowionym ciałem. Zmartwychwstanie, które nastąpi w momencie końca świata, będzie ponownym połączeniem duszy i przemienionego, uwielbionego ciała⁵⁸.

Współcześni teolodzy zauważają jednak, iż tradycyjna teologia niewystarczająco nawiązywała do antropologii chrześcijańskiej, podkreślającej integralność duchowo-cieleśnej natury człowieka⁵⁹. Biblię charakteryzuje przecież swoisty „monizm” antropologiczny. W opisie stworzenia człowieka zostaje uwytłumaczona jego niepodzielna „całość”. Człowiek nie jest skomponowany z duszy i ciała. Stanowi jedną „istotę żywą” (Rdz 2,7). Ciało nie jest więzieniem dla duszy. Tworzy z nią jedność, widzialny obraz niewidzialnego Boga⁶⁰. Pismo Święte, mówiąc o duszy, ma na myśli człowieka jako „całość”.

55 P. Benoit, *Risurrezione alla fine dei tempi o subito dopo la morte?*, *Concilium* 1970 nr 10, s. 131–143.

56 Międzynarodowa Komisja Teologiczna, *Aktualne problemy eschatologii*, w: J. Królikowski (red.), *Od wiary do teologii. Dokumenty Międzynarodowej Komisji Teologicznej 1969–1996*, Kraków 2000, s. 319.

57 S. Głowa, I. Bieda, *Breviarium Fidei. Wybór doktrynalnych wypowiedzi Kościoła*, Poznań 1997, wyd. 8, s. 108.

58 Kongregacja Nauki Wiary, *O niektórych zagadnieniach dotyczących eschatologii*, w: J. Królikowski, Z. Zimowski (red.), *W trosce o pełnię wiary. Dokumenty Kongregacji Nauki Wiary 1966–1994*, Tarnów 1995, s. 129–132.

59 M. Błaza, *Wierzę w życie wieczne*, *Przegląd Powszechny* 2012 nr 11, s. 53.

60 J. Ratzinger, *Wierzę w Boga Ojca Wszechmogącego*, *Communio* 1982 nr 1, s. 3–4.

Stąd biblijna nadzieja nieśmiertelności nie odnosi się do duszy oddzielonej od ciała, ale jest nadzieją nieśmiertelności całego człowieka⁶¹.

Dlatego człowiek to „cielesna duchowość” a zarazem „uduchowiona cielesność”. Bez tej wzajemnej relacji dusza nie byłaby duszą, a ciało – ciałem⁶². Uwolnienie się zatem duszy od cielesności byłoby dla niej czymś nienaturalnym, gdyż nie może ona istnieć bez jakiegokolwiek odniesienia do ciała⁶³. Czy w takim razie po śmierci człowieka Bóg separuje duszę od ciała aż do momentu zmartwychwstania ciała u kresu świata? Tak postawione pytanie sprawiałoby wrażenie, że śmierć dotyczy wyłącznie ciała, dusza w niej jakby nie uczestniczyła. A przecież chrześcijanie modlą się nie do „duszy” świętego, ale do „całego” świętego jako integralnego (złożonego z ciała i duszy) człowieka. Modlą się za zmarłych braci i siostry, nie zaś za „dusze zmarłych”⁶⁴.

W ponaddoczesnym wymiarze kontakt duszy z ciałem może przebiegać inaczej niż w warunkach ziemskich. Śmierć nie musi niszczyć jedności człowieka. Człowiek spotykający Boga w swojej śmierci jest tym, kim był w swej cielesności. Niektórzy teolodzy uważają, że uwolnienie się duszy od ciała w momencie śmierci oznacza wytworzenie w niej nowego specyficznego odniesienia do cielesności. Dusza pozostawałaby w kontakcie z materią wszechświata za pośrednictwem zmartwychwstałego ciała Chrystusa. Jego uwielbione ciało – stałoby się jej ciałem⁶⁵.

Wielu jednak teologów podkreśla, że Biblia mówi o zbawieniu całego człowieka, nie tylko duszy. I dlatego, nawiązując do przekonania chrześcijan pierwszych wieków, wysuwają hipotezę o zmartwychwstaniu człowieka zaraz po śmierci⁶⁶.

61 A. Grabner-Haider, *Zmartwychwstanie i uwielbienie*, *Concilium* 1969 nr 5, s. 47.

62 J. Ratzinger, *Wprowadzenie w chrześcijaństwo*, tłum. Z. Włodkowa, Kraków 1970, s. 297.

63 P. Müller-Goldkuhle, *Przesunięcie akcentów w rozwoju myślenia eschatologicznego*, *Concilium* 1969 nr 5, s. 23.

64 *Obrzędy Mszy świętej według Mszału rzymskiego*, Warszawa 1986, s. 51.

65 K. Rahner, *Schriften zur Theologie: Neuere Schriften*, dz. cyt., s. 430–435.

66 P. Benoit, *Risurrezione alla fine dei tempi o subito dopo la morte?*, art. cyt., s. 134–136.

Koncepcja „zmartwychwstania w śmierci” nie musi stać w opozycji do prawdy Objawienia o powtórным przyjsciu Chrystusa i powszechnym zmartwychwstaniu ciał na końcu czasów. Nie ma przeszkód, by zmartwychwstanie rozpoczęło się już w chwili śmierci. Skoro jest ono spotkaniem z Bogiem, może mieć wówczas miejsce „eschatologiczny prawybuch”, czyli pojawienie się w tym jednym jedynym momencie wszystkich rzeczy ostatecznych: śmierci, decyzji końcowej, sądu, czyśćca, nieba, piekła, zmartwychwstania⁶⁷. Bóg osiągnięty przez człowieka w śmierci – stałby się dla niego niebem, utracony – piekłem, oceniający – sędzią, oczyszczający – czyśćcem. To Bóg jest Tym, w Którym to, co przemijające umiera, a zarazem Tym, przez Którego, ku Któremu i w Którym to, co przemijające – zmartwychwstaje⁶⁸.

Zmartwychwstanie człowieka w śmierci nie jest jeszcze dokończone póki trwa historia. Tak samo bowiem jak człowieczeństwo Chrystusa nie osiągnęło swojej pełni, jaką jest w stanie sobie dać, dopóki nie włączy w siebie wszystkich żyjących na Ziemi, podobnie człowiek, który w śmierci zmartwychwstał i zerwał więzy z tymi, przez których i z którymi żył dotychczas wspólnotą istnienia, jest jakby odcięty od części własnej tożsamości. Sytuacja taka będzie trwała dopóki te osoby nie nawiążą z nim tych więzi w Niebie. Człowiek zmartwychwstały w śmierci nosi w sobie żalobę tych, którzy cierpią z powodu jego odejścia. Współczucie to świadczy o prawdzie jego człowieczeństwa, którego śmierć mu nie odebrała, ani nie pomniejszyła. Ponieważ wszyscy ludzie wszystkich czasów tworzą „jedno wielkie indywiduum”, dlatego też ani wspólnota zbawionych, ani szczęście każdego z nich, nie będzie doskonałe tak długo, dopóki nie obejmie tych, którzy rodzą się każdego dnia i rodzić się będą aż do skończenia świata⁶⁹. Ostatecznym spełnieniem

67 P.Ch. Düren, *Der Tod als Ende des irdischen Pilgerstandes. Reflexion über eine katholische Glaubenslehre*, Augsburg 1997, s. 332.

68 H.U. Balthasar von, *I novissimi nella teologia contemporanea*, Brescia 1967, s. 43–45.

69 J. Moingt, *Dieu qui vient à l'homme. De l'apparition à la naissance de Dieu. Naissance*, t. 2, Paris 2007, s. 1089.

ich zmartwychwstania, rozpoczętego w śmierci, będzie dopiero pełne przemienienie ludzkości i świata na końcu czasów⁷⁰.

* * *

Śmierć człowieka, dzięki śmierci Chrystusa, przestała być karą za grzech pierworodny. Stała się mistycznym uczestniczeniem w śmierci Odkupiciela. Rozstrzygającym spotkaniem człowieka z Bogiem. Człowiek, dzięki własnej decyzji, może zabrać ze sobą „na drugą stronę” całą swoją rzeczywistość w ostateczne spełnienie, do Nieba, gdzie cały Bóg jest wszystkim dla wszystkich⁷¹. Śmierć jest narodzinami prawdziwego człowieka. Początkiem nowego życia, pozbawionego cierpień, bólu, nieszczęść, obcości, zagrożeń. Początkiem życia, prowadzącego do pełnego uwielbienia człowieka.

Nie ma sensu wypierania własnej śmierci. Wcześniej czy później ona nastąpi. Śmierć jest przecież uprzywilejowanym momentem spotkania z Bogiem, który nie spotyka się z człowiekiem, aby go ukarać, lecz umożliwić mu pojednanie się ze sobą, z innymi ludźmi, ze światem. W śmierci Bóg spotyka człowieka aby dać mu szansę przebaczenia, zaprosić do Nieba, które jest otwarte dla wszystkich. Nigdy nie jest za późno na zaproszenie skierowane przez Boga i nigdy nie jest za wcześnie, by na nie odpowiedzieć⁷².

Współczesna teologia nie znajdzie, rzecz jasna, odpowiedzi na wszystkie eschatologiczne pytania nurtujące dzisiejszego człowieka. Jest świadoma własnej ograniczoności. Zachowuje szacunek i powściągliwość wobec tajemnicy śmierci. Zdaje sobie sprawę, że śmierć pozostanie dla żyjących wielkim misterium. I właściwie dopiero własna śmierć pomoże każdemu rozwiązać obecnie nierozwiązywalną tajemnicę życia.

70 L. Boros, *Istnienie wyzwolone. Rozważania teologiczne*, dz. cyt., s. 89–97.

71 Y. Congar, „*L'inferno esiste, ma non è quello dei diavoletti cornuti...*”, *La mia parrocchia vasto mondo*, Roma 1965, s. 118–121.

72 H.U. Balthasar von, *Teodrammatica*, t. 5, Milano 1985, s. 354.

CZY ŚMIERĆ
PRZYCHODZI,
GDY KOŃCZY SIĘ
ŻYCIE?

ROBERT BECLER

CENTRALNY SZPITAL KLINICZNY
WARSZAWSKIEGO
UNIwersytetu Medycznego

*Life: the aggregate of vital phenomena;
the quality or principle by which living*

*Things are distinguished from inorganic matter,
as manifested by such phenomena as metabolism,
growth, reproduction, adaptation, ect.*

Death is defined as the cessation of all vital functions of the body.

*Dorland's Medical Dictionary for Health Consumers. © 2007
by Saunders, an imprint of Elsevier*

WSTĘP

Od czasów Hipokratesa przez stulecia lekarz pozostawał przy łożu pacjenta do chwili, kiedy śmierć wydawała się nieunikniona. Rozpoznanie momentu zgonu pozostawiał najczęściej rodzinie lub profesjonalistom zajmującym się pochówkiem zmarłego.

Dopiero na przełomie wieków XVI i XVII nastąpiła zmiana i zaczęto ustalać kryteria oraz stosowne testy pozwalające potwierdzić śmierć człowieka. Poznano stany podobne do śmierci, które mogły powodować fałszywie pozytywne rozpoznania. Mimo to wielu lekarzy uważało, że tylko zaawansowane procesy rozkładu ciała są gwarantem, iż dany człowiek

jest nieżywy. Z czasem obawa przed pogrzebem za życia doprowadziła do obowiązku przetrzymywania ciała w kostnicy, ale też do montowania dzwonków oraz napowietrzaczy w grobach. Równolegle toczyła się debata pomiędzy „centralistami” a „decentralistami”. Ci pierwsi uważali, że „siła życiowa” rezyduje w pojedynczym organie lub jego części. Do wieku XVII tym organem było serce, jako że to ono ustawało w swej funkcji zgodnie z obserwacją jako ostatnie – po utracie przytomności i ustaniu oddychania. Ci drudzy twierdzili, że dusza jest równo rozłożona w całym ciele i cały organizm musi być martwy, by uznać człowieka za nieżywego¹. Odkrycia Luigi Galvaniego i przedstawienia Giovanniego Aldini wprawiającego ludzkie zwłoki w ruch elektrycznością dawały do ręki dowody „decentralistom”, widzącym w ruchu przejaw życia w ciałach, w których nie biło serce.

Spektrum nowożytnych testów potwierdzających śmierć zawierało między innymi: przystawianie lusterka, piórka czy też świecy do ust zmarłego, test Balfoura – obserwacja małej flagi na końcu igły białej przezklatkowo w serce, czy test Bouchuta – osłuchiwanie stetoskopem okolicy przedsercowej przez 2–3 minuty. Test Bouchuta wprowadzony w 1846 roku zapoczątkował erę przyrządowego rozpoznawania śmierci według kryteriów krążeniowo-oddechowych¹. Rewolucja przemysłowa, dwie wojny światowe i trzy epidemie polio spowodowały rozwój technologii medycznych prowadzący między innymi do szerokiego stosowania wentylacji płuc u pacjentów bez własnego napędu oddechowego.

Chorzy, którzy dotychczas umierali w wyniku zatrzymania oddychania, zaludnili oddziały dysponujące nowoczesną technologią. Niektórzy z nich nie oddychali samodzielnie z powodu uszkodzenia centralnego układu

¹ David J. Powner i wsp., „Medical diagnosis of death in adults: historical contributions to current controversies”, *The Lancet* Nov 2, 1996, 348, p. 1219.

nerwowego. U części tych ostatnich dochodziło również do zatrzymania czynności serca niezwiązanego z chorobą tego organu. Współczesna medycyna stworzyła nowy rodzaj pacjentów: z bezdechem, w głębokiej śpiączce, w przebiegu której dochodzi do spontanicznego zatrzymania czynności serca, pacjentów w stanie przetrwałej śpiączki².

Współcześnie lekarz jest zobowiązany do rozpoznania śmierci człowieka. Może mieć to miejsce w trzech sytuacjach klinicznych:

1. według kryteriów somatycznych, kiedy śmierć nastąpiła kilka godzin lub dni przed przystąpieniem do badania lekarskiego. Ma to miejsce najczęściej w warunkach pozaszpitalnych. Wystarczające dla postawienia diagnozy są oględziny ciała i stwierdzenie typowych znamion śmierci: plam opadowych, sztywności pośmiertnej, zaawansowanych procesów gnilnych. Dla stwierdzenia śmierci wystarczy również stwierdzenie obrażeń uniemożliwiających życie: rozległe zniszczenia czaszki i mózgowia, przepołowienie ciała, rozległe urazy tułowia oraz dekapitacja. Rozpoznanie stawia jeden lekarz.
2. według kryteriów krążeniowo-oddechowych, kiedy dochodzi do nieodwracalnego zatrzymania krążenia. Ma to miejsce w sytuacji pomocy przedszpitalnej lub wewnątrzszpitalnej. Typowe znamiona śmierci nie są jeszcze obecne. Jeśli podjęto resuscytację krążeniowo-oddechową, przed jej zakończeniem konieczne jest obserwowanie nieprzerwanego 20-minutowego okresu asystolii lub rozkojarzenia elektromechanicznego z brakiem tętna (pomimo wykluczenia wszystkich możliwych odwracalnych przyczyn zatrzymania krążenia). Jeśli nie podejmowano resuscytacji lub ją zakończono, to przez okres 5 minut powinno się prowadzić obserwację celem wykluczenia autoresuscytacji.

² Mollaret P., Goulon M., „Le coma dépassé mémoire préliminaire” *Rev Neurol* (Paris) 1959; 101:3–15.

Jeśli planowane jest dokonanie pobrania narządów do transplantacji, po stwierdzeniu nieodwracalnego zatrzymania krążenia (DCD) konieczny jest 5-minutowy okres obserwacji, a po nim wykonanie badania neurologicznego. Oceniana jest reakcja źrenic na światło, odruch rogówkowy, oczno-mózgowy, reakcja na bodźce bólowe; potwierdzany jest bezdech. Jeśli nie jest planowane pobranie narządów celem transplantacji, rozpoznanie stawia jeden lekarz. Jeśli ma dojść do pobrania narządów, lekarz potwierdzający nieodwracalne zatrzymanie krążenia musi zasięgnąć opinii dwóch specjalistów (lub jednego, jeśli sam jest wymienianym specjalistą) z następujących dziedzin: anestezjologii i intensywnej terapii, medycyny ratunkowej, kardiologii, kardiologii dziecięcej lub chorób wewnętrznych³.

3. według kryteriów neurologicznych, kiedy u nieprzytomnego pacjenta ze strukturalnym nieodwracalnym uszkodzeniem całego mózgu wystąpił trwały bezdech. Ma to miejsce w oddziale intensywnej terapii. Konieczne jest dokonanie szeregu stwierdzeń i wykluczeń, a następnie wykazanie braku odruchów z pnia mózgu i potwierdzenie trwałego bezdechu. Stwierdzenia między innymi wskazują właściwy tok diagnostyczny. Wykluczenia pozwalają uniknąć czynników prowadzących do fałszywie pozytywnych diagnoz. Diagnoza jest stawiana na podstawie badania klinicznego, które w wybranych sytuacjach jest uzupełniane badaniami instrumentalnymi. Badanie kliniczne wykonuje ordynator lub osoba przez niego upoważniona. Rozpoznanie stawia trzysobowa komisja lekarska, w skład której wchodzi specjalista anestezjologii i intensywnej terapii, specjalista neurochirurgii lub neurologii oraz trzeci niezdefiniowany specjalista.

³ Załącznik „Kryteria i sposób stwierdzenia nieodwracalnego zatrzymania krążenia poprzedzającego pobrania komórek, tkanek i narządów do przeszczepienia” do Obwieszczenia Ministra Zdrowia z dnia 9 sierpnia 2010 r. w sprawie kryteriów i sposobu stwierdzenia nieodwracalnego zatrzymania krążenia, M.P. 2010 nr 59, poz. 784.

O ile rozpoznanie śmierci na podstawie objawów somatycznych lub kryteriów krążeniowo-oddechowych jest mocno ugruntowane^{4, 5} w świadomości społecznej, o tyle kryteria neurologiczne pomimo prawie czterdziestoletniej historii nie uzyskały podobnej akceptacji. Wskazanie wspólnego mianownika podczas rozpoznawania śmierci człowieka w trzech wymienionych sytuacjach klinicznych pozwoliłoby ujednolicić definicję operacyjną śmierci człowieka i być może uczynić ją bliższą ogółowi społeczeństwa^{6, 7}.

W XXI wieku debaty pomiędzy „centralistami” a „decentralistami” toczą się nadal. Czy w jednym organie umiejscowiona jest osobowość i czy ten organ sprawuje nadrzędną rolę nad całym organizmem, może całe ciało jest samoorganizującym się systemem? Czy kryteria neurologiczne są tylko zasłoną dla koncepcji śmierci człowieka, która jest w istocie społeczna, a nie biologiczna⁸? Czy śmierć mózgu jest rozpoznaniem śmierci czy jedynie prognozą śmierci człowieka⁹? Jak uniknąć fałszywie pozytywnych diagnoz śmierci wobec istnienia stanów imitujących cechy śmierci?

CELE I ZADANIA OPRACOWANIA

Pracownicy opieki zdrowotnej zajmujący się w swojej praktyce klinicznej rozpoznawaniem śmierci ludzi według kryteriów neurologicznych mogą

4 Wprowadzanie praktyki DCD – donacji po zatrzymaniu krążenia – wywołuje żywą dyskusję nad sposobem rozpoznawania nieodwracalnego zatrzymania krążenia.

5 Shah S.K. i wsp., „Death and legal fictions”, *J. Med. Ethics*, 2011, 37: 719–722.

6 Shemie Sam D. i wsp., „International guideline development for the determination of death”, *Intensive Care Med*, 2014 Jun, 40(6): 788–797.

7 Gardiner D. i wsp., „International perspective on the diagnosis of death”, *British Journal of Anaesthesia* 108 (S1): i14–i28 (2012).

8 Nair-Collins M., „Death, Brain Death, and the Limits of Science: Why the Whole-Brain Concept of Death Is a Flawed Public Policy”, *The Journal of Law, Medicine & Ethics*, Volume 38, Issue 3, 667683, Fall 2010.

9 *Beyond Brain Death: The Case Against Brain Based Criteria for Human Death*, red. M. Potts, P.A. Byrne, Nilges Richard G., Kluwer 2000.

spotykać się z wątpliwościami natury etycznej dotyczącymi stawianego przez nich rozpoznania.

Niniejsze opracowanie, prezentujące zasadnicze wątki toczącej się dyskusji bioetycznej na temat granic ludzkiego życia, ma zapewnić merytoryczne podstawy do zajmowania stanowiska w takiej sytuacji.

RAMY PRAWNE

W roku 2002 Eelko Wijdicks opublikował pracę przedstawiającą stan prawny rozpoznawania śmierci mózgu w 80 krajach (z listy 189 członków Organizacji Narodów Zjednoczonych). W 70 z 80 krajów istniały zalecenia co do sposobu prowadzenia testów potwierdzających podejrzenie śmierci mózgu. We wszystkich krajach było konieczne wykluczenie czynników zakłócających rozpoznanie, stwierdzenie śpiączki, brak reakcji na bodźce bólowe i brak odruchów z pnia mózgu. Wielka Brytania i kraje z obszaru dawnego Imperium Brytyjskiego opierały rozpoznanie na koncepcji śmierci pnia mózgu (w momencie publikacji pracy Wijdicksa do grupy tej należała również Polska). Pozostałe kraje opierały rozpoznanie na koncepcji śmierci całego mózgu. Wskazano różnice w zalecanych czasach obserwacji przed i pomiędzy badaniami potwierdzającymi podejrzenie śmierci mózgu, kompetencjami i liczbą lekarzy stawiających diagnozę, sposobem przeprowadzania próby bezdechu oraz stosowaniem badań instrumentalnych. Na poziomie międzynarodowym pomimo technicznych różnic w sposobie potwierdzania śmierci mózgu zestaw ocenianych kryteriów neurologicznych oceniono jako wspólny i szeroko akceptowany¹⁰.

¹⁰ Wijdicks E., „Brain death worldwide: accepted fact but no global consensus in diagnostic criteria”, *Neurology* 2002 January (1 of 2) (58), 20–25 (błędnie podano informację, że Polska nie posiada ścisłych zaleceń co do wykonywania próby bezdechu oraz że do potwierdzenia rozpoznania śmierci mózgu wystarczy jeden lekarz).

Polskie wytyczne ws. stwierdzenia śmierci człowieka według kryteriów neurologicznych ewoluowały:

- Komunikat Ministerstwa Zdrowia i Opieki Społecznej z 1 lipca 1984 roku, zmodyfikowany w roku 1994,
- Komunikat Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 29 października 1996 r. o wytycznych w sprawie kryteriów stwierdzania trwałego i nieodwracalnego ustania funkcji pnia mózgu (śmierci mózgowej), Dz.Urz. MZOS z 30 listopada 1996 r. nr 13, poz. 36,
- Aktualne wytyczne są zawarte w obwieszczeniu Ministra Zdrowia z dnia 17 lipca 2007 w sprawie kryteriów i sposobu stwierdzenia trwałego nieodwracalnego ustania czynności mózgu. M.P. 2007 nr 46, poz. 547.

Akt prawny z roku 2007 od wcześniejszych różni się przede wszystkim koncepcją śmierci mózgu. W aktach poprzednich¹¹ śmierć pnia mózgu była warunkiem koniecznym, ale i wystarczającym dla uznania śmierci mózgu jako całości, natomiast w obwieszczeniu Ministra Zdrowia z 2007 roku wprowadzono koncepcję śmierci całego mózgu:

„W wybranych przypadkach odstępianie od koncepcji śmierci człowieka jako całości na rzecz śmierci mózgu człowieka jako całości jest uzasadnione z naukowego i praktycznego punktu widzenia. Śmierć jest zjawiskiem zdysocjowanym. Oznacza to, że śmierć ogarnia tkanki i układy w różnym czasie. Powoduje to dezintegrację ustroju jako całości funkcjonalnej i kolejne trwałe wypadanie poszczególnych funkcji w różnej sekwencji czasowej. Zatem niektóre funkcje ustroju lub ich części mogą utrzymywać się przez pewien czas w oderwaniu od innych, wcześniej obumarłych. Zdysocjowany charakter zjawiska ujawnia się w sposób szczególny w sytuacjach,

¹¹ Komunikat Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dn. 29 października 1996 o wytycznych w sprawie kryteriów stwierdzania trwałego i nieodwracalnego ustania funkcji pnia mózgu (śmierci mózgowej), Dz.Urz. MZOS z 30 listopada 1996 r. nr 13, poz. 36.

w których śmierć objęła już mózg, podczas gdy krążenie krwi jest jeszcze zachowane. W tych przypadkach to stan mózgu determinuje życie lub śmierć człowieka. W większości przypadków klinicznych obrzęk mózgu wynikający z jego uszkodzenia narasta od strony przestrzeni nadnamiotowej, a pień mózgu umiera jako ostatnia jego część. W takich sytuacjach czynnikiem kwalifikującym śmierć mózgu jest nieodwracalny brak funkcji pnia mózgu”.

Dezintegracja organizmu jako całości jest rozumiana tutaj jako utrata integracji somatycznej, co w piśmiennictwie anglosaskim określa się mianem *loss of somatic integrative unity*.

W opracowaniu Joanny Haberko i Izabeli Uhrynowskiej-Tyszkiewicz z roku 2014¹² przedstawiono wykładnię prawną:

„Definicja obowiązująca pod rządami dawnej ustawy¹³ była określana w doktrynie jako nowa zmodyfikowana, zgodnie z którą śmierć następowała wówczas, gdy obumierał pień mózgu, co nie było równoznaczne z obumarciem wszystkich komórek mózgu (R. Kubiak, *Prawo medyczne*, Warszawa 2010, s. 478). Na gruncie aktualnie obowiązującej ustawy¹⁴ przyjmuje się definicję pozbawioną modyfikacji i ograniczenia do ustania funkcji pnia mózgu. Ustalenie, że mamy do czynienia ze śmiercią i że nastąpił zgon, wiąże się ze stwierdzeniem nieodwracalnego ustania funkcji mózgu”.

Warunkiem koniecznym do rozpoznania śmierci człowieka jest dysfunkcja całego mózgu.

12 Haberko J., Uhrynowska-Tyszkiewicz I., *Ustawa o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów. Komentarz*, LEX Wolters Kluwer.

13 Ustawa o pobieraniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów z dnia 26 października 1995 r. Dz.U. z 1995 r. nr 138, poz. 682.

14 Ustawa z dnia 1 lipca 2005 r. o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów; Dz.U. z 2005 r. nr 169, poz. 1411.

Już po ukazaniu się polskich wytycznych z roku 2007 opublikowano stanowisko Prezydenckiej Komisji ds. Studiów Problemów Etycznych w Medycynie oraz Badań Biomedycznych i Behawioralnych dotyczące wątpliwości w orzekaniu śmierci mózgu – „A White Paper”¹⁵. Wątpliwości zostały wywołane między innymi krytycznymi publikacjami Alana Shewmona z 1998 i 2001 roku i dotyczyły pojęcia *loss of somatic integrative unity*^{16, 17}.

DYSKUSJA

W ujęciu filozoficznym śmierć jest przejściem od czegoś żywego do umarłego – co nie jest już żywe – a posiada fizyczną ciągłość z kiedyś żywym organizmem. Śmierć nie jest przedmiotem diagnozy, jest fenomenem samym w sobie. Śmierć jako pojęcie nie ma również definicji. Tak więc to nie śmierć jest diagnozowana, a specjalny stan kliniczny określony specyficznymi oznakami.

Ramy toczącej się dyskusji bioetycznej nadała praca Bernata, Culvera i Gerta¹⁸. Przyjęli oni metodę polegającą na opracowaniu koncepcji filozoficznej – operacyjnej definicji śmierci, następnie wyznaczeniu kryteriów patofizjologicznych będących w zgodzie z definicją i na koniec wskazaniu zestawu badań klinicznych potwierdzających wyznaczone kryteria. Operacyjną definicją śmierci człowieka jest przerwanie funkcjonowania organi-

15 President's Commission for the Study of Ethical Problems in Medicine and Biomedical and Behavioral Research: A White Paper, 2008 dostęp: 2014.08.01 <https://bioethicsarchive.georgetown.edu/pcbe/reports/death/>.

16 Shewmon A., „Chronic brain death”, *Neurology* 1998 Dec, 51(6): 1538–1545.

17 Shewmon A., „The Brain and Somatic Integration: Insights Into the Standard Biological Rationale for Equating «Brain Death» With Death”, *J Med Philos* (2001) 26 (5): 457–478.

18 Bernat J., Culver C., Gert B., „On the Definition and Criterion of Death”, *Annals of Internal Medicine* 94: 389–394.

zmu jako zintegrowanej całości¹⁹. Mózg miał być centralnym koordynatorem funkcji, bez niego następowałaby nieunikniona dezintegracja organizmu. Badania miały potwierdzić nieobecność wszystkich funkcji mózgu. W praktyce potwierdzano śpiączkę, brak odruchów z pnia mózgu i bezdech, opcjonalnie wykonywano badania instrumentalne. W roku 1995 w Wielkiej Brytanii wprowadzono zmodyfikowaną koncepcję śmierci mózgu²⁰. Według niej śmierć jest trwałą utratą zdolności do świadomości w połączeniu z trwałym bezdechem. Ośrodki odpowiedzialne za podtrzymywanie świadomości i sterowanie oddychaniem są w pniu mózgu. Nieodwracalne uszkodzenie pnia mózgu jest śmiercią człowieka. Jest to kryterium konieczne i wystarczające. Nie jest oceniana funkcja całego mózgu. Zestaw testów potwierdza śpiączkę, brak odruchów z pnia mózgu i trwały bezdech.

Określenie „śmierć mózgu” sugeruje, że może istnieć również inny rodzaj śmierci lub że nie jest to jednoznaczne ze śmiercią człowieka. Dlatego nieodwracalną śpiączkę z trwałym bezdechem powinno nazywać się całkowitą niewydolnością mózgu (*total brain failure*)²¹. Alan Shewmon w pracach z 1998²² i 2001²³ roku wykazał, że spodziewana dezintegracja organizmu nie zawsze występuje. Zatrzymanie krążenia może nastąpić po tygodniach, miesiącach, a nawet – niezwykle rzadko – po latach od rozpoznania śmierci mózgu. Ponadto pokazał, że ciało człowieka z całkowitą

19 President's Commission for the Study of Ethical Problems in Medicine and Biomedical and Behavioral Research, „Defining death” 1981; dostęp: 2014.08.01 https://repository.library.georgetown.edu/bitstream/handle/10822/559345/defining_death.pdf?sequence=1.

20 „Criteria for the diagnosis of brain stem death”, *J Roy Coll Phys of London* 1995, 29: 381–382.

21 President's Commission for the Study of Ethical Problems in Medicine and Biomedical and Behavioral Research: A White Paper, 2008 dostęp: 2014.08.01 <https://bioethicsarchive.georgetown.edu/pcbe/reports/death/>.

22 Shewmon A., „Chronic brain death”, *Neurology* 1998 Dec, 51(6): 1538–1545.

23 Shewmon A., „The Brain and Somatic Integration: Insights Into the Standard Biological Rationale for Equating «Brain Death» With Death”, *J Med Philos* (2001) 26 (5): 457–478.

niewydolnością mózgu może proporcjonalnie wzrastać (przypadki pediatryczne) czy też umożliwiać utrzymanie ciąży, na takim ciele goją się rany, są w nim zwalczane infekcje, naprawiane chromosomy oraz są produkowane elementy morfotyczne krwi w szpiku. Wszystkie te funkcje spełniają jak najbardziej warunki skoordynowanego działania.

Nie wszystkie komórki mózgowe muszą być nieżywe, by mówić o śmierci mózgu. W istocie mogą nawet tworzyć obszary, wysepki żyjących neuronów. Zgodnie z zasadą śmierci całego mózgu nie powinny jednak zapewniać jakiegokolwiek typowej dla mózgu funkcji. Nie zawsze tak jest – krytycy kryteriów neurologicznych przywołują znany fenomen zachowania funkcji przysadki mózgowej (być może podwzgórza), gdy nie dochodzi do rozwoju moczówki prostej u pacjentów z całkowitą niewydolnością mózgu²⁴.

Ponadto krytycy ci prezentują pogląd, że proces umierania jest mylony ze śmiercią, że całkowita niewydolność mózgu jest prognozą, a nie diagnozą. Pacjenci według nich mają być umierający, ale jeszcze nie zmarli. Uważają, że musi istnieć dystynktywny moment, w którym życie ustaje i nastaje śmierć²⁵.

Stwierdzenie śmierci mózgu w konsekwencji oznacza odłączenie od respiratora (lub pobranie narządów) i szybkie spełnienie kryteriów krążeńiowo-oddechowych śmierci osobniczej. W związku z tym obserwacja „przetrwałego” stanu całkowitej niewydolności mózgu jest w wieku XXI bardzo rzadka. Należy zauważyć, że współczesne badania neuropatologiczne nie potwierdzają szerokiego występowania opisywanego w latach siedemdziesiątych XX wieku obrazu tak zwanego mózgu respiratorowego (autolizy mózgu). Prawdopodobnie ma to związek z praktykowanym

24 Doig C.J., Burgess E., „Brain death: resolving inconsistencies the ethical declaration of death”, *Canadian Journal of Anesthesia*, 2003, 50, 7, 725–731.

25 *Beyond Brain Death...*, op. cit.

obecnie szybkim kończeniem wentylacji mechanicznej płuc po rozpoznaniu śmierci zgodnie z kryteriami neurologicznymi^{26, 27}.

Tak więc przekonanie, że „śmierć mózgu” jest równoważna z brakiem jakiegokolwiek aktywności w mózgowiu i oznacza utratę integracji somatycznej organizmu, nie jest wobec aktualnej wiedzy prawdziwe. Potrzebne są inny język i inna definicja.

Podkreślę, że w piśmiennictwie brak chociażby jednego opisu pacjenta z prawidłowo zdiagnozowaną całkowitą niewydolnością mózgu, który odzyskałby przytomność^{28, 29, 30}. Opisano trzy przypadki przejściowego powrotu pewnych funkcji neurologicznych po stwierdzeniu śmierci zgodnie z kryteriami neurologicznymi. Wiązało się to z występowaniem czynników zakłócających prawidłowe rozpoznanie, których nie wzięto pod uwagę³¹.

Najczęściej w ciągu kilkudziesięciu godzin dochodzi do zatrzymania akcji serca, bardzo rzadko w ciągu kilkunastu, wyjątkowo kilkudziesięciu dni^{32, 33}. Stan ten jest fundamentalnie różny od przewlekłego stanu

26 The NINCDS Collaborative Study of Brain Death, U.S. Department Of Health And Human Services, Public Health Service, National Institutes of Health. NIH Publication No.81–2286, December 1980. NINCDS Monograph No. 24.

27 Wijdicks E.F., „Neuropathology of brain death in the modern transplant era”, *Neurology* 2008 Apr 8, 70(15): 1234–1237.

28 „Evidence-based guideline update: Determining brain death in adults”, Report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology, *Neurology* 74 June 8, 2010.

29 Wijdicks E.F., „There is no reversible brain death”, *Crit Care Med* 2011, 39: 2204–2205.

30 Webb A, Samuels O.B., „There is no reversible brain death”, *Crit Care Med* 2011, 39: 2206.

31 Gardiner D. i wsp., „International perspective on the diagnosis of death”, *British Journal of Anaesthesia* 108 (S1): i14–i28 (2012) tabela nr 8 Czynniki tymi były: przypadek 1 – przewlekłe zapalenie ucha środkowego; przypadek 2 – anoksyczne uszkodzenie mózgu; przypadek 3 – duża dawka opioиду podawana we wlewie w połączeniu z terapeutyczną hipotermią. Żaden z pacjentów nie przeżył.

32 Takeuchi K., „Report on the Criteria for the Determination of Brain Death in Children”, *JMAJ* 2002, 459: 291–307.

33 Maruya J. i wsp., „Prolonged somatic survival of clinically brain-dead adult patient”, *Neurol Med Chir* 2008, 48: 114–117.

wegetatywnego. Pacjenci ci nie są Kantowskimi podmiotami moralnymi – według Kantowskiego rozumowania nie są więc osobami. Pytanie brzmi, czy nie są również pacjentami moralnymi, a więc czy mogą być wykluczeni ze wspólnoty ludzkiej. W świetle przytoczonych wątpliwości jest to pytanie uzasadnione.

W cytowanym wcześniej dokumencie „A White Paper”³⁴ znajdują się dwa odmienne podejścia do przedstawionego problemu.

Stanowisko nr 1: Śmierć człowieka nie może być definiowana jako konstrukcja prawna lub filozoficzna. Jest zdarzeniem biologicznym. Jeśli nie jesteśmy całkowicie pewni, czy doszło do śmierci osoby, gdy brak nam pewnych znaków (a tak można interpretować stan całkowitej niewydolności mózgu wobec przytaczanych dowodów na równoczesne zachowywanie integracji somatycznej organizmu), to powinniśmy traktować ją jako żywą. Nie zmienia to faktu, że wobec prognozy braku powrotu świadomości, jakichkolwiek reakcji na bodźce i powrotu własnego oddechu etyczne jest zaprzestanie podtrzymywania takiego pacjenta wyłącznie z zakończeniem wentylacji mechanicznej.

Stanowisko nr 2: Osoby z całkowitą niewydolnością mózgu są nieżywe. Należy znaleźć lepsze niż dotychczas wyjaśnienie, przyczynę dla utrzymania w mocy obecnie obowiązującego kryterium neurologicznego. Kluczowym pojęciem jest pojęcie „całościowości” (*a whole*) wcześniej interpretowanej jako *somatic integrative unity*. Zaproponowano nową definicję życia organizmu.

Aby stwierdzić, czy organizm pozostaje całością, należy ustalić, czy wciąż ma miejsce (czy też ustała) podstawowa czynność żywego organizmu

³⁴ President’s Commission for the Study of Ethical Problems in Medicine and Biomedical and Behavioral Research: A White Paper, 2008 dostęp: 2014.08.01 <https://bioethicsarchive.georgetown.edu/pcbe/reports/death/>.

– *aktywność ukierunkowana na samozachowanie, osiągnane poprzez (podyktowaną potrzebą organizmu) wymianę z otaczającym światem.*³⁵

*Organizm ma być w kontakcie ze światem (to nie musi oznaczać przytomności), odbierać bodźce, wpływać na otoczenie zaspokajając konkretne potrzeby. Działanie organizmu powodowane jest jego wewnętrznym elementarnym napędem.*³⁶

Najbardziej fundamentalną wymianą, jakiej organizm dokonuje z otoczeniem, jest spontaniczny, napędzany własną potrzebą, wykonywany przez niego oddech. I tak w centrum oceny bycia żywym czy też martwym postawiono test bezdechu (oczywiście w sytuacji nieodwracalnej utraty przytomności). Interesujące są tu konotacje kulturowo-religijne oddechu z duszą i utraty oddechu, sugerującej uciekającą duszę.

Powyższe wywody mają fundamentalne znaczenie dla transplantologii. Naczelną zasadą w pozyskiwaniu narządów jest Dead Donor Rule (DDR). Tylko zmarli stają się dawcami narządów. Ta pewność buduje zaufanie społeczne i akceptację dla transplantologii jako metody leczenia.

Konsekwencje stanowiska nr 1 i nr 2 dla transplantacji:

W przypadku stanowiska nr 1 uznajemy, że nie możemy mieć pewności co do faktu śmierci pacjentów z całkowitą niewydolnością mózgu, obawiamy się mylenia procesu umierania ze śmiercią. Pobranie narządów jest wówczas możliwe tylko po zatrzymaniu krążenia (procedura CDCD). Alternatywnie dopuszczamy pobranie narządów, jeśli konkretna osoba

35 „Determining whether an organism remains a whole depends on recognizing the persistence or cessation of the fundamental vital work of a living organism – the work of self-preservation, achieved through the organism’s need-driven commerce with the surrounding world”.

36 „The work of the organism, expressed in its commerce with the surrounding world, depends on three fundamental capacities: openness to the world, that is, receptivity to stimuli and signals from the surrounding environment. The ability to act upon the world to obtain selectively what it needs. The basic felt need that drives the organism to act as it must, to obtain what it needs and what its openness reveals to be available.”

za życia wyraziła zgodę wprost na wypadek rozpoznania u niej całkowitej niewydolności mózgu. W tym drugim przypadku przestałaby jednak obowiązywać zasada Dead Donor Rule. Pobranie nieparzystych narządów zabijałoby dawcę. Potencjalnie uruchomiona byłaby równia pochyła ku rozszerzaniu definicji – czy pacjenci z innymi rozpoznaniem spełniają warunki do pobrania narządów.

W wypadku stanowiska nr 2 dotychczasowa praktyka zostaje utrzymana. Całkowita niewydolność mózgu oznacza biologiczną śmierć człowieka, znaleźliśmy nowe uzasadnienie dla tego twierdzenia. Pobranie narządów przy zachowanej czynności serca jest etyczne (procedura DBD).

Warto przypomnieć, że stanowisko specjalistów z obwieszczenia Ministra Zdrowia z dnia 17 lipca 2007 wskazuje, że przyczyną uznania śmierci mózgu jako śmierci człowieka jest utrata naczelnej funkcji koordynującej organizm (*somatic integrative unity*).

Komisja prezydencka zarekomendowała przyjęcie stanowiska nr 2. Oznacza to również, że przez ostatnie trzy dekady praktyki rozpoznawania śmierci na podstawie kryteriów neurologicznych czyniono to na podstawie fałszywych założeń (braku integracji somatycznej organizmu). Jednak wobec przyjęcia stanowiska nr 2 mamy pewność, że pacjenci ci faktycznie nie żyli.

Należy zaznaczyć, że przewodniczący komisji Edmund D. Pellegrino – wybitny bioetyk – przedstawił opinię odrębną różniącą się od końcowych ustaleń komisji. Pellegrino zauważa, że życie i śmierć są obecnie definiowane w odniesieniu do siebie nawzajem i że nie ma jednoznacznego łącznika pomiędzy filozoficznym uzasadnieniem a empirycznymi kryteriami. Uważa, że proponowane kryteria kliniczne są konieczne, ale jednak niewystarczające dla nabycia pewności, iż pacjenci spełniający je są zmarli (nie ma pewności co do jakości argumentacji zawartej w stanowisku nr 2). Uznaje za moralnie uzasadnione przeszczepianie narządów i proponuje, aby w związku z powyższymi tezami pobierać narządy od pacjentów spełniających kryteria krążeniowo-oddechowe. Rozwiązaniem ma być wdrażanie protokołów

„controlled DCD” – dawstwo po kontrolowanym zatrzymaniu krążenia. Pellegrino rozpoznaje społeczne konsekwencje takiej postawy – możliwość zmniejszenia puli dostępnych narządów do transplantacji – i przytacza zasadę, że nikt nie może być środkiem do osiągnięcia celu. Żaden pacjent nie może zostać poświęcony dla dobra innego pacjenta.

Alan Shewmon w eseju „Brain Death: Can It Be Resuscitated?”³⁷ podobnie krytycznie analizuje kryteria przedstawione w „A White Paper”, odnosząc się do ich konieczności i ewentualnej wystarczalności. Wskazuje na nieprecyzyjność pojęcia „całościowości” w ujęciu tego dokumentu.

Obecnie są podejmowane wysiłki w celu wypracowania międzynarodowego konsensusu dotyczącego operacyjnej definicji śmierci człowieka. W czerwcu 2014 w *Intensive Care Medicine* opublikowano artykuł o tworzeniu międzynarodowych wytycznych rozpoznawania śmierci³⁸. Przedstawiono wynik obrad forum 32 delegatów narodowych i międzynarodowych stowarzyszeń medycznych zorganizowane z udziałem Health Canada, Canadian Blood Services i Światowej Organizacji Zdrowia z maja 2012 roku. Na wstępie obrad przyjęto założenie, że śmierć jest zdarzeniem natury biologicznej. Uznano, że perspektywa prawna, etyczna, kulturowa i religijna mogą i będą miały wpływ na stosowanie definicji w praktyce, niemniej nie brano ich pod uwagę podczas dyskusji. Za operacyjną definicję śmierci przyjęto: trwałą utratę świadomości i wszystkich funkcji pnia mózgu. Mogą one być wynikiem trwałego zatrzymania krążenia lub ciężkiego uszkodzenia mózgu. W kontekście rozpoznawania śmierci „trwały” oznacza utratę funkcji, która nie może spontanicznie powrócić i nie będzie przywracana przez jakąkolwiek interwencję. Wówczas „trwały” staje się synonimem nieodwracalnego, co ma dawać etyczne uzasadnienie dla pobierania narządów zgodnie z protokołami „controlled DCD”.

37 Shewmon A., „Brain Death: Can It Be Resuscitated?,” *Hastings Center Report*. (2009): 18–24

38 Shemie Sam D. i wsp., *op.cit.*

Jak widać, konsensus zmierza do zunifikowania istniejącego obecnie dualizmu „śmierci” krążeniowo-oddechowej i neurologicznej. Wezwano do porzucenia nomenklatury „śmierć mózgu” i „śmierć sercowa”. Zestaw testów potwierdzających śmierć ma koncentrować się na „funkcjach mózgu”, nawet jeśli pierwotną przyczyną było zatrzymanie krążenia. Zdefiniowano „funkcję” jako podstawową i fundamentalną zasadę działania narządu, którą można obserwować przez badanie kliniczne i jest ono konieczne do kontynuacji życia. „Funkcję” odróżniono od „czynności”, definiowanej jako fizjologiczna właściwość grup komórek, która jest mierzona metodami laboratoryjnymi. Takie ujęcie wydaje się inspirowane sugestiami Jamesa Bernata, mającymi w ten sposób rozwiązać niepewność co do rozpoznania „śmierci mózgu” u pacjentów z zachowaną funkcją przysadki mózgowej. Równoważność całkowitej niewydolności mózgu jako biologicznej śmierci człowieka jest przyjęta jako rzecz oczywista i bezdyskusyjna.

Odmienne stanowisko prezentują bioetycy: S. A. Shah, R. D. Truog i F. G. Miller. W swojej pracy „Death and legal fiction”³⁹ stawiają tezę, że współczesne kryteria śmierci człowieka – zarówno neurologiczne, jak i kardiologiczne – są niedokładne i nie ma pewności, że pacjenci są zmarłymi. Co prawda nie można im zaszkodzić ani ich skrzywdzić pobraniem narządów, jeśli zostali potencjalnymi dawcami, ponieważ nie są już osobami, to jednak w momencie rozpoczynania pobrania narządów są biologicznie żywi. Z moralnego punktu widzenia pobranie narządów zabija dawców. Zatem zasada Dead Donor Rule jest nieustannie łamana, a kiedy stanie się to powszechną informacją, wszyscy uczestnicy procedur transplantacyjnych będą pociągani do odpowiedzialności. Obecne postępowanie proponują nazwać oficjalnie legalną fikcją. Legalna fikcja to pojęcie prawnicze, kiedy dwie różne rzeczy traktuje się tak, jakby były takie same. Zatem „śmierć mózgu” miałaby być nadal praw-

39 Shah S.K., Truog R.D., Miller F.G., „Death and legal fiction”, *J Med Ethics* 2011 Dec; 37(12): 719722.

nie uznawana za śmierć człowieka, przy zastrzeżeniu, że biologicznie nią nie jest. Istotne w tej propozycji jest szerokie udostępnienie tej wiedzy społeczeństwu. Niektórzy zwolennicy kryteriów neurologicznych uważają, że stan „śmierci mózgu” można porównać do fizycznej dekapitacji⁴⁰. Wspomniani Miller i Truog⁴¹ argumentują, że tak nie jest. Twierdzą, że moment dekapitacji jest początkiem umierania, a nie śmiercią. Przytaczają oni eksperyment grupy badaczy z Izraela. Eksperymentatorzy dokonali dekapitacji ciężarnej owcy, utrzymali jej krążenie (stosując bypass i zachowując akcję serca) oraz wentylowali mechanicznie. Po 30 minutach dokonali cięcia i wydobyli zdrową owieczkę. Badacze uznali, że udowodnili, iż zachowanie krążenia i kontynuacja ciąży nie stoją w sprzeczności ze śmiercią organizmu. Przyjęli oni za oczywiste, że zwierzę z głową oddzieloną od ciała jest martwe. Miller i Truog argumentują za tezą wręcz przeciwną. Twierdzą, że podtrzymywanie ciąży jest dowodem na integrację somatyczną organizmu i zwierzę to w istocie było ciągle żywe. Zatem wynikiem dekapitacyjnego gambitu⁴² w powyższym ujęciu jest stwierdzenie, że jeśli odpowiednikiem całkowitej niewydolności mózgu byłaby fizyczna dekapitacja, to sztucznie podtrzymywane zdekapitowane ludzkie ciało powinno być traktowane jako śmiertelnie chore, lecz żywy człowiek. John P. Lizza, który rozpoczął dyskusję wokół dekapitacyjnego gambitu, oddał tezy Millera i Truoga⁴³. Przedstawia on pewien eksperyment myślowy⁴⁴, którego konstrukcja jest oparta na faktycznie dokonanych w przeszłości eksperymentach na małpach. Prześledzenie zało-

40 Lizza J.P., „Where’s Waldo ‘decapitation gambit’ and the definition of death”, *J Med Ethics* 2011, 37(12) 743–746.

41 Miller F.G., Truog R.D., „Decapitation and the definition of death”, *J Med Ethics* 2010, 36: 632–634.

42 Gambit rozumiany jest tutaj jako podarunek dla przeciwnika w dyskusji, który sprawia masę kłopotów. Chodzi o tezy przedstawione przez J. P. Lizzę w dyskusji toczącej się pomiędzy R. D. Truog a F. G. Millerem.

43 Shah S.K., Truog R.D., Miller F.G., *op. cit.*

44 Lizza J.P., *op. cit.*

zeń tego eksperymentu pozwala na zweryfikowanie rozumienia dotychczas przedstawionych stanowisk i etycznej intuicji czytelnika niniejszego tekstu. J. P. Lizza przywołuje eksperymenty dokonywane przez chirurga R.J.White'a. Wykonywał on we wczesnych latach siedemdziesiątych transplantację głów małp na bezgłowe korpusy innych małp. Po operacji przeszczepione głowy wykazywały oznaki przytomności. Odruchowo bronimy założenia, że małpa dawca głowy jest nadal żywa, a życie małpy biorcy (której korpus podtrzymuje funkcję przeszczepionej głowy) zakończyło się.

Eksperyment myślowy zaprezentowany przez J. P. Lizzę przedstawia się następująco: osoba o imieniu Waldo została poddana operacji podobnej do wykonywanej przez doktora R.J.White'a. Głowa Waldo została przeszczepiona na inny ludzki bezgłowy korpus. Z kolei bezgłowy korpus dotychczasowego ciała Waldo jest nadal podtrzymywany w sztuczny sposób, podobnie jak w eksperymencie z ciężarną owcą z przywołanego wcześniej artykułu „Decapitation and the definition of death”. Zakładamy że głowa Waldo wykazuje oznaki świadomości. Należy przyjąć, że dotychczasowego Waldo identyfikujemy z przeszczepioną głową Waldo na nowy korpus. J. P. Lizza sądzi, że Miller i Truog uznaliby, że Waldo został poddany zabiegowi w „znaczący sposób” modyfikującemu jego układ krążeniowo-oddechowy (podobnie jak ludzie po przeszczepieniu serca), ale nadal jest organizmem wykazującym cechy integracji somatycznej. Co jednak z dotychczasowym obecnie bezgłowym ciałem Waldo? Ponieważ jest nadal podtrzymywane podobnie jak ciała pacjentów z całkowitą dysfunkcją mózgu i wykazuje cechy integracji somatycznej, to zgodnie z tezami Millera i Truoga powinno być kontynuacją życia Waldo. Waldo nie może być jednak w dwóch miejscach jednocześnie. Jeśli uznajemy, że identyfikujemy dotychczasowego Waldo z jego głową, to należy przyjąć, że nie może być nim jego wykazujące cechy somatycznej integracji ciało. Według J. P. Lizzy oznacza to, że można odrzucić tezę o somatycznej integracji jako wystarczającej dla stwierdzenia życia. Lizza odrzuca również stanowisko nr 2 prezydenckiej komisji bioetycznej z 2008 roku jako niewłaściwe.

Wysuwa wniosek, że niezbędne i wystarczające dla uznania jednostki za żywą jest zachowanie jej świadomości. Trwały brak świadomości w połączeniu z bezdechem jest śmiercią człowieka. Lizza zauważa, że jego argumentacji można zarzucić mieszanie biologicznego momentu śmierci organizmu z etycznym osądem, jak powinno się traktować jednostki z całkowitą dysfunkcją mózgu. Według niego jednak przyjmowanie, że śmierć człowieka jest wyłącznie faktem biologicznym, jest znanym błędem w bioetycznej argumentacji, kiedy na fundamentalne filozoficzne pytania odpowiada się za pomocą nauk medycznych i biologicznych.

Wśród katolickich filozofów i teologów również toczy się dyskusja na temat koncepcji śmierci człowieka. Oficjalne stanowisko Kościoła katolickiego zostało wyrażone przez Jana Pawła II w roku 2000 podczas przemówienia skierowanego do uczestników Międzynarodowego Kongresu Transplantologicznego⁴⁵. Składają się na nie trzy przesłanki. Przesłanka etyczna: nieparzyste narządy mogą być pobierane z ciała człowieka tylko po jego śmierci. Przesłanka filozoficzna: śmierć osoby jest pojedynczym wydarzeniem, polegającym na całkowitym zerwaniu mocno związanej i zintegrowanej całości, jaką stanowi osoba. Śmierć jest następstwem oddzielenia zasady życia (duszy) od cielesnej powłoki. Przesłanka praktyczna: kryteria neurologiczne wykazują, że organizm utracił zdolności integracyjne⁴⁶. Katolicy teolodzy i filozofowie zajmują zasadniczo trzy pozycje w sprawie śmierci mózgowej⁴⁷. Część z nich poddaje w wątpliwość dokładność i rzetelność stosowanych obecnie testów diagnostycznych. Inni z kolei krytykują obecną filozoficzną koncepcję śmierci, a kolejna grupa zajmuje się oceną i modyfikacją praktyki dotyczącej pobierania narządów. Papieska Akademia Nauk opublikowała w 2008

45 http://www.vatican.va/holy_father/john_paul_ii/speeches/2000/jul-sep/documents/hf_jp-ii_spe_20000829_transplants_en.html.

46 Brak referencji.

47 Jones D. A., „Loss of faith in brain death: Catholic controversy over by neurological criteria”, *Clinical Ethics* (2012) 7 (3): 133–141.

roku dokument, w którym podtrzymano ważność kryteriów neurologicznych jako wystarczających dla stwierdzenia śmierci człowieka. Przedstawiona jest w nim również dyskusja z przedstawicielami krytyków kryteriów neurologicznych, między innymi z A. Shewmonem⁴⁸.

Wykładnia tłumacząca całkowitą niewydolność mózgu jako śmierć człowieka powinna być dobrze znana lekarzom uczestniczącym w rozpoznawaniu śmierci mózgu. Niewielu z nich zna jednak meandry akademickich dyskusji toczących się na łamach specjalistycznych periodyków. W roku 2012 przeprowadzono badanie ankietowe amerykańskich neurologów w celu sprawdzenia ich wiedzy na temat koncepcji śmierci mózgu⁴⁹. Okazało się, że większość ankietowanych uznawała za przyczynę śmierci utratę wyższych funkcji mózgu (nieodwracalną utratę świadomości), a nie utratę przez organizm zdolności do bycia całością – utratę aktywności nakierowanej na samozachowanie. Większość neurologów uważała, że z diagnozą śmierci mózgu nie mogą współistnieć obserwacje niektórych czynności mózgu, jak aktywność EEG lub funkcja przysadki mózgowej. Większość neurologów nie rozpoznawała również w kryteriach śmierci mózgu i kryteriach nieodwracalnego zatrzymania krążenia przejawów tego samego procesu umierania.

Konsekwencją prowadzenia dyskusji w wyznaczonych ramach definicji – kryteriów – testów jest wykorzystywanie ich przez krytyków śmierci mózgu twierdzących, że kryteria patofizjologiczne nie odpowiadają definicji operacyjnej, a badania diagnostyczne nie potwierdzają kryteriów patofizjologicznych. Można jednak wyjść poza tę ramę i zadawać filozoficzne

48 Battro A., Bernat J.L. i wsp., „Why the Concept of Brain Death is Valid as a Definition of Death”, Statement by the Pontifical Academy of Sciences and Response to Objections The Pontifical Academy of Sciences Extra Series 31 Vatican City 2008 5–15 dostęp: 2014.06.02 www.casinapiiv.va/content/accademia/en/publications/extraseries/braindeath.html.

49 Joffe i wsp., „A survey of American neurologists about brain death: understanding the conceptual basis and diagnostic tests for brain death.”, *Annals of Intensive Care* 2012, 2: 4.

pytania o naturę życia, relację osoby i jej fizyczności. Wychodząc z teorii emergencji i teorii złożoności hierarchicznie zorganizowanych systemów, Andrew Baker i Sam D. Shemie, dwóch kanadyjskich intensywyistów, przedstawiło biofilozoficzne założenia dla rozpoznawania śmierci człowieka, niezależnie od sytuacji klinicznej⁵⁰. Teoria emergencji tłumaczy organizowanie się złożonych systemów z podrzędnych elementów, których prosta suma nie oddaje wyższego poziomu w hierarchicznej strukturze. W taki sposób można opisywać życie i organizmy. Tak jak spełnienie pewnych krytycznych warunków jest konieczne do uzyskania wyższego stopnia samoorganizacji, tak ich zaniknięcie powoduje cofanie się na niższe stopnie. Pewna liczba aktywnych komórek w narządzie nie czyni go funkcjonalnym. Niezbędne są odpowiednia liczba i właściwa organizacja. Aktywny biologicznie narząd niekoniecznie ma zachowane funkcje.

To mózg jest konieczny do zaistnienia przytomności i samoświadomości. Dzieje się to w wyniku procesu emergencji. Baker i Shemie twierdzą, że naczelną cechą ludzkiego życia jest owa przytomność i samoświadomość, a dokładnie rodząca się z nich osoba. Utrata funkcji mózgu zapewniającej istnienie osoby jest koniecznym i wystarczającym kryterium śmierci człowieka. W takim rozumieniu końca życia autorzy są bliscy teorii J. P. Lizzy. Unikają jednak pułapki uznawania za zmarłych ludzi w stanie wegetatywnym. Dla zachowania życia konieczne jest zachowanie funkcji komórek mózgowych, które przez emergencję zapewniają istnienie przytomności i samoświadomości. Życie jest zachowane również wtedy, kiedy nie stwierdza się funkcji komórek mózgowych prowadzącej do emergencji świadomości, ale istnieje możliwość takiej emergencji. Śmierć to brak funkcji mózgu i jakiegokolwiek biologicznej możliwości powrotu

50 Baker A., Shemie S.D., „Biophilosophical basis for identifying the death of a person”, *J Crit Care* 2014 Aug, 29(4): 687–689.

tej funkcji, która zapewnia emergencję przytomności i samoświadomości. Kryterium to jest spełnione zarówno w nieodwracalnym zatrzymaniu krążenia, jak i w całkowitej dysfunkcji mózgu. Unifikując koncepcję śmierci człowieka Baker i Shemie zauważają, że prawdziwa trwała i nieodwracalna utrata funkcji mózgu następuje tylko w niewielkim odsetku w mechanizmie krytycznie podwyższonego ciśnienia wewnątrzczaszkowego. Znacznie częściej dochodzi do tego przez hipoksyczne uszkodzenie komórek mózgowych. Dzieje się tak w hipoksemicznej hipoksji, cytotoksycznej hipoksji i przede wszystkim w hipoksji spowodowanej zaburzonym lub nieobecnym przepływem mózgowym.

PODSUMOWANIE

Poza czysto biologiczną definicją śmierci zostały wypracowane również definicje uwzględniające stany psychiczne czy też podmiotowość. Według nich to złożone połączenie umysłu i ciała tworzy osobę jako całość.

Dyskurs o granicach ludzkiego życia ma wymiar zarówno metafizyczny, semantyczny, biologiczny, społeczny, jak i moralny. Czym jest śmierć? Co oznacza słowo „śmierć” i jakie znaczenia mu przypisujemy? Czy zasada niezabijania żywych ludzi poza wyjątkiem obrony nie znosi wyjątków w specjalnych sytuacjach⁵¹? Czy stan śmierci mózgu, pomimo że ciało nadal opiera się entropii, to biologiczna śmierć człowieka? Czy o tym, że jesteśmy, decyduje istnienie naszej osobowości? Na te pytania musimy starać się znajdować odpowiedzi, by określić, co czyni nas ludźmi i jakie wartości kierują naszymi decyzjami.

51 Nair-Collins M., „Brain Death, Paternalism, and the language of «death»”, *Kennedy Institute of Ethics Journal*, Volume 23, Number 1, March 2013, 53–104.

Całkowita niewydolność mózgu jest niewątpliwie granicą jakiejkolwiek terapii: leczniczej czy też paliatywnej. Dla zwolenników kryteriów neurologicznych oznacza to śmierć człowieka. Przeciwnicy tych kryteriów muszą przyznać, że są spełnione trzy elementy daremnej terapii:

- brak skuteczności – żadna interwencja nie jest w stanie zmienić nieuchronnego losu pacjenta, u którego z pewnością dojdzie do zatrzymania czynności serca⁵²,
- nie przynosi korzyści – nie wnosi jakiegokolwiek dobra dla pacjenta lub jego najbliższych,
- nieproporcjonalna uciążliwość – fizyczna, psychiczna, finansowa, również dla najbliższych pacjenta.

Utrzymywanie funkcjonowania ciała ludzkiego po rozpoznaniu całkowitej niewydolności mózgu jest nieetyczne i daremne, należy zaprzestać jakiegokolwiek form intensywnej terapii. Potencjalny brak akceptacji kryteriów neurologicznych śmierci człowieka, na przykład przez bliskich zmarłego, nie powinien powstrzymywać przed zakończeniem wentylacji mechanicznej⁵³.

„Pytanie, kiedy kończy się życie człowieka (podobnie jak problem, kiedy życie ludzkie się zaczyna), nie może być rozstrzygnięte wyłącznie na podstawie aktualnego stanu wiedzy biologicznej i klinicznej; dlatego właśnie – między innymi powodami – jest to jeden z najtrudniejszych problemów medycyny i antropologii filozoficznej. Biologia bada, co to jest życie, psychologia zajmuje się życiem psychicznym człowieka, rzucić zaś światło na to, czym jest życie ludzkie w swej najgłębszej istocie, stara się filozofia, dąży do tego też religia.” – prof. Jan Doroszewski⁵⁴.

52 Maruya J. i wsp., *op. cit.*

53 Może to nastąpić po zrozumiałym dla bliskich zmarłego przekazaniu informacji o śmierci i zapewnieniu im czasu na pożegnanie go.

54 Doroszewski J. glossa do artykułu: M. Sych „Aspekty etyczne pobierania narządów do przeszczepów”, 1992 *Polski Przegląd Chirurgiczny* 64, 3: 207.

DODATEK NR 1

WYBRANE PUBLIKACJE, KLUCZOWE
DLA ROZWOJU KONCEPCJI ŚMIERCI MÓZGU

W historii obserwacji i rozpoznawania śmierci człowieka według kryteriów neurologicznych możemy wskazać kilka punktów zwrotnych wyróżnionych na osi czasu:

1956, 1959		1968	1971	1981	1982	1995	2008	2014
1	2	3	4	5	6	7	8	9

poniżej publikacje zgodnie z numeracją na osi czasu

1. Historycznie dwie pierwsze prace dotyczą pacjentów z nieodwracalną śpiączką, bezdechem, brakiem odruchów rdzeniowych. Löfstedt i von Reis opisali u 6 pacjentów z powyższymi kryteriami brak krążenia mózgowego potwierdzony angiograficznie. Do zatrzymania akcji serca dochodziło po okresie od 2 do 26 dni, do tego momentu nie uznawano chorych za zmarłych⁵⁵.
2. Mollaret i Goulon zaproponowali zestaw kryteriów umożliwiających rozpoznanie stanu nazwanego przez nich *coma dépassé*. Kryteria te stały się podstawą dla kryteriów harwardzkich. Podobnie jak w publikacji Löfstedta pacjenci byli w nieodwracalnej śpiączce, bez odruchów z pnia mózgu i nie oddychali⁵⁶.

⁵⁵ Löfstedt S, von Reis F., „Intrakraniella lesioner med bilateralt upphävd kontrastpassage i a. carotis interna” *Opusc Med.* 1956; 1:199–202.

⁵⁶ Mollaret P., Goulon M., „Le coma dépassé mémoire préliminaire” *Rev Neurol (Paris)* 1959; 101:3–15.

3. Komitet harwardzki publikuje artykuł pod tytułem „Definicja nieodwracalnej śpiączki”. Pacjenci w nieodwracalnej śpiączce, bez odruchów z obrębu pnia mózgu i z trwałym bezdechem mogą i powinni być uznani za nieżywych. Wysłunięto kryterium śmierci całego mózgu (brak jest wszystkich funkcji mózgu), co nie oznacza, że każda komórka mózgu jest martwa. Koncepcja „śmierci mózgu” błyskawicznie obiegła świat. Henry Beecher i Raymond Adams proponowali, by rozpoznanie dokonywało co najmniej dwóch lekarzy, celem trudniejszego pociągnięcia ich do odpowiedzialności karnej oraz aby pacjentów uznać za zmarłych przed zakończeniem wentylacji mechanicznej (by uniknąć zarzutu o zabijanie chorych). Pierwsze zdanie artykułu brzmi: „Our primary purpose is to define irreversible coma as new criterion for death”. Uznali oni, że obciążenie przez pacjentów w śpiączce z bezdechem i nieodwracalną utratą intelektu, ich rodzin, szpitala i innych pacjentów oczekujących na miejsce w OIT jest zbyt wielkie, by kontynuować wentylację mechaniczną tych beznadziejnych przypadków⁵⁷.
4. Kryteria „Minnesota” – zmodyfikowane kryteria z Harwardu: dla rozpoznania śmierci mózgu nie jest konieczne wykonywanie EEG, należy wykazać współistnienie nieodwracalnego uszkodzenia mózgu. Nieodwracalne uszkodzenie pnia mózgu możliwe do wykazania badaniem klinicznym jest punktem bez odwrotu⁵⁸.
5. W USA Prezydencka Komisja ds. Studiów Problemów Etycznych w Medycynie oraz Badań Biomedycznych i Behawioralnych publikuje opracowanie „Defining death”, w którym po raz pierwszy jest podane uzasadnienie uznania kryteriów neurologicznych śmierci jako wystarczających dla rozpoznania biologicznej śmierci człowieka. Tym uzasadnieniem

57 The Harvard Committee, „A definition of irreversible coma”, *JAMA* 1968 Aug, 205(6): 337–340.

58 Mohandas A., Chou S.N., „Brain death. A clinical and pathological study.”, *J. Neurosurgery* 1971, (35): 211–218.

jest dezintegracja somatyczna organizmu jako następstwo obumarcia pnia mózgu⁵⁹. W tym samym roku w USA ogłoszono też Akt Jednolitego Ustalania Śmierci (UDDA), który stał się podstawą prawną dla wszystkich stanów Ameryki dla stwierdzania śmierci według kryterium krążeniowo-oddechowego lub neurologicznego. W akcie tym nie podano zestawu kryteriów ani wymaganych testów dla potwierdzania diagnozy.

6. Pallis publikuje „ABC śmierci pnia mózgu” w *BMJ*⁶⁰. Wprowadził w Wielkiej Brytanii koncepcję śmierci pnia mózgu jako kryterium niezbędnego i wystarczającego do uznania pacjenta za zmarłego⁶¹.
7. Opublikowanie w *Neurology* zestawu badań klinicznych – odruchy z obszaru pnia mózgu i test bezdechu – niezbędnych do potwierdzenia śmierci mózgu⁶². W 2008 roku w tym samym piśmie zamieszczono artykuł analizujący publikacje w latach 1995–2008 pod kątem wiarygodności testów i kryteriów z 1995 roku – nie ma żadnego dowodu na to, aby chociaż jeden pacjent po uznaniu go za zmarłego na podstawie kryteriów neurologicznych zaczął oddychać, obudził się⁶³.
8. Publikacja w USA dokumentu Prezydenckiej Komisji ds. Studiów Problemów Etycznych w Medycynie oraz Badań Biomedycznych i Behawioralnych „A White Paper” odnoszącego się do krytyki koncepcji rozpo-

59 President's Commission for the Study of Ethical Problems in Medicine and Biomedical and Behavioral Research, „Defining death” 1981; dostęp: 2014.08.01 https://repository.library.georgetown.edu/bitstream/handle/10822/559345/defining_death.pdf?sequence=1.

60 Pallis C., „From Brain Death to Brain Stem Death”, *BMJ*, 285, November 1982.

61 „Criteria for the diagnosis of brain stem death”, *J Roy Coll Phys of London* 1995, 29: 381–382.

62 The Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology. Practice parameters for determining brain death in adults (summary statement), *Neurology* 1995, 45: 1012–1014.

63 Evidence-based guideline update: Determining brain death in adults. Report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology, *Neurology* 74 June 8, 2010.

znawania śmierci człowieka na podstawie kryteriów neurologicznych⁶⁴. Podano nowe uzasadnienie – w stosunku do ustaleń komisji prezydenckiej z 1981 roku – zrównania śmierci mózgu (nazywanej tu całkowitą niewydolnością mózgu) ze śmiercią biologiczną człowieka.

9. Sam D. Shemie et al „International guideline development for the determination of death” w *Intensive Care Med.* W tej publikacji przedstawiono wyniki prac konferencji w Montrealu w roku 2012. Pod auspicjami WHO i z udziałem kanadyjskich organizacji opieki zdrowotnej odbyła się konferencja mająca na celu przedstawienie międzynarodowej operacyjnej definicji śmierci⁶⁵.

DODATEK NR 2

KONCEPCJA DAWSTWA W KONTROLOWANYM DCD, GDY BLISCY ZMARŁEGO NIE AKCEPTUJĄ KRYTERIÓW NEUROLOGICZNYCH ŚMIERCI

W wypadku rozważania pobrania narządów do transplantacji, gdy rodzina nie akceptuje kryteriów neurologicznych, można rozważać procedurę CDCD. Jest to kontrolowana donacja po nieodwracalnym zatrzymaniu krążenia, następującym po zakończeniu wentylacji mechanicznej. Oczywiście konieczny jest warunek braku sprzeciwu zmarłego i rodzinna autoryzacja pobrania. Podstawą prawną dla takiego postępowania jest art. 9 a ust. 1 ustawy z dnia 1 lipca 2005 r. o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów oraz załącznik do obwieszczenia Ministra Zdrowia z dnia

64 President's Commission for the Study of Ethical Problems in Medicine and Biomedical and Behavioral Research: A White Paper, 2008 dostęp: 2014.08.01 <https://bioethicsarchive.georgetown.edu/pcbe/reports/death/>.

65 Shemie Sam D. i wsp., „International guideline...” op. cit.

9 sierpnia 2010 r.⁶⁶ podający kryteria nieodwracalnego zatrzymania krążenia:

I. Wprowadzenie:

- Art 9 a ust. 1 ustawy z dnia 1 lipca 2005 r. o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów wprowadza możliwość pobrania komórek, tkanek lub narządów po stwierdzeniu zgonu wskutek nieodwracalnego zatrzymania krążenia. Zatrzymanie krążenia zgodnie z aktualną wiedzą medyczną, prowadzi w krótkim czasie do śmierci komórek mózgowych i ostatecznie do śmierci mózgu. Jednocześnie komórki stanowiące strukturę narządów bardziej odpornych na niedotlenienie z braku perfuzji zachowują przez pewien czas swoją funkcję, co stwarza możliwość ich pobrania i skutecznego przeszczepienia.
- Stwierdzenie zgonu wskutek nieodwracalnego zatrzymania krążenia opiera się na całościowej interpretacji danych z wywiadu chorobowego i klinicznych objawów nieodwracalnego zatrzymania krążenia. Poniższe wytyczne definiują kryteria rozpoznania i sposób stwierdzenia nieodwracalnego zatrzymania krążenia przed przystąpieniem do czynności związanych z przygotowaniem do planowanego pobrania komórek, tkanek lub narządów.

II. Kryteria rozpoznania nieodwracalnego zatrzymania krążenia

Nieodwracalne zatrzymanie krążenia można rozpoznać po spełnieniu następujących warunków: *(istotny dla naszych rozważań jest punkt trzeci zamieszczony poniżej)*

- 3) jeśli zatrzymanie krążenia nastąpiło w sytuacji, w której lekarz leczący stwierdził, że zgodnie z aktualną wiedzą medyczną resuscytacja krążeniowo-oddechowa nie zakończy się przeżyciem.

⁶⁶ Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 9 sierpnia 2010 w sprawie kryteriów i sposobu stwierdzenia nieodwracalnego zatrzymania krążenia. M.P. 2010 nr 59, poz. 784.

PRAKTYCZNE ASPEKTY KONCEPCJI ŚMIERCI MÓZGU

WALDEMAR IWAŃCZUK

PAŃSTWOWA WYŻSZA SZKOŁA ZAWODOWA
IM. PREZYDENTA STANISŁAWA
WOJCIECHOWSKIEGO, KALISZ

ODDZIAŁ INTENSYWNEJ TERAPII
WOJEWÓDZKIEGO SZPITALA
ZESPOLONEGO W KALISZU

WPROWADZENIE

Śmierć jest zjawiskiem biologicznym, którego istotą jest stopniowy zanik funkcji życiowych aż do ich całkowitego ustania. Obecnie postrzegamy śmierć jako proces zdysocjowany, to jest rozciągnięty w czasie, prowadzący do stopniowego rozerwania więzi pomiędzy układami organizmu. Wraz z upływem czasu stan narastającej entropii czyni z organizmu układ otwarty (z punktu widzenia termodynamiki procesów życiowych jest to: *point of no return*). Mówi o tym przyjęta w 1968 r. podczas 22 Światowego Zjazdu Towarzystw Medycznych doktryna o zdysocjowanym charakterze śmierci¹.

Nowa definicja śmierci oparta na kryterium neurologicznym pomimo tego, że od ponad pięćdziesięciu lat jest stosowana w zdecydowanej większości krajów świata, nadal wzbudza kontrowersje². Wydaje się to naturalne, gdyż tajemnica śmierci jest osiowym problemem nie tylko nauki, ale przede wszystkim filozofii i religii. Dlatego różnorodny kontekst śmierci sprawia, że w dyskusji nad założeniami koncepcji śmierci mózgu uczestniczą przedstawiciele wielu dziedzin.

Co prawda Pius XII w 1957 r. stwierdził, że jedynie medycyna ma wystarczające kompetencje do ustalenia kryterium śmierci, ale problem jest zbyt poważny, aby odbierać przedstawicielom innych nauk humanistycznych prawa do dyskusji w tej materii³.

Dla porządku warto przypomnieć, że koncepcja śmierci mózgu opiera się na dwóch kardynalnych założeniach. Pierwsze z nich, akcentując aspekt czysto fizjologiczny, mówi, że mózg jest narządem krytycznym dla funkcjonowania organizmu jako spójnej całości, a unicestwienie mózgu

¹ *Declaration of twenty-second World Medical Assembly at Sydney 1968*, BMJ, 1968, 3, s. 493–494.

² Wijdicks F.M., „Brain death worldwide. Accepted but no global consensus in diagnosis criteria”, *Neurology*, 2002, 58, s. 20–25.

³ Pius XII, *Prolongation of life, Pope Speaks*, 1958, 4, s. 393–398.

rozpoczyna kaskadę zdarzeń prowadzących do dekompozycji organizmu, który wraz z utratą swojej integralności staje się zbiorem niepowiązanych ze sobą, izolowanych narządów. Nieuniknioną konsekwencją tego scenariusza jest nieodległe w czasie od śmierci mózgu zatrzymanie krążenia, a wraz z nim śmierć biologiczna. Według tego założenia śmierć mózgu stanowi preludium śmierci biologicznej i wpisuje się w doktrynę o zdysocjowanym charakterze śmierci. Drugie założenie mówi o tym, że mózg jest strukturalnym nośnikiem ilościowej i jakościowej składowej świadomości.

Część badaczy uważa jednak, że mózg nie odgrywa jakiegś szczególnej roli w utrzymaniu integralności ustroju⁴⁻⁹. Na potwierdzenie tej tezy podają oni całą listę funkcji organizmu utrzymujących się po dokonanej śmierci mózgu, takich jak: dojrzewanie płciowe, trawienie pokarmu, krzepnięcie krwi, gojenie się ran, zdolność do reakcji obronnych układu odpornościowego, a także zdolność do utrzymania homeostazy organizmu, w tym w zakresie gospodarki wodno-elektrolitowej, zdolność do neurohormonalnej aktywacji w odpowiedzi na stres oraz możliwość utrzymania ciąży. Według nich ważkim argumentem, podważającym szczególną rolę mózgu w integracji funkcji organizmu, są przypadki ciąży utrzymane przez wiele tygodni po stwierdzeniu śmierci mózgu.

4 Shewmon A., „The Brain and Somatic Integration: Insights Into the Standard Biological Rationale for Equating Brain Death with Death”, *Journal Medicine and Philosophy*, 2001, 25, s. 457–458.

5 Shewmon A., „Chronic brain death”, *Neurology*, 1999, 53, s. 1369–1372.

6 Byrne P.A., Nigles R.G., „The brain stem in brain death: A critical review”. *Issues in Law & Medicine*, 1993, 9, s. 389–394.

7 Field D.R., Gates E.A., Creasy R.K. i wsp., „Maternal Brain death during pregnancy”. *JAMA*, 1988, 260, s. 816–822.

8 Bernstein I.M., Watson M., Simmons G.M. i wsp., „Maternal brain death and prolonged fetal survival”, *Obs Gynecol*, 1989, 74, s. 14–23.

9 Shewmon A., „Recovery from „brain death”: A neurologist’s apologia”. *Linacre Q* 1997 Feb; 64(1): 30–96.

Zarzut, że nie w każdym przypadku śmierci mózgowej dochodzi do somatycznej dezintegracji organizmu, jest jednym z najważniejszych zarzutów stawianych przez krytyków koncepcji śmierci mózgu. Rozstrzygnięcie tej kwestii było przedmiotem wielu prac badawczych. Wyniki ich są jednoznaczne – śmierć mózgu zawsze ostatecznie prowadzi do zatrzymania krążenia krwi wskutek postępującej niewydolności pniowego ośrodka homeostazy, aczkolwiek proces ten można do pewnego stopnia kontrolować.^{10–13} W jednej z tych prac poddano analizie 718 przypadków śmierci mózgu u dorosłych i 116 u dzieci poniżej 5 roku życia, w innej analizowano 139 przypadków śmierci mózgu u dzieci poniżej 18 roku życia. Wykazano, że w każdym przypadku doszło do zatrzymania krążenia pomimo zastosowania intensywnej terapii. U 90% dorosłych – do 4 dnia po rozpoznaniu śmierci mózgu, a w grupie dzieci – w 80% przypadków – do 21 dnia od rozpoznania śmierci mózgu, najdłuższy okres utrzymania funkcji układu krążenia wyniósł jednak ponad 100 dni. W innej pracy, której autor pochodzi z Kuwejtu, obejmującej 10-letni okres obserwacji chorych z klinicznymi oznakami śmierci mózgu, u których kontynuowano terapię, średni czas od rozpoznania śmierci mózgu do zatrzymania krążenia u dorosłych wynosił 8 dni, w żadnym przypadku nie przekroczył jednak 30 dni¹². Największe zestawienie 1800 chorych z klinicznymi objawami śmierci pnia mózgu podają Pallis i Harley. Asystolia u większości chorych, u których nie stosowano leków naczynioskurczowych, występowała w ciągu 48 godzin od pojawienia się objawów śmierci pnia mózgu¹³.

¹⁰ *Report on the Criteria for the Determination of Brain Death in Children. JMAJ*, 2002, s. 291–307.

¹¹ *Report of the Study Group on Brain Death: Guidelines and criteria for diagnosis of brain death. JJMA*, 1985, 94, s. 1949–1972.

¹² Al-Shammri S., Nelson R.F., Madavan R., „Survival of Cardiac Function after Brain Death in Patients in Kuwait”, *European Neurology*, 2003, 49, s. 90–93.

¹³ Pallis C., Harley D.H., „Prognostic significance of a dead brainstem”, [w:] Pallis C., Harley D.H., „ABC of brain stem death”. *BMJ*, 1996, s. 28–33.

DEFINICJA ŚMIERCI

W 2012 roku w Montrealu przyjęto stanowisko, że z punktu widzenia nauk medycznych jedynym kryterium śmierci człowieka jest śmierć mózgu, do której może dochodzić według dwóch odmiennych scenariuszy, jako wyniku globalnego zatrzymania krążenia krwi (nieodwracalnego lub przejściowego) lub regionalnego ustania krążenia krwi, jednak tylko w jamie czaszki. Przy takim ujęciu tego zagadnienia śmierć krążeniowa zawiera w sobie śmierć mózgową (zawsze śmierć sercowa doprowadza do śmierci mózgowej) i w przypadku neurologicznej definicji śmierci mamy do czynienia nie tyle z nowym, jakościowo odrębnym kryterium, ile z wyeksponowaniem tego, co i tak stanowi o istocie tradycyjnie obowiązującego kryterium śmierci. Z tego punktu widzenia krążeniowa i mózgową definicja śmierci odnoszą się do tego samego biologicznego zjawiska. Według wielu filozofów jest to jeden z podstawowych warunków antropologicznej poprawności definicji śmierci mózgowej. Konkludując, z punktu widzenia medycyny osiągnięto konsensus, w myśl którego jest tylko jedno kryterium śmierci – kryterium śmierci mózgu – ale istnieją dwa odmienne sposoby jego stwierdzania.

Na gruncie czysto praktycznym napotykamy jednak dość istotne problemy. Źródłem ich jest zgoła odmienny charakter krążeniowej i neurologicznej definicji śmierci. Definicja krążeniowa śmierci ma więcej cech definicji realnej. Odnosi się ona bowiem do rzeczywistego zjawiska, którego zmysłowe oznaki są tak czytelne i oczywiste dla każdego, że jego definiowanie wydaje się być wręcz zbędne. Definicje takie określa się jako ontologiczne, gdyż dotyczą one zjawisk obiektywnie zachodzących, niezależnie od tego czy zostaną zdefiniowane, czy też nie. Neurologiczna definicja śmierci z kolei jest bardziej zbliżona do definicji operacyjnej. Za definicje operacyjne uznajemy z kolei takie, które określają definiowane zjawisko poprzez podanie jego dokładnych kryteriów i testów służących do ich stwierdzenia. Definicje operacyjne w medycynie służą realizacji konkretnych celów diagnostycznych lub terapeutycznych.

W tym przypadku rozpoznanie śmierci mózgu jest postawione na podstawie z góry ustalonych, powtarzalnych, opartych na empirycznych przesłankach, procedur. Służą one zdiagnozowaniu stanu, który uznajemy za spełniające kryterium śmierci organizmu ludzkiego. W przypadku neurologicznej definicji śmierci, w odróżnieniu od definicji krążeniowej, występuje zdecydowanie mocniej zaznaczony konflikt między biologiczną naturą śmierci, traktującą ją jako proces a względami praktycznymi determinującymi postrzeganie śmierci jednak jako zdarzenie. Wymiar praktyczny, podyktowany względami formalno-prawnymi, sprawia bowiem, że każda definicja śmierci musi być punktowa, co wiąże się z pewnym stopniem jej arbitralności. Innymi słowy „punkt odcięcia” (*martwy/żywy*) może znajdować się w różnych punktach trajektorii umierania, zależnie od kształtu protokołu diagnostycznego służącego stwierdzaniu śmierci. Z tego też powodu na świecie istnieją istotne różnice między protokołami diagnostycznymi śmierci mózgu. Dotyczą one czasu obserwacji klinicznej, ilości badań, sposobu wykonania próby bezdechu, rodzaju stosowanych badań instrumentalnych, ich interpretacji, odmienności postępowania u dzieci, w anoksycznym uszkodzeniu mózgu, czy też w pierwotnym podnamiotowym uszkodzeniu mózgu. Dalszą właściwością operacyjnej, neurologicznej definicji śmierci jest jej stopniowa ewolucja w miarę gromadzenia nowych, nieznanych do tej pory faktów, sposobu ich interpretacji oraz doskonalenia starych i wprowadzania nowych metod diagnostycznych. Obecny sposób rozpoznania śmierci mózgu znacząco różni się od pierwszych protokołów diagnostycznych pochodzących z przełomu lat sześćdziesiątych i siedemdziesiątych XX wieku.

Śmierć mózgu (lub całkowita niewydolność mózgu, co wydaje się właściwszym określeniem) definiujemy jako całkowity i trwały brak klinicznie rozpoznawalnych funkcji mózgu. Według tej definicji, w przeważającej większości sytuacji, diagnoza śmierci mózgu jest rozpoznaniem klinicznym, o ile oczywiście istnieją konieczne warunki potrzebne do przeprowadzenia wszystkich punktów protokołu diagnostycznego (możliwość wykonania peł-

nego badania neurologicznego i próby bezdechu). Funkcja mózgu, określana jako klinicznie zauważalny przejaw jego aktywności, jest przeciwstawiona czynności mózgu, uchwytniej jedynie w badaniu laboratoryjnym lub przyrządowym. Innymi słowy – nie każda czynność mózgu manifestuje się jego funkcją. Trwały brak funkcji oznacza, że nie powróci ona samoistnie oraz nie może być przywrócona jakimkolwiek działaniem leczniczym. Co niezwykle ważne – obecność rejestrowanej laboratoryjnie lub przy pomocy badania instrumentalnego szczątkowej czynności mózgu, przy braku klinicznie uchwytnych funkcji mózgu, nie podważa rozpoznania śmierci mózgu. Uwaga ta jest niezwykle istotna, mając na względzie fakt, że u pewnej części chorych z klinicznym obrazem śmierci mózgu można wykryć obecność hormonów – zarówno przedniego, jak i tylnego płata przysadki mózgowej – lub też szczątkowej aktywności elektrofizjologicznej.

Warto dodać, że z historycznego punktu widzenia mamy do czynienia z dwoma wariantami definicji śmierci mózgu, z definicją śmierci „całego” mózgu oraz z definicją śmierci mózgu jako „całości”. W większości krajów przyjęto pierwszą z tych definicji, według której należy podczas procesu diagnostycznego wykazać całkowity i trwały brak klinicznie rozpoznawalnych funkcji „całego” mózgu („cały” oznacza brak funkcji zarówno w przestrzeni nad-, jak i podnamiotowej, czyli półkul mózgowych i pnia). Wyjątek stanowi Wielka Brytania, w której nadal obowiązuje definicja śmierci pnia mózgu (podobnie było w Polsce do 2007 r.), według której brak funkcji pnia mózgu rozstrzyga o uznaniu śmierci mózgu jako pełnej funkcjonalnej całości. Kwestia ta jest nadal przedmiotem kontrowersji. Z punktu widzenia neurofizjologii czynność siatkowatego układu aktywującego pnia mózgu jest kluczowa dla powstania świadomości i integralności mózgowia jako całości, co oznacza, że trwały brak funkcji pnia mózgu przekłada się na nieodwracalną utratę świadomości, niezależnie od stanu wyższych struktur mózgowia.

Obie definicje funkcjonują równolegle, aczkolwiek w zdecydowanej większości sytuacji opisują to samo zdarzenie. Istotna różnica pomiędzy

nimi powstaje w przypadku izolowanego uszkodzenia pnia mózgu, przy zachowanej czynności struktur nadnamiotowych, chociaż – co warto podkreślić – obraz kliniczny obu tych stanów jest identyczny.

PROCEDURA DIAGNOSTYCZNA: MODELE USZKODZENIA MÓZGU, KRYTERIA I TESTY

W praktyce diagnoza śmierci mózgu sprowadza się do stwierdzenia trwałego braku klinicznie rozpoznawalnych funkcji mózgu, pod warunkiem wcześniejszego wykluczenia stanów chorobowych mogących powodować jego przemijającą dysfunkcję. Kardynalnymi objawami śmierci mózgu są: śpiączka (brak ilościowego i jakościowego komponentu świadomości), brak funkcji pnia mózgu (brak odruchów przywiedzionych przez pień mózgu) oraz trwałe bezdech. Kliniczny obraz śmierci mózgu jest dopełniany przez niewydolność pniowego ośrodka homeostazy, prowadzącą ostatecznie do zatrzymania krążenia krwi. Objawy somatycznej dezintegracji są maskowane przez działania terapeutyczne, dlatego też są wyłączone z aktualnie obowiązujących kryteriów diagnostycznych.

Rozpoznanie śmierci mózgu jest przede wszystkim diagnozą kliniczną, jednak alternatywnym sposobem postępowania jest zastąpienie testów klinicznych badaniem instrumentalnym. Z praktycznego punktu widzenia można wyróżnić następujące etapy postępowania diagnostycznego:

- wykazanie przyczyny krytycznego uszkodzenia mózgu oraz wykluczenie stanów doprowadzających do potencjalnie odwracalnej dysfunkcji układu nerwowego (stany „naśladujące” kliniczny obraz śmierci mózgu),
- identyfikacja czynników utrudniających proces diagnostyczny (uniemożliwiających pełne wykonanie badania klinicznego lub wiarygodną jego ocenę),
- badanie kliniczne w uzasadnionych przypadkach uzupełnione lub zastąpione badaniem instrumentalnym (w razie obecności czynników utrud-

niających interpretację lub uniemożliwiających wykonanie badania klinicznego),

- uzyskanie dowodów na nieodwracalność stanu.

Obecny standard diagnostyczny śmierci mózgu uzależnia sposób rozpoznania tego stanu od mechanizmu jego letalnego uszkodzenia. Uszkodzenia mózgu można podzielić na pierwotne i wtórne. Pierwotne to te, które dotyczą bezpośrednio mózgowia, wtórne z kolei zostają zapoczątkowane przez ogólnoustrojowe procesy chorobowe powstające poza mózgiem. Odmierna patofizjologia umierania mózgu w jego pierwotnym nadnamiotowym, podnamiotowym i wtórnym uszkodzeniu znajduje odzwierciedlenie w sposobie postępowania. Z punktu widzenia diagnostyki można wyróżnić dwie przestrzenie nad- i podnamiotową, oddzielone namiętem mózdzku. O ile funkcje przestrzeni podnamiotowej są łatwo sprawdzalne badaniem neurologicznym (czynność nerwów czaszkowych – badanie ich odruchów), o tyle stan półkul mózgowych u chorych będących w śpiączce pozostaje nie do oceny badaniem neurologicznym. Zachodzi tu konieczność wykonania badania instrumentalnego.

W pierwotnym nadnamiotowym uszkodzeniu mózgu wektor uszkodzenia przesuwają się z góry na dół, powodując pierwotnie krytyczny wzrost ciśnienia w przestrzeni nadnamiotowej skutkujący martwicą półkul mózgowych, a następnie wtórne zniszczenie pnia mózgu wskutek jego przemieszczenia w obręb otworu potylicznego wielkiego (rostrokaudalny model uszkodzenia mózgu). Pień mózgu umiera jako ostatnia struktura mózgowia, stąd też rozpoznanie śmierci całego mózgu można postawić po stwierdzeniu ustania funkcji pnia mózgu, zgodnie z zachodzącym w tej sytuacji rostrokaudalnym modelem uszkodzenia mózgu. W przypadku podnamiotowej lokalizacji proces uszkadzający, pierwotnie zlokalizowany podnamiotowo, z czasem obejmuje także przestrzeń nadnamiotową (kaudorostralny model uszkodzenia). Namięt mózdzku stanowi tutaj naturalną barierę oddzielającą tylny dół czaszki od wyżej położo-

nych części mózgowia. Bariera ta jest czasową przeszkodą dla niszczącej fali wzrostu ciśnienia wewnątrzczaszkowego. Stąd częste rozszczepienie czasowe śmierci struktur pod- i nadnamiotowych, sięgające nawet kilkudziesięciu godzin. W tej sytuacji diagnostyka śmierci mózgu jest dwuetapowa, śmierć pnia mózgu rozpoznajemy, podobnie jak w pierwotnym nadnamiotowym uszkodzeniu mózgu, na podstawie badania klinicznego, w drugim etapie istnieje obowiązek wykonania badań instrumentalnych (przepływu mózgowego lub EEG) w celu potwierdzenia ustania czynności struktur nadnamiotowych (badanie kliniczne funkcji struktur nadnamiotowych w tej sytuacji jest niewykonalne).

Wtórne uszkodzenie mózgu mogą wywołać krańcowo różne przyczyny. Ze względu na patogenezę tego zjawiska możemy podzielić je na trzy grupy. Są to:

- brak substratów energetycznych,
- zatrucia endogenne spowodowane skrajnymi zaburzeniami metabolicznymi oraz zaburzenia endokrynologiczne,
- zatrucia egzogenne.

Brak substratu energetycznego (hipoglikemia) lub potrzebnego do utylizacji glukozy i wytwarzania energii tlenu to główne przyczyny wtórnego uszkodzenia mózgowia. Niedotlenienie może być spowodowane przede wszystkim przejściowym globalnym zahamowaniem przepływu mózgowego (przebyte zatrzymanie krążenia) lub jego niewydolnością (wstrząs, niedrożność tętnic szyjnych), anoksją (powieszenie, utopienie) lub obecnością nieprawidłowych postaci hemoglobiny (karboksyhemoglobina, methemoglobina).

Skrajne zaburzenia metaboliczne, takie jak: krańcowa niewydolność wątroby, nerek, powodują zatrucia endogenne. Dysfunkcję mózgu mogą także spowodować zaburzenia endokrynologiczne, takie jak: przełomy w nadczynności lub niedoczynności tarczycy oraz ogólnoustrojowa reakcja zapalna w przebiegu sepsy (encefalopatia septyczna).

Szkodliwe działanie niektórych substancji, takich jak: glikol etylenowy, propylenowy, metanol, prowadzi natomiast do zatrucia egzogennego. Niektóre

z wymienionych stanów chorobowych mogą samodzielnie doprowadzić do śmierci mózgu, inne natomiast powodują jego potencjalnie odwracalną dysfunkcję. Anoksja w wyniku przebytego zatrzymania krążenia krwi jest z kolei czynnikiem sprawczym 90% wszystkich przypadków wtórnego uszkodzenia mózgu. Doprowadza ona do selektywnej, postępującej śmierci neuronów, zależnie od ich odporności na niedotlenienie. Ponieważ najbardziej wrażliwe neurony są zlokalizowane nadnamiotowo, w tym przypadku stwierdzenie braku funkcji pnia mózgu jest wystarczające dla przyjęcia, że cały mózg jest martwy. Badania przyrządowe w tej sytuacji nie są obowiązkowe.

Postępowanie we wtórnym uszkodzeniu mózgu różni się zasadniczo od uszkodzenia pierwotnego. W przeważającej liczbie przypadków wtórnego uszkodzenia mózgu ekspozycja na bodziec uszkadzający jest tylko przejściowa i nie występuje już w czasie postępowania diagnostycznego. Tak dzieje się w przebytej anoksji w wyniku zatrzymania krążenia, dominującej przyczynie wtórnego uszkodzenia mózgu. W przypadku uszkodzenia pierwotnego przyczyna, która spowodowała zahamowanie krążenia mózgowego (krytyczny wzrost ciśnienia wewnątrzczaszkowego), przeważnie w większości przypadków utrzymuje się nadal w czasie postępowania diagnostycznego (z wyjątkiem wykonania odbarczenia kostnego lub odbarczenia wodogłowia). Stąd też większa przydatność w tej drugiej sytuacji instrumentalnych badań przepływu mózgowego. We wtórnym uszkodzeniu mózgu natomiast może dojść do reperfuzji martwego mózgowia, co może doprowadzić do fałszywie negatywnego rozpoznania śmierci mózgu za pomocą badań przepływu mózgowego. Dlatego bardziej przydatne w tej sytuacji są badania elektrofizjologiczne.

Inną odmiennością postępowania diagnostycznego u chorych z wtórnym uszkodzeniem mózgu, szczególnie wywołanym anoksją, są znacznie dłuższe okresy obserwacji (Polska – 24 godziny, Niemcy – aż 72 godziny pomiędzy badaniami klinicznymi, po odpowiednio 12- i 24-godzinny czasie obserwacji wstępnej). Wynika to z przesłanek patofizjologicznych, ponieważ procesy

uszkodzające, które prowadzą do śmierci mózgu w wyniku anoksji, są znacznie rozciągnięte w czasie. Ten fakt znalazł odbicie w kształcie większości protokołów diagnostycznych. W wyniku niedotlenienia komórki nerwowe mogą ulec natychmiastowej śmierci (nekrozie) lub apoptozie (programowana śmierć komórki). Czas trwania niedokrwienia oraz jego głębokość, a także rodzaj komórki determinują, który z tych procesów dominuje. Podstawowe mechanizmy tego rodzaju uszkodzenia są już poznane. Należą do nich: ekscytotoksyczność, stres oksydacyjny, zapalenie, depolaryzacja okołozawłowa i indukowana apoptoza¹⁴. Scenariusz wydarzeń w krytycznym niedokrwieniu przedstawia się w skrócie następująco:

Zatrzymanie dowozu tlenu i glukozy prowadzące do zatrzymania metabolizmu tlenowego neurocytów i spadku produkcji ATP jest przyczyną zatrzymania czynności pomp jonowych w błonie komórkowej neuronów, napływu do wnętrza neurocytów jonów sodu, co skutkuje niekontrolowaną depolaryzacją neuronów, uwolnieniem neuroprzekaźników, w tym glutaminianu, stymulacją i depolaryzacją kolejnych komórek, wreszcie napływem jonów Ca^{2+} do wnętrza neurocytów i mitochondriów, które doprowadzają do dekarboksylacji glutaminianu do glutaminy i indukowania apoptozy. Uszkodzenie ischemicznych obszarów mózgu jest wzmacniane przez aktywację wieloczynnikowej kaskady reakcji zapalnych. Reperfuzyja i wywołany przez nią stres oksydacyjny potęgują powyższą kaskadę zdarzeń patologicznych. W ciągu kilku minut po niedokrwieniu dochodzi do uogólnionej, patologicznej depolaryzacji neuronów, natomiast w ciągu kilku godzin – do aktywacji stanu zapalnego, a po kilku dniach – do apoptozy komórek nerwowych (od 48 do 72 godzin po zadziałaniu czynnika sprawczego).

¹⁴ Bielewicz J., Kurzepa J., Łagowska-Lenard M., Bartosik-Psujek H., „Nowe poglądy na patomechanizm udaru niedokrwienego mózgu”. *Wiadomości Lekarskie*, 2010, LXIII, 3, s. 213–220.

Podobne procesy prowadzące do ischemicznego uszkodzenia neuronów powstają podczas systemowego zatrzymania krążenia krwi. Zależnie od czasu i obszaru niedokrwienia dochodzi do selektywnej śmierci neuronów, począwszy od najbardziej wrażliwych, a także do tworzenia stref o odmiennej patofizjologii. Strefa centralna obejmuje komórki nerwowe, które uległy nekrozie, w strefie pośredniej („strefa półcienia”, *penumbra*) znajdują się komórki, które ulegają martwicy przede wszystkim w procesie aktywowanej śmierci (apoptozy).

Odmienne patofizjologia zjawisk prowadzących do śmierci mózgu determinuje wykorzystanie różnorodnego arsenału badań przyrządowych wykorzystywanych w diagnostyce tego stanu. Z tego punktu widzenia, biorąc pod uwagę rodzaj zastosowanych badań, podczas diagnozowania śmierci mózgu możemy spotkać się z trzema odmiennymi sytuacjami. Pierwsza z nich dotyczy dokonanej śmierci mózgu w mechanizmie jego pierwotnego nadnamiotowego uszkodzenia, w którym krytyczny wzrost ciśnienia wewnątrzczaszkowego doprowadził do zatrzymania przepływu mózgowego w przestrzeniach nad- i podnamiotowej. Druga z nich dotyczy pierwotnego podnamiotowego uszkodzenia mózgu, w którym początkowo przepływ ustaje tylko w przestrzeni podnamiotowej, a następnie może, choć nie musi – w przestrzeni nadnamiotowej. Wreszcie trzecia sytuacja dotyczy tych przypadków śmierci mózgu, w których czynnik bezpośrednio uszkadzający mózg niekoniecznie doprowadza do współistniejącego krytycznego obrzęku skutkującego zatrzymaniem krążenia mózgowego. Dzieje się tak przede wszystkim we wtórnym uszkodzeniu mózgu. Warto zauważyć, że pierwsza z tych sytuacji jest najbardziej komfortowa z punktu widzenia diagnostyki, ponieważ jest zgodna z podstawowym aksjomatem biologicznym, mówiącym, że martwa tkanka to nieukrwiona tkanka, przy czym czas niedokrwienia musi być odpowiednio długi, aby doprowadzić do jej martwicy (30 minut dla mózgu w warunkach normotermii). Zasada ta była ściśle egzekwowana w pierwszych protokołach diagnostycznych śmierci mózgu, w których zalecano, aby podczas diagnozo-

wania tego stanu w warunkach normotermii dwukrotnie wykonać angiografię naczyń mózgowych w odstępie co najmniej 30 minut¹⁵. Rekomendowano także, aby w kryteriach diagnostycznych uwzględnić objawy somatycznej dezintegracji wynikające z niewydolności ośrodków pnia mózgu¹⁶.

HIPOTEZA CAŁKOWITEJ STREFY PÓŁCIENIA A TEST BEZDECHU

Badanie czynności ośrodka oddechowego stanowi istotny element procedury diagnostycznej zmierzającej do rozpoznania śmierci mózgu. Istotą tego badania jest stymulacja stref chemowrażliwych kompleksu oddechowego pnia mózgu bodźcem hiperkapnicznym. Zasadność wykonywania próby bezdechu jest przedmiotem kontrowersji. Brazylijski neurochirurg Cicero Coimbra uważa, że badanie to może być potencjalnie niebezpieczne¹⁷. Twierdzi on, że w czasie krytycznego wzrostu ciśnienia wewnątrzczaszkowego i związanego z tym stopniowego spadku przepływu mózgowego, zanim ono ustanie, musi osiągnąć wartość krytyczną dla przeżycia neuronów. Dochodzi wówczas do zjawiska identycznego jak w zawale mózgu, gdzie wokół ogniska martwicy istnieje tak zwana „strefa półcienia” (*penumbra*), w której jest utrzymany niewielki przepływ, umożliwiający jednak przeżycie neuronów pod warunkiem przywrócenia prawidłowego przepływu. Przepływ krwi w tych regionach jest graniczny dla ich przeżycia i wynosi od 15 do 30 ml/100 g/min. Neurony takie z powodu niskiego metabolizmu, pozwalającego tylko na zachowanie integralności błon komórkowych, nie przejawiają aktywności synaptycznej, dlatego też są określa-

15 Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften, „Richtlinien für Definition und Diagnose des Todes”. *Schweiz Arzteztg*, 1969, 50, s. 431–432.

16 Jorgensen E., Brodersen P., „Criteria of death”. *Nord Med*, 1971, 86, s. 1549–1560.

17 Coimbra G., „Implication of ischaemic penumbra for the diagnosis of brain death”. *Brazilian Journal of Medical and Biology Research*, 1999, 32, s. 1479–1487.

ne jako „śpiące”, ale jeszcze nie „martwe”. Mają one zachowany szczątkowy metabolizm, dlatego nie manifestują swoich funkcji. Stąd też koncepcja Coimbry jest określana jako hipoteza uogólnionej strefy półcienia w stanie śmierci mózgu (GIF – *general ischaemic penumbra*). Strefą tą miałyby być objęte rozległe fragmenty mózgu, w tym ośrodki nerwów czaszkowych pnia mózgu i neuroony ośrodka oddechowego, dlatego też u chorego wystąpiłyby kliniczne objawy śmierci mózgu. Stan ten ma być, według Coimbry, jeszcze potencjalnie odwracalny przez okres 24–48 godzin pod warunkiem wczesnego zastosowania umiarkowanej hipotermii, a nade wszystko rezygnacji z próby bezdechu, która poprzez swój niekorzystny wpływ na krążenie mózgowe może doprowadzić do jego definitywnego ustania. Wzrost prężności dwutlenku węgla o 1 mm Hg w krwi tętniczej powoduje bowiem wzrost przepływu mózgowego o około 2–3% i tym samym wzrost ciśnienia wewnątrzczaszkowego. W czasie próby bezdechu, aby próba ta była diagnostyczna, prężność dwutlenku węgla powinien przekraczać 60 mm Hg. Przy założeniu, że dynamika jego wzrostu wynosi 2–3 mm Hg na każdą minutę, czas próby bezdechu musi wynosić co najmniej 10 minut. W warunkach fizjologii spowodowałoby to wzrost przepływu mózgowego nawet o około 40%. Ostra kwasica oddechowa powoduje także spadek ciśnienia tętniczego i przez to obniżenie ciśnienia perfuzji mózgowej.

Konkludując, według tej hipotezy u części chorych kliniczne objawy śmierci mózgu nie są wynikiem jego martwicy, a brakiem funkcji synaptycznych neuronów, z zachowanym na bardzo niskim poziomie metabolizmem, potencjalnie jednak zdolnych do odzyskania normalnej aktywności. Trzeba wyjątkowo mocno podkreślić, że brak jakichkolwiek dowodów potwierdzających prawdziwość tej wyjątkowo atrakcyjnej, z punktu widzenia przeciwników koncepcji śmierci mózgu, hipotezy. Co więcej – istnieją niepodważalne dowody przeczące jej prawdziwości. U chorych z podejrzeniem śmierci mózgu, u których było monitorowane ciśnienie wewnątrzczaszkowe podczas próby bezdechu, nie zaobserwowano jego wzrostu,

co jednoznacznie przeczy tezie o zwiększaniu się mózgowego łożyska naczyniowego w odpowiedzi na hiperkapnię¹⁸.

Warto jednak zauważyć, że istnieje jedna sytuacja kliniczna podczas diagnozowania śmierci mózgu, w której hipotetycznie próba bezdechu, przynajmniej teoretycznie, może być niekorzystna dla chorego. Dzieje się tak w pierwotnie podnamiotowym uszkodzeniu mózgu, w którym – jak nadmieniono – może dojść do izolowanego braku funkcji pnia mózgu, przy zachowanym przepływie w przestrzeni nadnamiotowej. Wówczas wykonanie próby bezdechu i towarzysząca jej hiperkapnia mogą w sposób szkodliwy wpływać na zachowaną część krążenia mózgowego. Dlatego postulat wykonywania tej próby po instrumentalnym stwierdzeniu braku przepływu mózgowego w przestrzeni nadnamiotowej u chorych z pierwotnie podnamiotowym uszkodzeniem mózgu wydaje się godny dyskusji.

WARIANTY DIAGNOSTYCZNE SPOTYKANE PODCZAS ROZPOZNAWANIA ŚMIERCI MÓZGU

Standard rozpoznawczy śmierci mózgu jest obecnie dość skomplikowaną, długotrwałą procedurą medyczną, uwzględniającą mnogość sytuacji klinicznych.

Z punktu widzenia strategii postępowania podczas diagnozowania chorego z klinicznymi objawami śmierci mózgu możemy wyróżnić cztery, całkiem odmienne sytuacje kliniczne.

Pierwszy wariant dotyczy chorych, u których mamy do czynienia ze stanem klinicznym identycznym jak w śmierci mózgu. Jest on jednak wywołany przez odwracalne przyczyny. Należą do nich stany chorobowe naśladujące obraz kliniczny śmierci mózgu, takie jak: całkowita postać zespołu Guillain-Barre, ciężkie zatrucia lekami, skrajna hipotermia, zawał brzusznej części mostu (to-

¹⁸ Lang C.J.G., Heckmann J.G., „Apnea testing for the diagnosis of brain death”. *Acta Neurologica Scandinavica*, 2005, 112, s. 358–369.

talna postać zespołu zamknięcia). Fałszywie dodatniego rozpoznania śmierci mózgu, w tych przypadkach, unikniemy przez precyzyjne rozpoznanie choroby zasadniczej (ma tutaj zastosowanie reguła: „bez rozpoznania przyczyny krytycznego uszkodzenia mózgu nie ma rozpoznania śmierci mózgu”).

Wariant drugi polega na współistnieniu dwóch lub więcej różnych przyczyn prowadzących do upośledzenia stanu neurologicznego. Ich wypadkową jest obraz kliniczny identyczny jak w śmierci mózgu. Obraz kliniczny śmierci mózgu jest w tym wariacie wywołany sumą czynników działających depresyjnie na mózg, przy czym co najmniej jeden z nich powoduje odwracalną utratę funkcji mózgu. Modelowym i jednocześnie najczęściej spotykanym przykładem tej sytuacji jest współistnienie subkrytycznego (w sensie niepowodującego śmierci mózgu, a jedynie jej niepełne objawy) uszkodzenia mózgu, wywołanego urazem u chorego będącego w stanie sedacji. Innym przykładem może być krwawienie do mózgu u chorego w stanie śpiączki cukrzycowej.

W tym wariacie mamy dwie możliwości postępowania, które można zastosować w celu uniknięcia fałszywie dodatniego rozpoznania śmierci mózgu. W pierwszym z nich jest oczekiwanie, aż zakończy się ekspozycja na czynnik utrudniający postępowanie diagnostyczne. Ten sposób postępowania można zastosować przy współistniejącej sedacji. Wówczas po ustaniu działania śpiączki farmakologicznej istnieją warunki dla powrotu niektórych z wcześniej nieobserwowanych funkcji mózgu. Drugi sposób postępowania, bardziej polecany, polega na wykonaniu badania instrumentalnego przepływu mózgowego.

Wariant trzeci to z kolei zaburzenia odwracalne towarzyszące dokonanej śmierci mózgu, które utrudniają jej rozpoznanie przez brak możliwości wykonania pełnego badania neurologicznego oraz próby bezdechu lub czyniące jego wynik niewiarygodnym. Wśród nich można wymienić współistniejące ze śmiercią mózgu zaburzenia metaboliczne, endokrynologiczne czy też sedację oraz brak możliwości wykonania badania nerwów czaszkowych z powodu urazu twarzoczaszki. Postępowanie jest

analogiczne jak w drugim wariancie, z zastrzeżeniem że celem badania instrumentalnego w tym przypadku jest uniknięcie fałszywie negatywnego rozpoznania śmierci mózgu.

Wreszcie wariant czwarty, najbardziej klarowny, to „czysta” – tj. pod nieobecność jakichkolwiek czynników utrudniających proces diagnostyczny – postać śmierci mózgu. Rozpoznanie jest możliwe na podstawie badania klinicznego.

BADANIA PRZYRZĄDOWE

Badania instrumentalne są stosowane w wielu sytuacjach klinicznych: w celu skrócenia postępowania diagnostycznego (wskazanie fakultatywne), w pierwotnym podnamiotowym uszkodzeniu mózgu, u dzieci poniżej 2 roku życia oraz wtedy, gdy badanie kliniczne jest niemożliwe do przeprowadzenia lub jego interpretacja jest utrudniona (wskazanie obligatoryjne). Do czynników, których obecność czyni wynik badania neurologicznego i próby bezdechu niejednoznacznymi, zaliczamy zaburzenia metaboliczne, zatrucia, sedację oraz hipotermię. Niepodważalnym dowodem nieodwracalności stanu jest stwierdzenie zahamowania przepływu mózgowego przez okres powodujący martwicę wszystkich struktur mózgowia, a więc przez 30 minut w warunkach normotermii. Dlatego długość tego badania metodą nieinwazyjną (TCD) ustalono na 30 minut w obecności pików wczesnoskurczowych o małej amplitudzie lub zalecono dwukrotne wykonanie tego badania w odstępie co najmniej 30 minut w przypadku przepływu z odbicia. Badanie dopplerowskie jest pod każdym względem polecane, gdyż jest nieinwazyjne, a więc można je powtarzać wielokrotnie. W przypadku angiografii, według tej samej reguły, należałoby wykonać to badanie dwukrotnie, w odstępie co najmniej 30 minut. Biorąc jednak pod uwagę fakt, że zatrzymanie krążenia mózgowego jest spowodowane krytycznym, utrzymującym się wzrostem ciśnienia

wewnątrzczaszkowego oraz że brak przepływu mózgowego jest przyczyną dobrze zdefiniowanego zespołu neurologicznego, powtórne badanie inwazyjne można zastąpić badaniem klinicznym, aby wykazać kryterium nieodwracalności stanu. Reguła ta ma ograniczone zastosowanie w przypadku hipotermii z dwóch powodów. Po pierwsze, badanie kliniczne jest niemiarodajne, a zwiększona odporność tkanki nerwowej na niedotlenienie w hipotermii powoduje, że trudno ustalić interwał pomiędzy dwoma badaniami instrumentalnymi w przypadku inwazyjnego badania przepływu mózgowego lub czas trwania badania nieinwazyjnego. Stąd też badanie instrumentalne ma ograniczoną przydatność w warunkach hipotermii, a proces diagnostyczny należałoby rozpocząć dopiero po uzyskaniu normotermii.

Planując wykonanie badań instrumentalnych, trzeba pamiętać o ich swoistości i czułości. Czułość metody (*liczba rozpoznań prawdziwie dodatnich/liczba rozpoznań prawdziwie dodatnich i fałszywie negatywnych*) oznacza odsetek nierozpoznanych przypadków śmierci mózgu (przypadki fałszywie ujemnie). Swoistość metody (*liczba rozpoznań prawdziwie negatywnych/liczba rozpoznań prawdziwie negatywnych i fałszywie pozytywnych*) określa prawdopodobieństwo wystąpienia błędu pozytywnego, czyli fałszywie dodatniego rozpoznania śmierci mózgu.

Badaniami o największej swoistości są badania przepływu mózgowego (zerowe ryzyko wystąpienia fałszywie dodatniego rozpoznania śmierci mózgu), jednak ich czułość wynosi około 95–98%. Jest ona zmniejszona przez obserwowanie powtórnego przepływu w letalnie uszkodzonym mózgu (reperfuzja). Częstość tego zjawiska szacuje się na 2,5% do 6%^{19,20}. Dochodzi do niego najczęściej wskutek reperfuzji mózgu po zmniejszeniu ciśnienia wewnątrzczasz-

19 Braun M., Ducrocq X., Hout J.C. i wsp., „Intravenous angiography in brain death: report of 140 patients”. *Neuroradiology*, 1997, 39, s. 539–546.

20 Flowers W.M., Patel B.R., „Radionuclide angiography as a confirmatory test for brain death: a review of 229 studies in 219 patients”. *South Med J*, 1997, 90, s. 1091–1096.

kowego (zdjęcie płata kostnego, drenaż komorowy, otwarte urazy czaszko-mózgowe), a także po przebytych zatrzymaniu krążenia systemowego. Badania elektrofizjologiczne są z kolei badaniami o obniżonej swoistości (większe prawdopodobieństwo błędu pozytywnego). Aby zwiększyć czułość badania instrumentalnego, należy dopasować go do dominującej patofizjologii uszkodzenia mózgu.

Spiralna tomografia komputerowa w opcji naczyniowej jest nową obiecującą techniką diagnostyczną, znajdującą coraz szersze zastosowanie w diagnostyce śmierci mózgu. W 1988 roku Dupas i wsp. przedstawili pierwszą propozycję standaryzacji wyników dwufazowego badania angio-CT²¹. Zaproponowali oni 7-punktową skalę oceny krążenia mózgowego. Za charakterystyczny dla śmierci mózgu uznano obustronny brak przepływu w tętnicach okołospoidłowych mózgu (*arteria pericallosa*) (2 pkt), w końcowych odgałęzieniach tętnicy środkowej mózgu (*arteria media cerebri*) (2 pkt), w żyłach wewnętrznych mózgu (*vena interna cerebri*) (2 pkt) i brak opacyfikacji żyły wielkiej mózgu (*żyła Galena*) (1 pkt). W Europie jedynie wytyczne kilku krajów uwzględniają badania angio-CT, między innymi chorwackie, francuskie, austriackie i szwajcarskie^{22,23,24,25}. Wkrótce jednak dołączy do nich Polska²⁶. Polskie rekomendacje przewidują przyjęcie kodu diagnostycznego identycznego jak we Francji, w którym brak

21 Dupas B., Gayet-Delacroix M., Villers D. i wsp., „Diagnosis of brain death using two-phase spiral CT”, *Am J Neuroradiol*, 1998, 19, s. 641–647.

22 Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften, *Feststellung des Todes mit Bezug auf Organtransplantationen*. 20 Juni 2005.

23 „Consensus opinion on diagnosis brain death”, *Acta Clinica Croatia*, 2005, 44, s. 65–79.

24 X. Leclerc, „CT angiography for the diagnosis of brain death: recommendations of the French Society of Neuroradiology (SFNR)”, *J Neurad*, 2007, 34, (4), s. 217–9.

25 Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften, *op. cit.*

26 Sawicki M., Bohatyrewicz R., Safranow K., i wsp., „Computed tomographic angiography criteria in the diagnosis of brain death-comparison of sensitivity and interobserver reliability of different evaluation scales”. *Neuroradiology*, 2014, 56, s. 609–620.

przepływu w segmencie M4 tętnicy środkowej mózgu i żyłach głębokich mózgu świadczy o ustaniu krążenia mózgowego²⁷.

PODSUMOWANIE

Standard diagnostyczny śmierci mózgu jest bezpieczną procedurą diagnostyczną. Amerykańska Akademia Neurologii (AAN) w 1995 r. opracowała praktyczne zasady rozpoznawania śmierci mózgu u dorosłych, rekomendując ich stosowanie w Stanach Zjednoczonych²⁸. Zaproponowany sposób postępowania przyjęto także w wielu innych krajach, w tym w większości krajów Ameryki Środkowej i Południowej oraz w wielu krajach Zatoki Perskiej i południowoazjatyckich²⁹.

W 2010 roku na łamach „Neurology” opublikowano artykuł, w którym poddano krytycznemu osądowi jakość tych kryteriów z perspektywy 15 lat ich stosowania³⁰. Przeanalizowano 367 wybranych artykułów, które ukazały się w latach 1996–2009 w recenzowanych pismach naukowych, poruszających najważniejsze kwestie diagnostyczne śmierci mózgu, szczególną uwagę skupiając na bezpieczeństwie próby bezdechu, rozpoznaniach fałszywie dodatnich i ujemnych, czułości i swoistości metod instrumentalnych oraz dowodach na nieodwracalność stanu wynikających z przyjęcia określonego czasu obserwacji klinicznej. Przyjęto zasadniczy wniosek, że standard diagnostyczny AAN śmierci mózgu jest pewną i bezpieczną procedurą medyczną, ponieważ

27 X. Leclerc, op. cit.

28 „American Academy of Neurology. Practice parameters: determining brain death in adults”. *Neurology*, 1995, 45, s. 1012–1014.

29 Wijdicks F.M., „Brain death worldwide. Accepted but no global consensus in diagnosis criteria”, *Neurology*, 2002, 58, s. 20–25.

30 Wijdicks F.M. i wsp., „Evidence-based guideline update: Determining brain death in adults: Report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology”, *Neurology*, 2010, 74, s. 1911–1918.

w analizowanym materiale nie znaleziono opisu chorego, u którego doszłoby do powrotu jakichkolwiek funkcji neurologicznych po rozpoznaniu śmierci mózgu według tych wytycznych. Zwrócono uwagę, że najczęstszą przyczyną rozpoznania fałszywie ujemnych śmierci mózgu jest błędna interpretacja samostnej, kompleksowej czynności rdzenia kręgowego. W podsumowaniu stwierdzono jednak, że istnieje kilka nierozstrzygniętych kwestii. Są to: optymalny sposób przeprowadzenia próby bezdechu, wskazanie najodpowiedniejszego, nowego badania instrumentalnego, poza tradycyjnie już stosowanymi, oraz zarekomendowanie konkretnych interwałów czasowych pomiędzy badaniami klinicznymi. Powodem braku rozstrzygnięć jest według autorów pracy brak wystarczającej ilości danych naukowych o najwyższym stopniu rekomendacji. Warto jednak zaznaczyć, że sposób rozpoznawania śmierci mózgu według standardu AAN znacząco odbiega od rekomendacji obowiązujących w Polsce. Najważniejszą cechą odróżniającą te dwa protokoły diagnostyczne jest obowiązujący w wytycznych amerykańskich jeden sztywny sposób postępowania, niezależny od mechanizmu uszkodzenia mózgu oraz 6-godzinny odstęp pomiędzy badaniami klinicznymi, niezależnie od sytuacji klinicznej. Polski standard rozpoznawania śmierci mózgu jest pod tym względem o wiele bardziej rygorystyczny i uwzględniający mnogość sytuacji klinicznych³¹.

31 Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 17.07.2007 roku w sprawie kryteriów i sposobu stwierdzenia trwałego i nieodwracalnego ustania czynności mózgu, Monitor Polski nr 46.

POCZĄTKI POBIERANIA NARZĄDÓW W POLSCE*

ROMUALD BOHATYREWICZ
POMORSKI UNIWERSYTET MEDYCZNY

* Powstanie tego rozdziału wymagało przeprowadzenia mnóstwa ilości rozmów, przejrzania oraz odszukania najwcześniejszych aktów prawnych, co okazało się niezwykle trudnym zadaniem. Pragnę podziękować za pomoc świadkom tworzącym polską transplantologię dawniej i współcześnie, profesorom, doktorom i koordynatorom transplantacyjnym: Romanowi Danielewiczowi, Antoniemu Dziatkowiakowi, Witoldowi Jurczykowi, Bogdanowi Kamińskiemu, Piotrowi Kalicińskiemu, Krzysztofowi Kuszy, Tomaszowi Łazowskiemu, Andrzejowi Nestorowiczowi, Markowi Ostrowskiemu, Dariuszowi Patrzalkowi, Stefanowi Raszei, Janinie Suchorzewskiej, Jackowi Szmidtowi, Marii Wujtewicz, Stanisławowi Zajączkowi, Jarosławowi Czerwińskiemu, Zenonowi Czajkowskiemu, Krystynie Knypl, Krzysztofowi Pabisiakowi, Danucie Stryjeckiej-Rowińskiej, Piotrowi Stengertowi, Jackowi Zajączkowi, Krystynie Antoszkiewicz, Wojciechowi Czapiewskiemu, Ewie Danielewskiej.

Przeszczepianie narządów jest fantastycznym osiągnięciem medycyny, którym każdy transplantolog chętnie się szczyci, szczególnie wtedy, gdy zabieg skończy się powodzeniem. Natychmiast też informowane są media i ślad sukcesu pozostaje definitywnie uwieczniony. Możemy w prosty sposób przy pomocy Internetu dotrzeć do informacji na temat pierwszych udanych i nieudanych przeszczepień oraz najważniejszych osób, które w nich uczestniczyły. Natomiast druga niezwykle ważna część procedury – pozyskanie narządu – najczęściej ma miejsce w obliczu tragedii, jaką jest niespodziewana śmierć dawcy, bywa więc traktowana nieco wstydliwie i niestety jest zazwyczaj pomijana. Dlatego też praktycznie nie istnieją zapisane informacje na ten temat.

Wychodząc naprzeciw potrzebie zachowania tej wiedzy dla przyszłych pokoleń, postanowiłem wykorzystać fakt, że znałem większość twórców polskiej transplantologii oraz polskiej anestezjologii i intensywnej terapii i wielokrotnie spotykałem się z nimi przy okazji zjazdów naukowych. Wiele informacji przekazywanych w czasie tych spotkań nie zostało wówczas uznane za warte zapisania, a potem najczęściej nie można było do tych rozmów wrócić, bo rozmówcy zmarli. Na szczęście kilkoro z uczestników tych epokowych wydarzeń jeszcze żyje i zgodziło się – na potrzeby tego opracowania – podzielić się swoją wiedzą na ten temat. Szczególnie ważne były też długie rozmowy odbywane przy różnych okazjach z niedawno zmarłym prof. Wojciechem Rowińskim na zjazdach naukowych, a czasami w podróży na wykłady szkoleniowe w różnych miastach w Polsce. Niestety, wielu wątków z tych rozmów nie uda się już doprecyzować.

W powojennym prawodawstwie polskim na mocy ustawy z dnia 30 grudnia 1949 roku możliwość pobrania tkanek do celów leczniczych została dopuszczona w ramach sekcji zwłok wykonywanej przed upływem 12 godzin od stwierdzenia zgonu przez trzyosobową komisję złożoną z lekarza dyżurnego i dwóch innych lekarzy przez niego powołanych¹. Oczywiście w tamtym

¹ Ustawa z dnia 30 grudnia 1949 w sprawie zmiany Rozporządzenia Prezydenta Rzeczypospolitej o zakładach leczniczych (Dz.U. nr 65, poz. 530).

okresie nie myślano o przeszczepianiu narządów unaczynionych i dlatego też z czasem pojawił się problem, czy określenie „tkanka” obejmuje narząd, który jest zbiorem tkanek. Dylemat ten rozstrzygnięto na posiedzeniu Rady Naukowej przy Ministrze Zdrowia i Opieki Społecznej w dniu 17 czerwca 1970 i ustalono, że pojęcie „tkanka” może również obejmować narządy.

Pogląd ten został potwierdzony w wytycznych Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 9 października 1975 w sprawie dokonywania zabiegów przeszczepiania nerek. W wytycznych tych nawiązano do ustawy z 1949 roku i stwierdzono: *Przez użyte w tym przepisie pojęcie „tkanki” należy rozumieć również zespoły tkanek jako określone narządy, w tym również nerki*. Pobranie nerek, a także innych narządów było możliwe przed upływem 12 godzin od zgonu stwierdzonego przez trzech lekarzy powołanych przez kierownika kliniki².

W miarę regularne pobieranie nerek rozpoczęło się po pierwszym skutecznym przeszczepieniu wykonanym przez zespół profesora Jana Nielubowicza w 1966 roku. Należy pamiętać, że w tym początkowym okresie, kliniki bądź zakłady anestezjologii i intensywnej terapii były jeszcze w fazie organizacji, a lekarze specjalizujący się w anestezjologii byli często członkami zespołów chirurgicznych. Chorych z ciężkimi urazami leczono w wydzielonych salach intensywnego nadzoru w obrębie oddziałów zabiegowych. Leczenie to było prowadzone zgodnie z ówczesną wiedzą i możliwościami diagnostyczno-terapeutycznymi, często przy współpracy z klinikami neurochirurgii w szpitalach klinicznych. Należy wyraźnie podkreślić, że wtedy nie było jeszcze tak powszechnych obecnie tomografów komputerowych.

W tych początkowych latach rozwoju transplantologii zgon można było stwierdzić wyłącznie na podstawie rozpoznania nieodwracalnego zatrzymania krążenia przez wspomnianą już wcześniej komisję, w skład której

2 Wytyczne Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 9 października 1975 r. w sprawie dokonywania zabiegu przeszczepiania nerek (Dz.Urz. MZiOS nr 21, poz. 79).

wchodzili najczęściej dyżurni chirurdzy, interniści, nefrolodzy i niekiedy też anestezjolodzy. W praktyce po stwierdzeniu, że stan leczonego pogarszał się, wprowadzano stan podwyższonej gotowości dla zespołów pobierających narządy. Zdarzało się więc, że zespół pobierający nerki rozpoczynał specjalny kilkudniowy dyżur w oczekiwaniu na spodziewane zatrzymanie krążenia potencjalnego dawcy. W chwili wystąpienia zatrzymania krążenia dokonywano jeszcze próby resuscytacji i w przypadku jej niepowodzenia stwierdzano zgon. Następnie – kontynuując czynności resuscytacyjne – przewożono zmarłego na salę operacyjną i pobierano nerki w ramach tzw. przyspieszonej sekcji zwłok. Nie prowadzono w tym czasie rozmów z rodziną na temat możliwości pobrania narządów, ponieważ nie była wymagana jej zgoda na sekcję zwłok, ale też nie czyniono tajemnicy z faktu pobrania nerek.

Czasami pobrania narządów odbywały się w mniejszych szpitalach, poza szpitalami akademickimi, w których dokonywano przeszczepień. W takich sytuacjach zespół pobierający był delegowany do miejsca pobytu potencjalnego dawcy czasem na kilka dni i oczekiwał tam na moment przewidywanego zatrzymania krążenia. Zdarzało się też, że chory po ciężkim urazie głowy lub po zatrzymaniu krążenia był przewożony do szpitala referencyjnego, a w trakcie transportu stosowano aparat do mechanicznego uciskania klatki piersiowej.

W latach 1960–1984 poza jednym przypadkiem pobrania bijącego serca pobierano wyłącznie nerki po rozpoznaniu zatrzymania krążenia. U dawców po urazach czaszkowo-mózgowych najczęściej dochodziło do śmierci mózgu, choć tego stanu nie rozpoznawano, ponieważ nie istniały wtedy w Polsce żadne znane i obowiązujące wytyczne. Wielokrotnie występowały u nich moczówka prosta, hipotermia i długotrwała hipotensja. Wszystkie te czynniki powodowały istotne pogorszenie jakości pobieranych nerek, co negatywnie wpływało na ich czynność po przeszczepieniu.

W dniu 4 stycznia 1969 roku prof. Jan Moll dokonał pierwszej, niestety nieudanej próby przeszczepienia serca. Serce pobrano od zmarłego, u którego doszło do śmierci najprawdopodobniej w wyniku neuroinfekcji. Opie-

kował się nim profesor (wówczas jeszcze docent) Krzysztof Stengert. Niestety prof. Stengert już nie żyje i nie udało się ustalić, jakimi kryteriami stwierdzenia zgonu się wówczas posługiwał. Można tylko przypuszczać, że były to tzw. kryteria harwardzkie opublikowane w sierpniu 1968 roku³.

Nowa era w pobieraniu i przeszczepianiu narządów rozpoczęła się z chwilą opublikowania przez Ministra Zdrowia Wytycznych Zespołów Specjalistycznych w dziedzinach: anestezjologii i intensywnej terapii, neurologii, neurochirurgii i medycyny sądowej w sprawie kryteriów śmierci mózgu⁴. Wytyczne te były opracowane pod kierunkiem profesora Witolda Jurczyka, a osobą, która przekonała ministerstwo o potrzebie ich opracowania, był profesor Jan Nielubowicz. Wskazówki dotyczące sposobu wykonywania i interpretacji badań opracowali od strony anestezjologicznej prof. Witold Jurczyk oraz docent Janusz Wara-Wąsowski, od strony neurochirurgicznej zaś – prof. Jerzy Brzeziński.

Kryteria te, opracowane na podstawie koncepcji śmierci całego mózgu, były bardzo restrykcyjne i wymagały kilkunastogodzinnego zaangażowania zespołu opiekującego się dawcą. Oprócz standardowych badań potwierdzających brak jakichkolwiek odruchów z obszaru unerwienia pnia mózgu konieczne było wykonanie dwóch badań instrumentalnych, tj. dwukrotnie wykonania badania EEG oraz jednorazowo angiografii tętnic szyjnych wewnętrznych. Ponadto należało stwierdzić brak zmian częstości tętna pod wpływem ucisku na zatokę szyjną oraz pod wpływem leków, takich jak atropina, propranolol, praktolol, alupent oraz siarczan atropiny stosowanych w odstępach trzygodzinnych.

3 Beecher, H. K. et al., „A definition of irreversible coma. Raport of the ad hoc Committee of the Harvard Medical School to examine the definition of brain death”, *JAMA* 1968; 6, 85–88.

4 Komunikat w sprawie wytycznych Krajowych Zespołów Specjalistycznych w dziedzinach: anestezjologii i intensywnej terapii, neurologii i neurochirurgii oraz medycyny sądowej w sprawie kryteriów śmierci mózgu (Dz.Urz. MZiOŚ nr 6, poz. 38 z dnia 26 czerwca 1984).

Początkowo środowisko lekarskie odniosło się z dużą rezerwą zarówno do koncepcji śmierci mózgu, jak i do procedury jej rozpoznawania. Dodatkowym problemem były uwarunkowania sprzętowe i specjalistyczne w zakresie badań instrumentalnych. Niewiele jednostek poza dużymi szpitalami miało możliwość wykonania i interpretacji badania EEG. Tak więc mimo wprowadzenia nowoczesnych kryteriów, rozpoznawanie śmierci mózgu i umożliwienie pobrania narządów nie były powszechne.

Jedną z podstawowych cech śmierci mózgu jest trwały bezdech. Z tego też powodu – wbrew powszechnej opinii – śmierć mózgu może występować nie tylko na oddziale intensywnej terapii, ale na wszystkich innych oddziałach posiadających stanowiska wentylatorowe, do których trafiają chorzy z możliwymi nieodwracalnymi uszkodzeniami mózgu. Są to oddziały neurochirurgii, neurologii, kardiologii i kardiochirurgii oraz toksykologii. Rozpoznawanie śmierci mózgu na tych oddziałach było i nadal jest niezwykle rzadkie. Wynika to często z braku przyzwolenia na rozpoznawanie śmierci mózgu na terenie własnych oddziałów, ponieważ śmierć mózgu jest w pewnym sensie dowodem porażki terapeutycznej. Do dnia dzisiejszego w kularowych rozmowach słyszy się stwierdzenia: „nie, u nas takich rzeczy się nie robi”. W wielu klinikach, szczególnie zabiegowych, istnieje do chwili obecnej zakaz rozpoznawania śmierci mózgu wydany przez ich kierowników. Wyjątkiem są sytuacje, kiedy chorego można przekazać na diagnostykę śmierci mózgu na oddział intensywnej terapii.

W kryteriach z 1984 roku znalazły się zapisy niewystępujące w regulacjach innych krajów, dotyczące takich prób, jak reakcja na ucisk zatoki szyjnej oraz reakcja na zastosowanie propranololu, praktololu i alupentu. Są to leki działające obwodowo i śmierć mózgu nie wyklucza reakcji na nie. Z drugiej strony w tamtym okresie stan układu krążenia diagnozowanych chorych był najczęściej zły i wymagali oni stosowania dużych dawek katecholamin. Być może na tym tle reakcje na inne leki działające obwodowo były niezauważalne. Ostatecznie nie udało się ustalić uzasadnienia do

wprowadzenia tych zapisów, ponieważ ich twórcy już nie żyją i nie odnaleziono żadnego dokumentu źródłowego z tamtego okresu.

Drugim zapisem w kryteriach z 1984 roku, który budził kontrowersje, był brak możliwości rozpoznawania śmierci mózgu u dzieci poniżej 10 roku życia. Podobnych ograniczeń nie było w kryteriach innych krajów, gdzie u dzieci obowiązywały dłuższe czasy obserwacji i poszerzona diagnostyka instrumentalna. Tu również nie udało się ustalić uzasadnienia do wprowadzenia tak restrykcyjnego zapisu. Być może wynikało to z większych emocji związanych ze śmiercią dziecka, a także z faktu, że były to pierwsze polskie kryteria. Ich autorzy poruszali się po zupełnie nieznanym gruncie w obszarze zarówno procedur diagnostycznych, jak i potencjalnych reakcji środowiska medycznego oraz społeczeństwa. Co ciekawe, w znowelizowanych kryteriach z 1990 roku granicę wiekową podniesiono do 12 roku życia⁵, a ograniczenia wiekowe ostatecznie zniesiono w kolejnej nowelizacji w 1996 roku⁶.

Ważnym skutkiem istnienia ograniczeń wiekowych w latach 1984–1996 był brak możliwości rozpoznawania śmierci mózgu u dzieci. Dlatego też w tym okresie pobrania narządów od dzieci wykonywane były wyłącznie w Centrum Zdrowia Dziecka według wcześniejszych zasad, opartych na rozpoznaniu zatrzymania krążenia. Zgodnie z relacjami uczestników tych wydarzeń w przypadku przewidywanego zatrzymania krążenia u dziecka z cechami śmierci mózgu zespół pobierający nerki przez kilka dni dyżurował w szpitalu. Nerki pobrane w tym trybie były z oczywistych względów gorszej jakości.

Następnym krokiem milowym w dziedzinie rozpoznawania śmierci mózgu i wtórnie możliwości pobierania narządów była nowelizacja kryteriów

5 Stanowisko Krajowych Zespołów Specjalistycznych w dziedzinach anestezjologii intensywnej terapii, neurologii, neurochirurgii oraz medycyny sądowej w sprawie kryteriów śmierci mózgu (Ministerstwo Zdrowia i Opieki Społecznej, OZS/Tkom/02/5/90).

6 Komunikat Ministra Zdrowia z dnia 29 października 1996 r. o wytycznych w sprawie kryteriów stwierdzania trwałego i nieodwracalnego ustania funkcji pnia mózgu (śmierci mózgowej) (Dz.Urz. Ministerstwa Zdrowia i Opieki Społecznej 1996 nr 13, poz. 36).

w 1990 roku⁷. Zasadniczą zmianą była konwersja koncepcji: rozpoznawanie śmierci pnia mózgu w miejsce dotychczasowej koncepcji śmierci całego mózgu. Proces diagnostyczny stał się mniej uciążliwy bez szkody dla rzetelności samego rozpoznania, co wynikało z postępu wiedzy na temat rozpoznawania śmierci mózgu. Znikła potrzeba wykonywania badań instrumentalnych, co z jednej strony ułatwiało proces diagnostyczny, z drugiej zaś strony pozbawiało obiektywnego dowodu na prawidłowość diagnostyki w warunkach spornych. Stało się to szczególnie wyraźne w 2007 roku w czasie oskarżeń białostockich anestezjologów o podawanie chorym pentotalu, żeby wyindukować u nich cechy śmierci mózgu i umożliwić pobranie narządów.

Często zdarzały się też sytuacje, w których występowały ograniczenia możliwości badania klinicznego w postaci zatrucia, masywnych urazów twarzoczaszki czy też pierwotnie podnamiotowych uszkodzeń mózgu. Dlatego też powoli narastała świadomość potrzeby nowelizacji kryteriów rozpoznawania śmierci mózgu i uwzględnienia nowych technologii, takich jak przezczaszkowe badanie dopplerowskie przepływu mózgowego oraz angiografii TK. Ostatecznie w 2005 roku w ustawie o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów zmieniono koncepcję śmierci pnia mózgu na koncepcję śmierci całego mózgu, a w 2007 roku opublikowano kryteria wykonawcze do tej ustawy w postaci wytycznych opublikowanych w obwieszczeniu Ministra Zdrowia⁸.

Nowe kryteria dopuszczają możliwość rozpoznania śmierci mózgu w większości przypadków na podstawie badań klinicznych. Natomiast u dzieci młodszych oraz w przypadku wystąpienia ograniczeń wiarygod-

⁷ Stanowisko Krajowych Zespołów Specjalistycznych w dziedzinach anestezjologii intensywnej terapii, neurologii, neurochirurgii oraz medycyny sądowej w sprawie kryteriów śmierci mózgu (Ministerstwo Zdrowia i Opieki Społecznej, OZS/Tkom/02/5/90).

⁸ Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 17 lipca 2007 r. w sprawie kryteriów i sposobu stwierdzenia trwałego nieodwracalnego ustania czynności mózgu (Dz.U. 2007 nr 46, poz. 547).

ności badania klinicznego zalecane są instrumentalne badania potwierdzające. W praktyce okazało się, że po różnych zawirowaniach wywołanych przez polityków, żadne sensacji media i po wypowiedziach przeciwników rozpoznawania śmierci mózgu niejednokrotnie wykonywane są badania instrumentalne nawet w tych przypadkach, w których zgodnie z obowiązującymi wytycznymi nie są one konieczne. Jest to spowodowane chęcią zapewnienia sobie bezpieczeństwa prawnego przez lekarzy rozpoznających śmierć mózgu w razie wystąpienia jakiegokolwiek konfliktu.

Podsumowując powyższe rozważania, można stwierdzić, że obecnie zarówno procedury rozpoznawania śmierci mózgu, jak i jakość pobieranych narządów są podobne jak większości krajów Europy.

Niewątpliwie pierwsze kryteria rozpoznawania śmierci mózgu zarówno w świecie, jak i w Polsce powstawały między innymi w odpowiedzi na sugestie transplantologów, którzy oczekiwali możliwości określenia momentu, w którym mogli pobrać narządy od osoby zmarłej, nie narażając się na zarzut działania na jej szkodę. Doprowadziło to do niefortunnego skrótu myślowego, który wiąże rozpoznawanie śmierci mózgu wyłącznie z działalnością transplantacyjną. Pogląd taki jest niewłaściwy, ponieważ rozpoznawanie śmierci mózgu umożliwia stwierdzenie zgonu i zakończenie daremnego leczenia, które nie przynosi już pożytku pacjentowi, jest w pewnym sensie profanacją zwłok i prowadzi do marnowania ograniczonych środków przeznaczonych na opiekę zdrowotną. Dlatego też jeżeli rozpoznawanie śmierci mózgu będzie prowadzone również w przypadkach, w których nie przewiduje się pobrania narządów, stosunek społeczeństwa i środowisk medycznych do tego zagadnienia może ulec racjonalnym zmianom.

ZAŁĄCZNIK

Dziennik Urzędowy Ministerstwa Zdrowia i Opieki Społecznej
Nr 6 z dnia 26 czerwca 1984 r.

Poz. 38

KOMUNIKAT

**w sprawie wytycznych Krajowych Zespołów Specjalistycznych
w dziedzinach: anestezjologii i intensywnej terapii, neurologii,
neurochirurgii i medycyny sądowej w sprawie kryteriów śmierci mózgu.**

Podaje się do wiadomości, że z dniem 1 lipca 1984 r. wprowadza się do stosowania „Wytyczne Krajowych Zespołów Specjalistycznych w dziedzinach: anestezjologii i intensywnej terapii, neurologii, neurochirurgii i medycyny sądowej w sprawie kryteriów śmierci mózgu”, opublikowane w formie odrębnej broszury.

MINISTERSTWO ZDROWIA I OPIEKI SPOŁECZNEJ

W Y T I C Z N E

Krajowych Zespołów Specjalistycznych w dziedzinach:
anestezjologii i intensywnej terapii, neurologii,
neurochirurgii i medycyny sądowej w sprawie kryteriów
śmierci mózgu.

/ Dz.Urz. MZIOS Nr. 6 poz.38 z dnia 26 czerwca 1984 r./

Warszawa, czerwiec 1984 r.

K O M U N I K A T

w sprawie wytycznych Krajowych Zespołów Specjalistycznych w dziedzinach: anestezjologii i intensywnej terapii, neurologii, neurochirurgii i medycyny sądowej w sprawie kryteriów śmierci mózgu.

/ Dz.Urz. MZiOS Nr.6 poz. 38 z dnia 26 czerwca 1984 r./

Podaje się do wiadomości, że z dniem 1 lipca 1984 r. wprowadza się do stosowania "Wytyczne Krajowych Zespołów Specjalistycznych w dziedzinach: anestezjologii i intensywnej terapii, neurologii, neurochirurgii i medycyny sądowej w sprawie kryteriów śmierci mózgu", opublikowane w formie odrębnej broszury.

1

W Y T Y C Z N E

Krajowych Zespołów Specjalistycznych w dziedzinach: anestezjologii i intensywnej terapii, neurologii, neurochirurgii i sekcyny sądowej w sprawie kryteriów śmierci mózgu.

W obecnym stanie wiedzy i praktyki medycznej i wobec szybkiego rozwoju resuscytacji krążeniowo-oddechowo-mózgowej i intensywnej terapii, klasyczne definicje śmierci i metody stwierdzenia zgonu stały się niewystarczające w odniesieniu do tych stanów, w których szczególnie wyraźnie ujawnia się zdysocjowany charakter śmierci.

Dlatego stało się konieczne wprowadzenie do praktyki medycznej pojęcia śmierci osobniczej, o rozpoznaniu której decyduje śmierć mózgu. Definicja śmierci osobniczej, czyli śmierci mózgu, różni się od klasycznej definicji śmierci, w której istotną rolę odgrywa trwały ustanie krążenia krwi, prowadzące do śmierci wszystkich tkanek.

Uznanie człowieka za zmarłego śmiercią osobniczą wymaga uzyskania niewątpliwego dowodu śmierci mózgu w tych przypadkach, w których nie jest ona ewidentna. Poniżej zestawione kryteria, jeśli występowały łącznie i nieprzerwanie przez co najmniej 24 godziny, stanowią dowód, że nastąpiła śmierć mózgu:

1. Głęboka utrata przytomności z brakiem jakichkolwiek reakcji na zastosowane bodźce zewnętrzne.
2. Szerokie źrenice nie zwężające się pod wpływem światła.
3. Bezruch gałek ocznych łącznie z próbami obrotowymi głowy.
4. Brak reakcji gałek ocznych na kaloryczną próbę błędnikową.
5. Całkowita arefleksja, atonia mięśniowa.
6. Trwały bezdech wymagający sztucznej wentylacji.
7. Nasilające się podciśnienie tętnicze krwi.
8. Brak zmian częstości uderzeń serca /zarejestrowanej elektrokardiograficznie/ po celowanej stymulacji farmakologicznej i ucisku na zatokę szyjną.
9. Brak czynności bioelektrycznej mózgu ujawniający się w postaci ciszy elektrycznej w EEG, utrzymującej się niezmiennie mimo stosowania bodźców dźwiękowych, świetlnych i termicznych. Zapławy powinny być powtarzane dwa razy na dobę.

- 2 -

Ponadto niezbędne jest spełnienie następnego kryterium:

10. Brak uwidocznienia naczyń mózgowych w czasie angiografii.

Powyższe kryteria nie dotyczą osób zatrutych w stanie oziębienia ani dzieci do lat 10.

Rozpoznanie śmierci mózgu zezwala komisji lekarskiej złożonej z neurologa lub neurochirurga, anestezjologa i medyka sądowego lub lekarza wyznaczonego przez właściwy terenowo zakład medycyny sądowej akademii medycznej, jednakże bez udziału transplantologa, na uznanie człowieka za zmarłego śmiercią osobniczą i stwierdzenie zgonu. Z tą chwilą dalsze stosowanie wszelkich środków i technik medycznych jest w aspekcie terapeutycznym bezcelowe. Z powyższego postępowania kwalifikacyjnego Komisja sporządza protokół wg ustalonego wzoru.

Członkowie Komisji oświadczają, że zmiany w definicji śmierci i zestaw kryteriów śmierci zostały wprowadzone po wnikliwym rozpatrzeniu tych zagadnień z punktu widzenia medycyny, moralności i deontologii, a w sformułowaniu powyższego stanowiska działali zgodnie z sumieniem i wiedzą lekarską.

1. Przewodniczący Krajowego Zespołu
Specjalistycznego w dziedzinie
Anestezjologii i Intensywnej Terapii
Prof.dr hab. Witold Jurczyk
2. Przewodniczący Krajowego Zespołu
Specjalistycznego w medycynie
sądowej
Prof. dr hab. Andrzej Jekliński
3. Przewodniczący Krajowego Zespołu
Specjalistycznego w dziedzinie
Neurologii
Prof.dr hab. Ignacy Wald
4. Przewodniczący Krajowego Zespołu
Specjalistycznego w dziedzinie
Neurochirurgii
Prof.dr hab.med. Jerzy Wisławski

3

....., dnia

P r o t o k ó ł

rozpoznania zgonu Ob. na podstawie
stwierdzenia śmierci mózgu sporządzony w

.....
/klinika, oddział/

w dniu

Komisja w składzie:

1. specjalista neurolog II^o, neuro-
/imię i nazwisko/ chirurg
2. specjalista anestezjolog
/imię i nazwisko/
3. specjalista medycyny sądowej lub
/imię i nazwisko/ lekarz wyznaczony przez właściwy
terenowo zakład medycyny sądowej
akademii medycznej.

Po zapoznaniu się z historią choroby nr, wynikami
badań pomocniczych i przebiegiem leczenia pacjenta
oraz po przeprowadzonym komisyjnie badaniu w dniu
o godz. rozpoznała zgon w/w z powodu śmierci mózgu.

Uzasadnienie rozpoznania zgonu z powodu śmierci mózgu:

- I. Rozpoznanie kliniczne i analityczne, omówienie przyczyn
i przebiegu choroby na podstawie obserwacji klinicznej
/epikryza/:

Na podstawie w/w danych komisja doszła do wniosku, że od
dnia godz., min.
istniało w pełni uzasadnione podejrzenie śmierci mózgu.
Podejrzenie to opierało się na następujących objawach:

- a/ Głęboka utrata przytomności z brakiem jakichkolwiek reakcji
na zastosowane bodźce zewnętrzne.
- b/ Szerokie źrenice nie zwężające się pod wpływem światła.
- c/ Bezruch gałek ocznych.
- d/ brak jakiegokolwiek reakcji gałek ocznych na kaloryczną
Próbę błędnikową.
- e/ Całkowita arefleksja, napięcie mięśni wiotkie.

4 -

- f/ Trwały bezdech wymagający sztucznej wentylacji.
 g/ Nasilające się podciśnienie tętnicze krwi mimo podawania środków presyjnych.
 h/ Brak zmian częstości uderzeń serca / zarejestrowanej elektrokardiograficznie/ po celowanej stymulacji farmakologicznej i ucieku na zatokę szyjną.

Nadto stwierdzono, że ciepłota ciała wynosiła°C,
 akcja serca:/min, ciśnienie tętnicze krwi

Od momentu wysunięcia podejrzenia śmierci mózgu tj. od
 dnia godz. do chwili niniejszego badania, tj. do dnia godz.

n i e z m i e n n i e utrzymywały się podstawowe objawy
 a/, b/, c/, d/.

Ciepłota ciała, akcja serca i ciśnienie krwi zachowały się następująco:

II. Badanie pomocnicze przeprowadzone zgodnie z wymogami dały
 wyniki następujące:

1. EEG:

Badanie wykonano dnia godz.
 godz.
 godz.

Wyniki:

2. Inne: /próba pobudliwości kalorycznej/

3. Angiografia /lub inny równorzędny dowód śmierci mózgu/
 badanie przeprowadzono dnia godz.
 min.

Wynik badania:

Na podstawie w/w danych komisja rozpoznała śmierć mózgu
 /zgon/ dnia godz.
 min. /tj. po godzinach od wysunięcia podejrzenia śmierci mózgu/.

Podpisy członków Komisji

5

INTERPRETACJA KRYTERIÓW ŚMIERCI MÓZGU

/opracowali: Janusz Wara-Wasowski, Witold Jurczyk,

Jerzy Brzeziński/

Zakład Anestezjologii i Intensywnej Terapii Instytutu

Chirurgii Akademii Medycznej w Łodzi

oraz Instytut Anestezjologii i Intensywnej Terapii Akademii
Medycznej w Poznaniu.

1. Głęboka utrata przytomności z brakiem jakichkolwiek reakcji
na zastosowane bodźce zewnętrzne. -

- Stan ten określany jest również mianem śpiączki nieodwracalnej /coma dépassé/.

Śpiączka jest to stan, z którego nie można chorego wybudzić żadnym ze znanych bodźców zewnętrznych i wewnętrznych, i w którym klinicysta nie ma żadnych podstaw do przypuszczenia istnienia choćby najbardziej prymitywnej formy świadomości. Mogą być tutaj zachowane tylko najbardziej prymitywne odruchy, których łuk przechodzi poza mózgiem na poziomie rdzenia.

2. Szerokie źrenice nie zwężające się pod wpływem światła. -

- Oceny źrenic dokonuje się na podstawie jednoczesnej obserwacji obu źrenic po oświetleniu ich silnym źródłem światła np. latarką lekarską, żarówką laryngoskopu lub silną latarką zwyczajną. Przed próbą reakcji źrenic należy przez około 30 sekund utrzymywać zamknięte powieki.

3. Bezruch gałek ocznych. -

- Gałki oczne ustawione nieruchomo, najczęściej centralnie.

4. Brak jakiejkolwiek reakcji gałek ocznych na kaloryczną próbę błędnikową. -

- Badanie polega na energicznym podaniu metodą "bolus" do każdego przewodu słuchowego zewnętrznego 20 ml wody o temperaturze najlepiej od + 5°C do + 10°C z jednoczesną obserwacją gałek ocznych. O ujemnym wyniku próby świadczy całkowity brak reakcji swoistej - oczopląs choćby jednostronny, jak i nieswoistej, np. reakcja źrenic.

- 6 -

5. Całkowita arefleksja, uogólniona wiotkość mięśni. -

- Badanie wykonuje się zginając i prostując kończyny górne i kończyny dolne w dużych stawach ~~xxx~~ oraz kontrolując opadanie podnoszonej przez lekarza kończyny górnej chorego, chroniąc oczywiście przed upadkiem kończyny na głowę lub twarz. Potwierdzeniem próby jest wykazanie pełnej wiotkości badanych mięśni szkieletowych.

6. Trwały bezdech wymagający sztucznej wentylacji. -

- Badając to kryterium stosować należy przedtem około jedno-godzinną wentylację zastępczą czystym tlenem, a następnie odłączając respirator. Brak ruchów oddechowych przez około 3 - 4 minuty świadczy o trwałym uszkodzeniu ośrodka oddechowego.

7. Nasilające się podciśnienie tętnicze krwi mimo podawania środków presyjnych. -

- Oceniając to kryterium należy stwierdzić spadek skurczowego ciśnienia tętniczego krwi poniżej wartości ~~xxx~~ perfuzyjnej dla najważniejszych życiowo narządów - krążenie wieńcowe, mózgowe, nerkowe. W przypadkach normotonii, za wartość taką uznaje się ok. 60 mm Hg /7,98 k Pa/, natomiast w przypadkach nadciśnienia tętniczego za graniczną wartość perfuzyjną uważa się wartość wynoszącą 40-45% ciśnienia wyjściowego. Spadek ten występuje mimo stosowania stale zwiększanych dawek środków presyjnych, z których najlepszym jest Dopamina we wlewie kroplowym dożylnym. Rozpocząć należy od stężenia 3 - 5 μ g/kg c.c./min.

8. Brak zmian częstości uderzeń serca /zarejestrowanej elektrokardiograficznie/ po celowej stymulacji farmakologicznej i ucisku na zatokę ~~px~~ szyjną. -

- Wykonując to badanie należy stosować kolejno w jednorazowym wstrzyknięciu dożylnym następujących środków farmakologicznych: 1,5 mg siarochanu atropiny, 2 mg propranololu, 20 mg praktololu, 1 mg alupentu oraz jako ostatni rodzaj stymulacji należy wykonać ucisk na zatokę szyjną. Przerwy pomiędzy poszczególnymi lekami winny ~~x~~ wynosić 3 godziny. Ucisk na zatokę szyjną należy wykonać w 3 go - dziny po podaniu ostatniego leku.

- 7 -

9. Brak czynności bioelektrycznej mózgu ujawniający się w postaci linii izoelektrycznej w EEG, utrzymującej się niezmiennie mimo stosowania bodźców dźwiękowych, świetlnych i termicznych. Zapisy powinny być powtarzane dwa razy na dobę. -

- Badanie powinno być wykonane aparatem elektroencefalograficznym z zastosowaniem minimum 8 elektrod. Zapis należy prowadzić stosując standardową oraz maksymalną czułość aparatu. Jeden z kanałów powinien odbierać zapis elektrokardiograficzny.

10. Brak wypełnienia naczyń mózgu środkiem cieniującym, w badaniu radiologicznym, wstrzykniętym dotętniczo. -

- Do angiografii mózgowej należy zastosować środek cieniujący i podać go pod ciśnieniem 2 atmosfer obustronnie do tętnicy szyjnej wewnętrznej lub wspólnej z wklucia przezskórnego. Następnie należy wykonać zdjęcia w projekcjach A - P i bocznych celem oceny wypełnienia naczyń mózgowych środkiem cieniującym.

Punktem wyjścia do rozpoczęcia badań musi być bardzo ścisłe określenie przyczyny, która spowodowała, iż pacjent znalazł się w stanie terminalnym.

W chwili rozpoczęcia badań pacjent nie może znajdować się pod wpływem leków depresyjnych dla ośrodkowego układu nerwowego, leków zwiotczających, jak też sztucznej hipotermii.

Wyżej wymienione badania należy powtarzać co 6 - 8 godzin, w miarę możliwości, z wyłączeniem badania naczyń mózgowych z użyciem kontrastu, które wykonuje się zwykle jednorazowo.-

POSTAWY POLAKÓW WOBEC TRANSPLANTACJI NARZĄDÓW

ELŻBIETA ZAKRZEWSKA-MANTERYŚ
UNIWERSYTET WARSZAWSKI

Transplantacja narządów jako jedna z nowocześniejszych metod ratowania życia lub poprawiania jego jakości, jest zjawiskiem mającym wymiar przede wszystkim medyczny, lecz także wzbudzającym zainteresowanie przedstawicieli nauk społecznych: psychologów, pedagogów i socjologów. Bowiem w proces przekazywania części czyjegoś ciała drugiej osobie zawsze muszą być uwikłane problemy etyczne, światopoglądowe, a nawet filozoficzne. Transplantacja bardzo często wiąże się z problematyką śmierci, a więc z konieczności wzbudza refleksje o charakterze egzystencjalnym. Z tego też punktu widzenia transplantologia, oprócz tego, że jest pewnym wydzielonym działem medycyny, jest także dyscypliną, która musi się liczyć z zastanymi sensami, oczekiwaniami społecznymi, preferowanymi przez ludzi systemami wartości. Racjonalność sprawnego działania, tak charakterystyczna dla nowoczesnej medycyny, bywa w tym obszarze nader często konfrontowana z „oporem materii” w postaci ludzkich wątpliwości, nawyków, podejrzliwości, resentymentów. Środowisko kształtujące oblicze współczesnej transplantologii doskonale zdaje sobie z tego sprawę, bowiem już od roku 1994, a więc 28 lat od podjęcia w Polsce pierwszego udanego przeszczepu nerki, prowadzone są systematyczne badania opinii społecznej na temat różnych zagadnień związanych z transplantacją narządów.¹

Najważniejszym problemem, jaki w tym kontekście się pojawia, jest status opinii społecznej, z którą środowisko lekarskie musi się liczyć. Jest to ważne o tyle, że – jak poniżej będzie o tym mowa – Polska zajmuje niechlubną pozycję w rankingach państw europejskich w dziedzinie dokonywania przeszczepów. Można, jak się wydaje, wyróżnić dwie skrajne opcje światopoglądowe: Po pierwsze, można potraktować przedstawicieli społeczeństwa jako ludzi nie mających pojęcia o dobrodziejstwach wynikających z możliwości transplantacji narządów, a więc ich opinia na

¹ CBOS, Komunikat z Badań: Opinie o przeszczepianiu narządów, opracowanie Włodzisław Derczyński, BS/161/2005, s. 5.

ten temat nie jest wiążąca, można ją spokojnie zignorować. Po drugie, można niezbyt budujące dane statystyczne poddać rozumiejącej interpretacji i pokazać, że pewne zachowawcze postawy mogą wynikać z hołdowania tradycyjnym, społecznie usankcjonowanym wartościom. Przyjęcie tej drugiej opcji jest o tyle ważne, że umiejętność wczucia się w sposób myślenia osób bezpośrednio zaangażowanych w proces transplantacji od strony dawcy (a więc przede wszystkim rodziny) może zniwelować, przynajmniej do pewnego stopnia, skutki sprzeciwu „na zapas”, wynikającego z obawy, że „ktoś chce zrobić interes” na zwłokach mojego bliskiego. Co prawda w polskim systemie prawnym sprzeciw rodziny nie ma mocy prawnej, niemniej jednak „w praktyce lekarze w takiej sytuacji odstępują od pobrania narządów.”²

Podstawowym aktem prawnym regulującym procedury związane z transplantacją jest Ustawa z 1 lipca 2005 r. o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów.³ Ustawa ta zmieniła dotychczas obowiązujące przepisy zawarte w Ustawie z 26 października 1995 roku, w której po raz pierwszy w kompleksowy sposób zostały usystematyzowane regulacje prawne dotyczące tej dziedziny.⁴ Przedmiotowa Ustawa z 2005 roku wdraża przepisy Parlamentu Europejskiego z 31 marca 2004 r.⁵ Pewne zmiany wprowadza Ustawa z 17 lipca 2009 r. o zmianie Ustawy o pobieraniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów z 2005 roku. Ustawa ta dotyczy także zmian dotyczących przepisów wprowadzających Kodeks Karny.⁶ Planowano, aby nowa ustawa dotyczyła również

2 CBOS, Komunikat z badań: Postawy wobec przeszczepiania narządów, opracowanie Michał Felisiak, BS/105/2012, s. 1.

3 Dz. U. z 2005 r. Nr 169, poz. 1411.

4 Katarzyna Kowal, *Między altruizmem a egoizmem. Społeczno-kulturowe uwarunkowania przeszczepów rodzinnych*, Wydawnictwo Adam Marszałek, Toruń 2011, s. 74.

5 www.isip.sejm.gov.pl (dostęp 2.08.2014)

6 Dz. U. z 2009 r., Nr 141, poz. 1149.

procedur „postępowania z komórkami rozrodczymi i zarodkami w celu medycznie wspomaganej prokreacji”⁷, jednak ostatecznie zmiana ta nie została wówczas zaakceptowana przez Sejm RP.

Można przypuścić, że powiązanie problematyki transplantacji z domniemaną działalnością przestępczą, o czym świadczą akty prawne wiążące transplantację z działalnością policji oraz działaniami podpadającymi pod Kodeks Karny, ma związek z poglądami wyrażanymi przez opinię publiczną. Jest to, jak można sądzić, legislacyjny sposób uporania się z pewnymi fobiami społecznymi. Można to zatem traktować jako gwarant odniesień legislacyjnych regulujących procedury transplantacyjne. Jednak pytaniem, które warto w tym kontekście postawić, jest to, czy rządowe procedury legislacyjne wprowadzające uregulowania dotyczące transplantacji cieszą się większym zaufaniem społecznym niż sama procedura transplantacji. Jeśli odpowiedź na to pytanie jest negatywna, a wiele zdaje się na to wskazywać, to można przypuszczać, że stosunek Polaków do transplantacji nie zmieni się pod wpływem przegłosowania przez Sejm RP coraz to nowych ustaw, coraz precyzyjniej regulujących procedury transplantacji. Wydaje się, że bardziej skuteczna jest droga polegająca na zrozumieniu powodów, dla których ludzie żywią takie a nie inne opinie i postawy, a następnie podejmowanie na tej podstawie próby dotarcia z przekazem nie tylko informacyjnym, ale także odwołującym się do pozytywnych skojarzeń emocjonalnych. Co ważne, nadawcą tego typu przekazu powinien być nie urzędowy ekspert, ale rzeczywisty autorytet moralny⁸. Psychologowie społeczni analizujący skuteczność przekazów perswazyjnych nie są jednak zbyt optymistami, twierdząc, że ugruntowane poglądy bardzo trudno zmienić. Ponadto

7 Aleksandra Wilk, *Ochrona danych osobowych dawcy i biorcy jako realizacja ich prawa do prywatności*, W: *Spoleczno-etyczne aspekty transplantologii*, Zbigniew Kuzyszyn (red.), Wydawnictwo Continuo, Wrocław 2011, s. 79.

8 Por. np. Elliot Aronson, Timothy D. Wilson, Robin M. Akert, *Psychologia społeczna*, Wydawnictwo Zys i s-ka, Poznań 2006, s. 183–193.

w dzisiejszych czasach trudno znaleźć kogoś, kto bez żadnych wątpliwości odgrywa dla większości ludzi rolę autorytetu moralnego. Niemniej jednak należy sądzić, że w dziedzinie poprawy stosunku Polaków do procedur transplantacyjnych jest jeszcze wiele do zrobienia. Widać bowiem na przykładzie społeczeństw innych krajów europejskich, że liczba transplantacji jest o wiele wyższa niż w Polsce, trudno sobie natomiast wyobrazić aby wskaźniki te mogły być niezależne od społecznego przyzwolenia na dokonywanie przeszczepów. Dlatego warto czerpać inspiracje z doświadczeń „innych państw, które dążyły do zwalczania uprzedzeń wobec transplantacji i stosowały motywacyjno-edukacyjne programy ukierunkowane na zwiększenie liczby dawców”.⁹

Według doniesień Krzysztofa Pabisiaka, spośród trzydziestu trzech państw europejskich Polska, w roku 2011, pod względem liczby transplantacji nerek (które stanowią najczęstszy rodzaj przeszczepów) na milion mieszkańców, znajdowała się na dwudziestej piątej pozycji.¹⁰ Biorąc jednak pod uwagę fakt, że w tamtych latach w Serbii w ogóle nie przeprowadzało się przeszczepów, prawdopodobnie z powodu bardzo młodej państwowości tego kraju; z powodu podobnej przyczyny w Byłej Jugosłowiańskiej Republice Macedonii przeszczepów jest bardzo niewiele (za interpretacją tą przemawia fakt, że w nieodległej Chorwacji dokonuje się przeszczepów najwięcej w Europie); ponadto dwa kraje – Luksemburg i Islandia są na tyle małe, że zabiegi dokonywane są najprawdopodobniej w innych krajach Europy – to podana statystyka wygląda jeszcze bardziej pesymistycznie. Spośród krajów europejskich mniej przeszczepów nerek niż w Polsce dokonuje się tylko w Bułgarii, Albanii, Rumunii, Grecji i na Litwie.

⁹ Marek Bugdol, *Problemy kształtowania programów zdrowotnych sprzyjających transplantologii*, W: *Spoleczno-etyczne aspekty transplantologii*, op. cit., s. 25.

¹⁰ Krzysztof Pabisiak, *Potencjalny dawca z niebijącym sercem. 3 lata od wprowadzenia regulacji prawnych*, Wystąpienie podczas XI Kongresu Polskiego Towarzystwa Transplantacyjnego, Bydgoszcz 2013.

W tym samym doniesieniu czytamy, że w Polsce wykonywało się rocznie zaledwie 28,1 transplantacji nerek na milion ludności, podczas gdy w Austrii wskaźnik ten wynosi 49,4; w Czechach – 34,3; w Wielkiej Brytanii – 44,2; w Holandii – 51,5; w Hiszpanii – 52,9. Nie ulega wątpliwości, że wśród przyczyn tak niskiego wskaźnika w Polsce, w porównaniu z wybranymi krajami członkowskimi Unii Europejskiej, oprócz tych o charakterze medycznym i technicznym, znajdują się przyczyny o charakterze społecznym.

Ważne jest również jak dużo w danym kraju jest przeszczepień nerki od żywych dawców. Bowiem w obliczu braku wystarczającej liczby dawców narządów w wielu krajach świata propaguje się upowszechnienie idei żywego dawstwa nerek.¹¹ W Polsce w roku 2002 przeszczepiano 23,6 nerek ze zwłok oraz 0,7 od żywych dawców, na milion ludności.¹² Pod względem żywego dawstwa znajdowaliśmy się wtedy na przedostatnim miejscu w Europie, przed Finlandią. „W Stanach Zjednoczonych odsetek przeszczepów, w których nerka pochodzi od żywego dawcy, waha się w granicach 45–50%. [...] W Polsce odsetek przeszczepów od żywych dawców wśród wszystkich rokrocznie przeprowadzanych transplantacji tego narządu nie przekracza 5%”.¹³

Od roku 1994 prowadzone są w Polsce, w miarę regularnie, badania opinii/postaw społeczeństwa polskiego wobec różnych zagadnień związanych z transplantacją narządów. Ankiety przeprowadzane w poszczególnych latach różnią się między sobą, niekiedy znacznie, tak więc trudno jest prześledzić zmiany dotyczące różnych konkretnych zagadnień, niemniej jednak istnieje pula kilku ważnych obszarów, o które pytano respondentów w każdym kolejnym badaniu. Stąd możliwość dokonania analizy porównawczej

¹¹ Katarzyna Kowal, *Między altruizmem a egoizmem*, op. cit., s. 32.

¹² *Preliminary international figures on 2002 organ donation and transplantation activities*, „Organs and Tissues” 2003, vol. 1., s. 9–11; cyt za: Katarzyna Kowal, *Między altruizmem a egoizmem*, op. cit., s. 33.

¹³ Katarzyna Kowal, op. cit., s. 33.

zmian zachodzących na przestrzeni ostatnich dwudziestu lat w odniesieniu do takich zasadniczych kwestii, jak stosunek do pobierania narządów od zmarłych, deklaracja zgody na pobranie własnych organów po śmierci, deklaracja zgody na pobranie organów od bliskiej osoby po jej śmierci czy wiedza o stanie prawnym regulującym pobieranie narządów.

Mimo pesymistycznych wskaźników związanych z małą liczbą dokonywanych w Polsce transplantacji, Polacy niemal powszechnie deklarują swą aprobatę dla tej procedury, stosowanej w celu ratowania życia lub zdrowia innych. W momencie rozpoczęcia badań dotyczących tej problematyki, czyli w roku 1994, 83% dorosłych Polaków popierało transplantację narządów od osób zmarłych, w roku 1997 wskaźnik wynosił 87%, w roku 2003 – 90%, w roku 2005 – 87%, a w roku 2012 – 96%¹⁴. Są nawet środowiska, jak na przykład przedstawiciele kadry kierowniczej i inteligencji, gdzie już od kilku lat 100% osób akceptuje przeszczepy.¹⁵ Wydawać by się więc mogło, że, z drobnymi wahnięciami, mamy do czynienia z bardzo powolnym, ale liniowym przyrostem akceptacji społecznej wobec transplantacji narządów. Bliższe przyjrzenie się raportom badawczym CBOS z poszczególnych lat każe jednak podać tę tezę w wątpliwość. Bowiem pojęcie „akceptacja przeszczepów” jest bardzo ogólne. W momencie, gdy ankietrzy pytali o konkretne zagadnienia, stopień aprobaty znacząco malał, można nawet mówić o regresie i powrocie do wartości wskaźników z lat dziewięćdziesiątych ubiegłego stulecia.

I tak na pytanie: „Czy zgodził(a)by się Pan(i) na to, aby po Pan(i) śmierci pobrano z Pana(i) ciała narządy w celu przeszczepienia innym?” wskaźniki są o kilka lub kilkanaście punktów procentowych niższe w porównaniu

14 CBOS 2012, s. 1.

15 CBOS 2005, s. 3.

z ogólną deklaracją akceptacji dla procedury transplantacji. Wartość procentową wskaźników w poszczególnych latach przedstawia poniższa tabela:

Deklaracja zgody na pobranie narządów po śmierci

Rok badania	Zdecydowanie tak	Raczej tak	Razem „tak”
2003	59	23	82
2005	51	23	74
2007	51	27	78
2009	56	26	82
2011	63	22	85
2012	44	30	74

Źródło: opracowano na podstawie: CBOS 2012, s. 2.

Niektóre wskaźniki zawarte w tabeli zwracają szczególną uwagę.

Po pierwsze, daje się zauważyć kryzys społecznego zaufania do transplantacji w połowie pierwszej dekady XXI wieku, następnie zaufanie to jest stopniowo odbudowywane, by doznać znacznego regresu w roku 2012. Co ciekawe, socjologowie projektujący badania w CBOS musieli zdawać sobie sprawę z przełomowości roku 2012 w społecznej świadomości Polaków, skoro zdecydowali się powtórzyć kolejne badanie bez zachowania dwuletniej przerwy, jak to dotychczas mieli w zwyczaju. Dlatego nie można dokonać rzetelnej analizy komunikatu z badań na temat postaw wobec przeszczepiania narządów bez zaznajomienia się z innymi ważnymi okolicznościami wpływającymi na ogólne trendy rzutujące na poziom życia i stopień z niego zadowolenia, na co w niniejszym opracowaniu nie ma miejsca. Należy jednak wyraźnie zaznaczyć, że kryzys ekonomiczny dotyczący niemal wszystkie kraje Unii Europejskiej, w tym Polskę, niewątpliwie przyczynił się do zintensyfikowania postaw zachowawczych i lękowych, co z pewnością przełożyło się na zmianę opinii dotyczących transplantacji na bardziej

konserwatywne, mimo – paradoksalnie – wzrostu „ogólnej akceptacji” dla przeszczepów. Jest rzeczą niezmiernie interesującą jakie trendy zostaną zaobserwowane w kolejnym badaniu – czy tendencja spadkowa utrzyma się, czy też kryzys świadomościowy Polaków zostanie przezwyciężony i poparcie dla transplantacji znów zacznie rosnąć.

Drugą prawidłowością, na którą można zwrócić uwagę, jest rosnąca rozbieżność między ogólną deklaracją akceptacji transplantacji jako procedury medycznej a wyrażeniem zgody na pobranie własnych narządów po śmierci. W roku 2003 różnica ta wynosiła 8 punktów procentowych, w roku 2005 – 13 punktów, a w roku 2012 aż 22 punkty. Oznacza to, że respondenci (reprezentatywna grupa dorosłych Polaków) w coraz mniejszym stopniu są skłonni przekładać „czcze” deklaracje na konkretne okoliczności towarzyszące ich codziennemu życiu. „Niezdolność lekkość bytu” jako określenie charakteryzujące pokolenia współczesnego Zachodniego świata, zdaje się dobrze obrazować niechęć do podejmowania pogłębionej refleksji na ważne tematy egzystencjalne. Elliot Aronson przytacza aforyzm Jonathana Swifta: „Bezczelowe są próby wyperswadowania komuś czegoś, nad czym się nigdy nie zastanawiał”.¹⁶ Odnosząc te słowa do problemu transplantacji narządów można zaryzykować stwierdzenie, że wyrażenie akceptacji dla jakiejś procedury, zdaniem wielu współczesnych Polaków, nic nie kosztuje, zwłaszcza pod względem emocjonalnym. Z chwilą jednak, gdy trzeba sobie wyobrazić konkretne działania związane z wprowadzeniem w życie pewnej enigmatycznej idei, pojawiają się wątpliwości. Można sobie wyobrazić, że zdecydowana większość ludzi nigdy nie zaprzętała sobie głowy rozważaniami na temat transplantacji, dlatego też powszechna akceptacja procedury transplantacji, wyrażona w ankiecie dotyczącej tej właśnie problematyki, może nosić znamiona „efektu ankietera”, czyli zjawiska pole-

16 Elliot Aronson, Timothy D. Wilson, Robin M. Akert, *Psychologia społeczna*, Wydawnictwo Zysk i s-ka, Poznań 2006, s. 192.

gającego na tym, że respondent udziela takiej odpowiedzi, o której sądzi, że dobrze wypadnie w oczach osoby prowadzącej badanie. „Respondenci mają również tendencję do zgadzania się z twierdzeniami, które dotyczą akceptowanych powszechnie norm, czy też z twierdzeniami, których treść jest odczytywana jako społecznie pożądana”.¹⁷

Trzeci aspekt analizowanej sytuacji to zwrócenie uwagi na różnice w intensywności badanych postaw. Mimo iż z powyższej tabeli wynika, że podczas większości pomiarów trzy czwarte respondentów wyraża zgodę na pobranie własnych narządów po śmierci, to zgoda ta ma charakter „zdecydowany”, a więc może być interpretowana jako wskaźnik dużej intensywności postawy, tylko dla połowy respondentów (z charakterystycznym wahnięciem pomiędzy latami 2011 i 2012 – odpowiednio 63% i 44%). Również to zjawisko może dać asumpt do zastanowienia się na ile odpowiedzi na poszczególne pytania ankiety są wskaźnikami powierzchownych opinii, a na ile – pogłębionych postaw.

Drugim z analizowanych sposobów operacjonalizacji pojęcia „akceptacja transplantacji” jest pytanie: „Czy w przypadku śmierci osoby bliskiej sprzeciwił(a)by się Pan(i) pobraniu od niej narządów, aby ratować życie innej osobie?”¹⁸ Odpowiedzi na to pytanie podzielono na trzy warianty: sytuację, gdy zmarły nie miał za życia nic przeciwko pobraniu jego organów, sytuację, gdy był temu przeciwny i sytuację, gdy jego opinia była nieznana. Zważywszy na fakt, że w polskim prawodawstwie dotyczącym transplantacji istnieje zapis o „zgodzie domniemanej” oraz na to, że 75% badanych nie rozmawiało z bliskimi na ten temat, to można uznać, że jedynie sprzeciw wyrażony przez osobę bliską przed śmiercią jest racjonalnym powodem odstąpienia od akceptacji transplantacji, którą, przypomnijmy, na poziomie

¹⁷ Chava Frankfurt-Nachmias, David Nachmias, *Metody badawcze w naukach społecznych*, Zysk i s-ka Wydawnictwo, Poznań 2001, s. 281.

¹⁸ CBOS 2012, s. 4.

deklaratywnym akceptuje blisko 100% badanych. Odpowiedzi na to pytanie (w procentach) wskazują jednak na coś innego, o czym informują dane zawarte w poniższej tabeli:

Czy w przypadku śmierci osoby bliskiej sprzeciwił(a)by się Pan(i) pobraniu od niej narządów, aby ratować życie innej osobie, gdy wiadomo, że zmarła osoba:

	Rok badania	Sprzeciwił(a)bym się	Nie sprzeciwił(a)bym się
Nie miała nic przeciwko oddaniu własnych narządów	2011	7	87
	2012	9	83
Nie wypowiedziała się na ten temat i nie wiadomo jaka była jej opinia	2011	18	66
	2012	22	62
Była przeciwna oddaniu narządów	2011	73	18
	2012	76	17

Źródło: Opracowano na podstawie CBOS 2012, s. 5.

Z przedstawionych danych wynika, że nawet wtedy, gdy wiadomo, iż osoba bliska nie miała nic przeciwko pobraniu jej narządów do przeszczepu, odsetek osób, które wyraziłyby zgodę na transplantację jest niższy od deklaracji ogólnej akceptacji transplantacji w 2012 roku o 13 punktów procentowych. W sytuacji, gdy nie wiadomo jaki pogląd w tej sprawie miała zmarła osoba bliska – a więc w zdecydowanej większości przypadków gdy lekarze podejmują decyzję o możliwości pobrania organów – różnica ta wy-

nosi aż 34 punkty procentowe. Dane te wyraźnie wskazują na to, że 96% poparcia dla transplantacji narządów od osób zmarłych jest bardziej pustą deklaracją niż rzeczywistym wskaźnikiem postaw.

Ponadto należy mieć w pamięci, że cały czas mowa jest o badaniu postaw, a więc pewnych – wynikających z przekonań – dyspozycji do działania. Nic natomiast nie wiemy o samym działaniu, czyli o postępowaniu dziejącym się w konkretnych okolicznościach związanych ze śmiercią, rozpaczą, tragedią i innymi okolicznościami o olbrzymim ładunku emocjonalnym. Podejmowanie takich działań może nie mieć wiele wspólnego z podawanymi „na sucho” deklaracjami, których kontekstem nie są dziejące się wydarzenia, ale sterylna „sytuacja badawcza”. Statystyki podające ilość przeszczepów dokonywanych w naszym kraju wskazują nie wprost na to, że jednym z ważnych hamulców w rozwoju polskiej transplantologii jest bardzo konserwatywny stosunek większości polskiego społeczeństwa do procedur transplantacyjnych. Wydaje się, że jest to zbyt złożony i trudny problem, aby można było uchwycić jego istotę w badaniach sondażowych. W celu ukazania rzeczywistego stosunku Polaków do transplantacji organów należałoby raczej wykonać pogłębione badania diagnostyczne oparte na metodologii badań jakościowych.

W zawartym w niniejszym tomie artykule „Praktyczne aspekty koncepcji śmierci mózgu” Waldemar Iwańczuk pisze: „W 2012 r. w Montrealu przyjęto stanowisko, że z punktu widzenia nauk medycznych jedynym kryterium śmierci człowieka jest śmierć mózgu, do której może dochodzić według dwóch scenariuszy – jako wynik nieodwracalnego globalnego zatrzymania krążenia krwi lub regionalnego ustania krążenia krwi, tylko w jamie czaszki. Przy takim ujęciu sprawy śmierć „krążeniowa” zawiera w sobie „śmierć mózgową” i w przypadku definicji neurologicznej śmierci nie mamy do czynienia z nowym kryterium, ile z wyeksponowaniem tego, co i tak stanowiło o istocie tradycyjnie obowiązującego kryterium śmierci. W istocie krążeniowa i mózgową definicja śmierci są tylko z pozoru jakościowo inne, w rzeczywistości są odmiennymi odsłonami tego samego

zjawiska. Jest to jeden z warunków antropologicznej poprawności definicji śmierci, która powinna być spójna z biologiczną naturą tego fenomenu. Idąc dalej tym tokiem rozumowania należy stwierdzić, że jest tylko jedno kryterium śmierci, a dwa odmienne sposoby jej stwierdzania”.

Stanowisko powyższe, eksponujące najnowszą światową wiedzę medyczną na temat diagnozowania śmierci, nie jest znane przeciętnym „żadaczom chleba”, którzy często rozumieją śmierć w sposób tradycyjny – jako zatrzymanie akcji serca, w wyniku czego ustaje oddychanie i krążenie krwi. „Przez setki lat, począwszy od starożytności, aż po wiek XX, śmierć jednoznacznie kojarzona była z zatrzymaniem czynności krążenia i oddychania”.¹⁹ Z badań przeprowadzonych przez CBOS w 2012 r. wynika, że 49% respondentów uważa, że „śmierć człowieka następuje wtedy, gdy zatrzyma się jego serce”, natomiast 44% sądzi, że „śmierć człowieka następuje wtedy, gdy w sposób nieodwracalny zniszczony jest jego mózg”, 7% wybrało odpowiedź „trudno powiedzieć”.²⁰ Z przytoczonego powyżej cytatu autorstwa Waldemara Iwańczuka wynika, że te dwa rozumienia śmierci są wobec siebie komplementarne i nie wykluczają się wzajemnie. Pierwsze odnosi się do myślenia potocznego i odwołuje się do kryteriów orzekania o śmierci dostępnych laikowi w codziennych okolicznościach. Przez stulecia kryteria te były kryteriami medycznymi i polegały na stosowaniu takich testów jak przystawianie lusterka do otworów oddechowych, ustawianie szklanki wody na przedniej powierzchni klatki piersiowej, nacinanie tętnicy czy przypalanie ciała.²¹ Drugie rozumienie dotyczy współcześnie stosowanych kryteriów medycznych diagnozowanych za pomocą aparatury dostępnej

19 Jakub Trnka, *Sposoby i możliwości stwierdzania zgonu dawniej i obecnie*, W: *Spoleczno-etyczne aspekty transplantologii*, op. cit., s. 15.

20 CBOS 2012, s. 9.

21 Jakub Trnka, op. cit. s. 15.

jedynie wykwalifikowanym fachowcom. Jednak zawarta w ankiecie komunikatu z badań CBOS kafeteria możliwych odpowiedzi sugeruje, że chodzi o dwa jakościowo różne rozumienia śmierci, a stąd – jeśli mamy do czynienia z osobami podejrzliwymi, o lękowej strukturze charakteru – tylko krok do stwierdzenia, że lekarze za zamkniętymi drzwiami sal szpitalnych mogą orzekać o śmierci kogoś, kto „tak naprawdę” żyje. Ponadto konstrukcja ankiety uniemożliwiała jednoczesne zaznaczenie obydwu odpowiedzi. Gdyby była taka możliwość, to być może niektóre osoby badane tak właśnie by uczyniły, dając wyraz przekonaniu, że uważają, iż podane definicje „są odmiennymi odsłonami tego samego zjawiska”.

Mimo więc, że jak głosi przypis zawarty na pierwszej stronie analizowanego komunikatu CBOS: „Pytania powstały przy współpracy z Polską Unią Medycyny Transplantacyjnej”, to przypuszczalnie to akurat pytanie nie zostało dokładnie przemyślane, a więc wiedza uzyskana na podstawie odpowiedzi na nie jest niejednoznaczna, bowiem wynika z założenia, że chodzi o dwa odrębne systemy orzekania o śmierci.

Problem ten jest niezwykle istotny w obliczu zjawisk, z którymi społeczeństwo polskie zetknęło się w 2007 roku i które odcisnęły piętno na zakresie procedur transplantacyjnych podejmowanych w naszym kraju, być może stanowiąc także jeden z ważnych powodów, dla których „abstrakcyjna” wysoka akceptacja transplantacji zderza się ze stosunkowo niską akceptacją jeśli udzielane odpowiedzi dotyczą konkretnych działań podejmowanych w polskich realiach. Bowiem „afery” związana z tymi wydarzeniami trwa do dziś i co kilka miesięcy rozgrywa się na łamach mediów kolejny jej akt. Chodzi mianowicie o „sprawę doktora G”, któremu ówczesny Minister Sprawiedliwości i Prokurator Generalny, Zbigniew Ziobro, postawił publiczny zarzut o „zabójstwo w zamiarze ewentualnym”, wygłaszając przy tej okazji zdanie, które zrobiło oszałamiającą medialną karierę: „już nikt nigdy przez tego pana życia pozbawiony nie

będzie”²². Na przełomie II i III kwartału 2007 roku doszło do zmasowanego wzrostu sprzeciwów na pobranie narządów. „W każdym z czterech poprzednich lat takich zgłoszeń nie było więcej niż 400, a w owym feralnym okresie liczba ta wzrosła ponad trzykrotnie i przekroczyła 1000. [...] W kolejnych latach 2008–2009 sytuacja wydaje się być już opanowana”²³. W kwietniu 2007 roku, jak głosi notatka PAP, Naczelna Rada Lekarska zwróciła się z apelem do Ministra Zdrowia i innych podmiotów życia publicznego o przeciwdziałanie „degradacji polskiej transplantologii”. Według NRL wokół transplantologii wytworzono atmosferę działania „poza prawem i ponad nim, na szkodę potencjalnych dawców narządów, co jest oczywistą nieprawdą”²⁴. „Swoj sprzeciw wobec negatywnej kampanii szkodzącej idei transplantacji wyrazili biskupi w liście pod znamienym tytułem ‘Nadprzyrodzony krwiobieg miłości’, odczytanym w kościołach w niedzielę 23 września 2007 r.”²⁵

Powyżej przedstawione wydarzenia to tylko jeden z przykładów wskazujących na to, że pochopnie rzucane pomówienia, w atmosferze skandalu medialnego, mogą powodować niepowetowane szkody wynikające z podważania zaufania do polskiej służby zdrowia oraz powątpiewania w legalność stosowanych procedur medycznych. Stosunkowo niska – rzeczywista a nie deklaratywna – akceptacja społeczna transplantacji w Polsce jest jednym z ważnych powodów, dla których Polska jest jednym z krajów europejskich, w których dokonywanych jest najmniej przeszczepów.

Mimo że w Polsce obowiązuje zasada zgody domniemanej, według której można pobrać narządy do przeszczepu od osoby, która wcześniej nie wyraziła

22 Wojciech Cieśla, „Doktor G. i Mr Hyde”, *Newsweek* 10.01.2013.

23 Zbigniew Kuzyszyn, *Medialny przekaz transplantologii*, W: *Spoleczno-etyczne aspekty transplantologii*, s. 7.

24 NRL apeluje o przeciwdziałanie „dalszej degradacji polskiej transplantologii”, *Money.pl*; 17.04.2007.

25 Zbigniew Kuzyszyn, *Medialny przekaz transplantologii*, op. cit., s. 9.

oficjalnego sprzeciwu wobec tej procedury, to jednak zasada ta nie spotyka się z powszechną aprobatą. Pewne aspekty tej sytuacji zostały już omówione powyżej, w związku z analizą odpowiedzi na pytanie „Czy w przypadku śmierci osoby bliskiej sprzeciwił(a)by się Pan(i) pobraniu od niej narządów, aby ratować życie innej osobie?”. Pytanie to sugeruje, że w świetle obowiązującego prawa wyrażenie sprzeciwu skutkuje zaniechaniem procedury transplantacji. Tak jednak w świetle prawa nie jest, choć z drugiej strony lekarze często pytają o zgodę rodziny i respektują jej decyzje.

Od roku 2005 w badaniach przeprowadzanych przez CBOS ankieterzy regularnie zadają pytanie: „Jakie przepisy dotyczące pobierania narządów obowiązują, według Pana(i) wiedzy, w Polsce?” Odpowiedzi (w procentach) na to pytanie zawiera poniższa tabela:

Znajomość przepisów dotyczących transplantacji narządów

Rok badania	2005	2007	2009	2011	2012
Nie orientuję się jakie przepisy obowiązują w Polsce	45	47	45	48	50
Konieczna jest zgoda za życia	31	24	34	32	34
Wystarczy brak sprzeciwu za życia	10	16	15	14	14
Trudno powiedzieć	14	13	6	6	2

Źródło: Na podstawie CBOS 2012, s. 15.

Z tabeli wynika, że od lat wiedza Polaków na temat uregulowań prawnych dotyczących transplantacji narządów jest znikoma. Właściwą wiedzą legitymują się tylko te osoby, których odpowiedzi zawarte są w przedostatnim wierszu. Pozostałe osoby albo nie wiedzą, albo błędnie wydaje im się, że wiedzą, jakie prawo obowiązuje w Polsce. Wynik ten jest znamieny, bowiem rzuca światło na sposób myślenia wielu osób na problemy transplantacji: zdecydowana większość, bo około 85% dorosłych Polaków ma wyrobione poglądy na temat zjawiska, o którym nie ma prawie żadnej rzetelnej wiedzy. Wart odnotowania jest

komentarz Włodzimierza Derczyńskiego, autora komunikatu z badań CBOS z 2005 roku: „Stawia to pod znakiem zapytania etyczną zasadność obowiązujących przepisów, ponieważ model zgody domniemanej zakłada, iż obywatele wiedzą, że jeśli nie chcą, aby po ich śmierci pobrano narządy w celu transplantacji, muszą zgłosić swój sprzeciw (w określonej formie albo zarejestrować go w centralnym rejestrze sprzeciwów).”²⁶ Ta rozbieżność między przekonaniem a wiedzą stanowiła w 2005 roku, według autora, jeden z głównych powodów małej ilości przeszczepów dokonywanych w Polsce. Niestety, po dziewięciu latach wypada za autorem powtórzyć te słowa.

W powyższym opracowaniu ustosunkowałam się do tych aspektów transplantologii, które służą ratowaniu życia. Tych też zagadnień dotyczą komunikaty CBOS, co sugeruje, że stosunek do transplantacji żywiony przez Polaków również odnosi się do tych właśnie aspektów. Należy jednak pamiętać, że współczesna transplantologia zajmuje się także zagadnieniami związanymi nie z ratowaniem życia, ale z poprawą jego jakości. Po pierwsze, chodzi tu o przeszczepy wielotkankowe, wykonywane od 1997 roku w ponad dziesięciu ośrodkach na świecie, gdzie wykonuje się przeszczepy kończyn górnych, twarzy oraz krtani.²⁷ Po drugie, chodzi o problemy związane z przeszczepianiem „komórek rozrodczych, gonad tkanek zarodkowych i płodowych w celu medycznie wspomaganej prokreacji.”²⁸ Obie te sfery wymagają odrębnej analizy, bowiem problemy i zagadnienia z nimi związane różnią się, niekiedy zasadniczo, od „tradycyjnej” transplantologii tkanek i narządów. Obie także w ogromnym stopniu powiązane są ze zjawiskami społecznymi i kulturowymi, ponieważ, jak rzadko która dyscyplina medycyny, są wrażliwe na obecność i oceny innych ludzi w procesach interakcji społecznych.

²⁶ CBOS 2005, s. 8.

²⁷ Adam Chełmoński, Jerzy Jablecki, *Kwalifikacja biorców kończyny górnej*, W: *Społeczno-etyczne aspekty transplantologii*, op. cit., s. 43.

²⁸ Magdalena Gołowkin-Hudała, *Prawo rodzinne wobec wspomaganej prokreacji ludzkiej*, W: *Społeczno-etyczne aspekty transplantologii*, op. cit., s. 85.

Przykładowo, Katarzyna Kowal, zajmując się problemami związanymi z transplantacją kończyn górnych, pisze: „Staranna, pełna i nieustanna kontrola nad ciałem staje się kluczową aktywnością człowieka funkcjonującego we współczesnym społeczeństwie. O jej ekspansywnym charakterze może świadczyć rozszerzanie się wachlarza możliwości przeszczepiania kolejnych, dotąd niepoddawanych transplantacji, tkanek i narządów (np. przeszczep pęcherza moczowego, macicy, krtani, miednicy).”²⁹ Ciekawy jest również artykuł napisany wspólnie przez socjolożkę i przedstawiciela pracowników medycznych ze szpitala im. Św. Jadwigi Śląskiej z Trzebnicy – pionierskiego ośrodka w dziedzinie przeszczepu ręki: „Przeprowadzenie badań socjologicznych nad problemem transplantacji kończyn górnych wynika z potrzeby poznania sfery codziennych interakcji, doświadczeń i przeżyć biorców ręki, których zbadanie wykracza poza możliwości stwarzane przez medycynę”.³⁰ Ciekawe studium przedstawia z kolei pedagogożka, Iwona Cymerman, którego tematem jest analiza jakości życia pacjenta po przeszczepie wątroby, z którym autorka przeprowadziła wywiad 3 miesiące po zabiegu oraz po upływie dekady.³¹

Podane przykładowo zagadnienia ukazują, że problematyka związana z transplantacją jest bogata i złożona, a ponadto podatna na nowe trendy zarówno w dziedzinie technik medycznych, jak i sposobów funkcjonowania człowieka we współczesnym świecie. Rozwinięcie tych wątków nie mieści się jednak w zakresie niniejszego opracowania.

29 Katarzyna Kowal, *Doświadczenie własnej cielesności przez biorców kończyny – socjologiczne studium zrekonstruowanego ciała*, Przegląd Socjologii Jakościowej, Tom VIII, Numer 2/2012, s. 161.

30 Katarzyna Kowal, Jerzy Jabłecki, Adam Chelmoński, *Ciało zrekonstruowane. Społeczno-kulturowe uwarunkowania transplantacji kończyn górnych*, Nowiny Lekarskie 2012, 81, 5, s. 441.

31 Iwona Cymerman, *Doświadczenie jakości życia po przeszczepie: perspektywa fenomenologiczno-hermeneutyczna*, Wydawnictwo Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego, Olsztyn 2007.

ZARYS PSYCHOLOGICZNO- -PRAWNYCH PROBLEMÓW TOWARZYSZĄCYCH SYTUACJI POBRANIA¹

ANNA KRAWULSKA-BIEGAŃSKA
OPEN KONSULTACJE I SZKOLENIA

¹ Serdeczne podziękowania należą się przede wszystkim Ewie Danielewskiej, bez której cennych uwag, wiedzy, kompetencji i znajomości problemów, o których starałam się w miarę możliwości jasno napisać, tekst ten nie ujrzałby „światła dziennego”. Ewo, byłaś moim „Dobrym Duchem” – dziękuję z całego serca.

Dla nas wszystkich posiadane od urodzenia ciało stanowi naszą własność. Dbamy o jego kondycję fizyczną, odwiedzając regularnie baseny, siłownię, biegając, grając w tenisa, jeżdżąc na rowerze. Staramy się zapobiegać chorobom, stosując właściwą profilaktykę. Znajdujemy stroje i fryzury, w których jest nam do twarzy. Poddajemy się różnym zabiegom pielęgnacyjnym i upiększającym – ozdabiamy, wygładzamy, usuwamy, dodajemy, redukujemy, powiększamy. Współczesna kultura masowa w dużym stopniu inicjuje i propaguje trendy dbałości o własny wygląd oraz o zdrowy styl życia.

Od dzieciństwa uczymy się również, że nasze ciało stanowi określoną jedność. Uczymy się postrzegać siebie w kategoriach nierozdzielnej całości. Nasze serce, oczy, dłonie, włosy, intelekt, uczucia należą do nas i stanowią integralną część naszego istnienia. Cały ten nasz wewnętrzny świat żyje wraz z nami i choć zwykle staramy się nie poświęcać tej myśli zbyt wiele czasu – kiedyś wraz z nami umrze. Choć dla wielu z nas wydaje się to odległą przyszłością, od dzieciństwa jesteśmy świadomi, że któregoś dnia z jakiegoś nieznanego nam jeszcze powodu nasze serce przestanie bić i odejdziemy z tego świata. Stanowi to smutną, choć nieuchronną prawdę o naszej egzystencji.

Ten nasz tak oczywisty sposób myślenia o sobie nie znajduje jednak odzwierciedlenia we współczesnej medycynie. W dziedzinie nauk medycznych od wielu lat można bowiem obserwować postępującą specjalizację. Znajduje to odbicie chociażby we współczesnym nazewnictwie katedr i klinik medycznych, np.: „Katedra i Klinika Traumatologii, Ortopedii i Chirurgii Ręki”. Prowadzi to do swojego „rozcłódkowania” obrazu człowieka we współczesnej medycynie, skutkującego chociażby dość sporą dla laika trudnością w wyborze właściwego specjalisty. Siłą rzeczy zatem lekarze koncentrują się na organach będących przedmiotem ich specjalizacji, traktując je w pewnym oderwaniu od całości organizmu i rezygnując tym samym z holistycznego ujmowania pacjenta².

2 Krawulska-Ptaszyńska, A. (1998), *Dysfunkcjonalność systemu ochrony zdrowia na przykładzie psychologicznej analizy relacji lekarz – pacjent*, [w:] J. Miluska (red.), *Psychologia rozwiązywania problemów społecznych. Wybrane zagadnienia*, Poznań: BONAMI, s. 45–61.

We współczesnej medycynie zatem leczy się organy, mało kto natomiast zajmuje się powiązaniem między nimi lub koncentruje się na całościowym obrazie. Pewnym wyjątkiem są tu jedynie ośrodki medycyny naturalnej, propagujące holistyczny sposób diagnozowania i leczenia. Taki sposób myślenia przynosi szkodę przede wszystkim pacjentom, gdyż lekarze, pragnąc za wszelką cenę wyleczyć „podległy sobie organ”, często nie biorą pod uwagę działań podejmowanych przez innych specjalistów, również zajmujących się „swoimi” organami. Stąd zbyt częste podawanie chorym antybiotyków czy wzajemnie wykluczające się kuracje. Instytucja lekarza rodzinnego, mająca przynajmniej w założeniu koordynować wysiłki lekarzy specjalistów, w tym akurat zakresie wydaje się nie spełniać pokładanych w niej nadziei.

Ta nadmierna koncentracja na wycinku rzeczywistości znajduje odzwierciedlenie przede wszystkim w procesie kształcenia lekarzy. W systemie edukacji adeptom sztuki Hipokratesa wpaja się przekonanie, że zadaniem lekarza jest „wyleczyć ciało” przy relatywnie niewielkim zainteresowaniu dla posiadanej przez pacjenta „duszy”. Możemy zatem obserwować koncentrację na objawach, procesie diagnostycznym i terapeutycznym, mniejszą natomiast wagę przywiązuje się do kwestii relacji, jaka powinna łączyć lekarza z pacjentem. Współczesna medycyna stanowi zatem sztandarowy przykład nauki, która niemal całkowicie ignoruje fakt, iż życzliwa, oparta na zaufaniu relacja jest jednym z kluczowych czynników w procesie kontaktu z pacjentem czy jego rodziną, czyli leczenia i zdrowienia, a pacjenci chętniej stosują się do zaleceń lekarza, jeżeli mają do niego zaufanie³. Ten sposób myślenia znajduje bezpośrednie przełożenie w procesie kształcenia przyszłych lekarzy. Umiejętność prowadzenia rozmowy z pacjentem jest

³ Argyle, M. (2001), *Psychologia stosunków międzyludzkich*, Warszawa: PWN; Gordon, T., Edwards, W. S. (2009), *Rozmawiać z pacjentem*, Warszawa: Academica; Krawulska-Ptaszyńska, A. (op. cit.).

traktowana jako problem marginalny, a sama nazwa „wywiad lekarski” sugeruje, że tylko jedna strona ma prawo zadawać pytania, zadaniem drugiej zaś jest na te pytania w wyczerpujący sposób odpowiedzieć.

W kontekście opisanych powyżej problemów warto przyjrzeć się bliżej pewnej nietypowej sytuacji. Otóż zdarza się, że na oddziale intensywnej terapii, neurologii lub neurochirurgii umiera człowiek. Człowiek ten umiera jednak w dość szczególny sposób – w mechanizmie śmierci mózgowej. W języku medycznym ten rodzaj śmierci określa się mianem „śmierci mózgu”, dawniej określanym jako „śmierć pnia mózgu”. Oznacza to, że człowiek ten nie jest zdolny do dalszego życia – nieodwracalnemu uszkodzeniu uległy struktury jego pnia mózgu odpowiedzialne za pracę serca, krążenie i oddychanie. Funkcje te są aktualnie sztucznie podtrzymywane przy pomocy respiratora, który wtłacza do płuc pacjenta niezbędne powietrze. Zapewnia to niezakłóconą pracę serca. Stosuje się również zabiegi mające na celu utrzymanie normalnej temperatury jego ciała. Człowiek ten wygląda zatem „na pierwszy rzut oka” jak ktoś głęboko uspiiony lub nieprzytomny – jego klatka piersiowa porusza się miarowo, unosząc się i opadając, ciało jest ciepłe, a monitor wyświetla akcję jego serca. To, co widzimy, to jednak pozory – w rzeczywistości mamy przed sobą martwego człowieka.

Kwestia ta prawdopodobnie nigdy nie znalazłaby się w sferze zainteresowań psychologów, gdyby nie jedna istotna rzecz. Otóż w myśl naszego dość postępowego w tym obszarze prawodawstwa człowiek, który umiera mechanizmem śmierci mózgowej, może – po komisyjnym stwierdzeniu faktu śmierci jego mózgu – być dawcą narządów dla innych ludzi. Ustawa transplantacyjna z 1996 roku (i jej nowelizacja z roku 2005)⁴ wprowadza bowiem zasadę zgody domniemanej. W związku z tym od każdego dorosłego (a także małoletniego – o ile jego przedstawiciele ustawowi nie zgłosili sprzeciwu) obywatela

⁴ Ustawa z dnia 26 października 1995 r. o pobieraniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów. Dz.U. Nr 138, poz. 682, s. 3008–3012; Ustawa z dnia 1 lipca 2005 r. o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów, Dz.U. Nr 169, poz. 1411.

Rzeczpospolitej Polskiej, który nie wyraził za życia sprzeciwu wobec pobrania narządów po jego śmierci, mogą one zostać pobrane i przeszczepione wytypowanym osobom⁵. Istnieje przy tym kilka form wyrażenia sprzeciwu: wpis do Centralnego Rejestru Sprzeciwów, pisemne oświadczenie poświadczane własnoręcznym podpisem, oświadczenie ustne złożone w obecności co najmniej dwóch świadków. Jednak większość ludzi, którzy nie chcą zostać dawcami po swojej śmierci, nie korzysta z żadnej z wymienionych powyżej form wyrażenia sprzeciwu. Powodów jest kilka, ale najczęstszym jest to, iż niewielu z nas w ogóle kiedykolwiek słyszało o takiej konieczności czy możliwości. Jak pisze prof. Elżbieta Zakrzewska-Manterys w artykule pt. „Postawy Polaków wobec transplantacji narządów”, zawartym w niniejszej książce, zdaniem CBOS jedynie 14% badanych posiada prawidłową wiedzę na temat konstrukcji prawnej ustawy; 34% uważa, iż konieczna jest zgoda za życia, natomiast aż 50% deklaruje brak wiedzy na ten temat. Wydaje się, iż taki stan rzeczy nie ulega zmianie od wielu lat. Z badań opinii publicznej z roku 1997 wynika, że zaledwie 18% Polaków wiedziało, iż w prawodawstwie polskim obowiązuje zasada zgody domniemanej. Aż 41% badanych przez CBOS respondentów sądziło, że pobranie narządów umożliwia wyraźna zgoda wyrażona za życia, a 22% uważało, że pobranie tkanek z organizmu osoby zmarłej możliwe jest dopiero za zgodą rodziny zmarłego. Jedynie 32% badanych osób

⁵ Jeżeli chodzi o możliwość dokonania przeszczepu od dawcy zmarłego, ustawa precyzuje, iż komórki, tkanki i narządy mogą być pobierane ze zwłok ludzkich w celach diagnostycznych, leczniczych, naukowych i dydaktycznych. Jako prawna podstawa możliwości dokonania pobrania została przyjęta konstrukcja zgody domniemanej, co oznacza, że narządy mogą zostać pobrane i przeszczepione, o ile osoba zmarła nie wyraziła za życia sprzeciwu wobec takiej możliwości. W przypadku osób małoletnich lub osób, które nie posiadają pełnej zdolności do czynności prawnych, sprzeciw może zostać wyrażony przez ustawowego przedstawiciela tej osoby. Sprzeciw może zostać wyrażony na trzy możliwe sposoby:

- w formie wpisu do centralnego rejestru sprzeciwów,
- w formie pisemnego oświadczenia zaopatrzonego we własnoręczny podpis,
- w formie oświadczenia ustnego złożonego w obecności co najmniej dwóch świadków, pisemnie przez nich potwierdzonego.

Sprzeciw może zostać cofnięty w każdym czasie w formach, o których mowa w ustawie.

odpowiedziało twierdząco na pytanie, czy w Polsce istnieje Centralny Rejestr Sprzeciwów. Pozostałe osoby odpowiedziały na to pytanie negatywnie (16%) bądź przyznały, że nie posiadają wiedzy na ten temat (52%)⁶.

Problemy psychologiczno-etyczne związane z pobieraniem narządów do przeszczepienia dotyczą dwóch obszarów. Pierwszy wiąże się z kontrastem, jaki występuje między potocznym rozumieniem śmierci a jej rozumieniem zgodnym z pojęciem śmierci mózgowej, wykorzystywanym przy podejmowaniu decyzji o pobraniu narządów. Drugi obszar związany jest z postawami bliskich zmarłego wobec pobrania narządów w sytuacji, gdy zmarły nie zgłosił za życia sprzeciwu w CRS lub w formie pisemnej. Zasadnicza trudność w tym obszarze dotyczy etycznie właściwego postępowania personelu medycznego w obliczu sprzeciwu bliskich wobec pobrania. Wymaga ono szczególnej wrażliwości i przygotowania zarówno jeśli chodzi o sposób informowania o zgonie, jak i o wyjaśnienie bliskim, czym jest śmierć w mechanizmie śmierci mózgowej.

1. KIEDY UMIERA CZŁOWIEK...

W pewnym momencie nieuchronnie dochodzi do konfrontacji pomiędzy lekarzem, zdającym sobie sprawę z faktu śmierci swojego pacjenta, a rodziną, która kulturowo przywykła do spostrzegania i traktowania zmarłego w kategoriach integralnej całości, a śmierć kojarzy przede wszystkim z ustaniem akcji serca⁷. Można stwierdzić, iż większość z nas, przeciętnych ludzi niezwiązanych na co dzień z medycyną, wiąże to, że ktoś pozostaje przy

⁶ CBOS, *Spółeczna wiedza o regulacjach prawnych dotyczących transplantacji narządów. Komunikat z badań*, Warszawa, kolejne badania 1997, 2005, 2007, 2009, 2011, 2012.

⁷ Według badania CBOS, *Postawy wobec przeszczepiania narządów* (BS/105/2012), sierpień 2012, 49% Polaków uważa, że śmierć następuje wraz z ustaniem pracy serca, a 44% – że razem z nieodwracalnym zniszczeniem mózgu.

życiu, z niezakłóconą akcją serca, śmierć natomiast kojarzy nam się przede wszystkim z ustaniem jego pracy. Taki sposób myślenia o życiu i śmierci jest silnie zakorzeniony w kulturze, w której wzrastaliśmy: w historii, literaturze, poezji. „Jego serce przestało bić” oznacza w naszej świadomości zgon. „Dopóki serce me bić będzie” jest dla nas tożsame ze stwierdzeniem „dopóki będę żył”. Taki sposób myślenia o śmierci jest zgodny z klasyczną jej definicją, która mówi, że nieodwracalne ustanie krążenia krwi oznacza śmierć człowieka jako całości, choć niekoniecznie oznacza to natychmiastową śmierć wszystkich komórek ciała. Elementy takiego myślenia można znaleźć w nieaktualnym już komunikacie w sprawie kryteriów stwierdzenia trwałego i nieodwracalnego ustania funkcji pnia mózgu, który głosił, że „śmiercią człowieka jako zintegrowanej jednostki jest definitywne ustanie krążenia krwi”⁸. Z takim ujęciem śmierci wszyscy możemy się zgodzić, a co do faktu jej wystąpienia nie może być żadnych wątpliwości, gdyż w tym wypadku „zmarły rzeczywiście wygląda jak martwy” – jego krew nie krąży, serce nie pracuje, a ciało jest zimne i sztywne.

We współczesnej medycynie istnieją i obowiązują jednak również inne sposoby definiowania śmierci. Istnieje zatem tzw. definicja nowa, w myśl której nieodwracalne ustanie funkcji mózgu oznacza śmierć człowieka jako całości, choć niekoniecznie oznacza to równoczesną śmierć wszystkich innych układów⁹. Na uwagę w związku z tym zasługują dwie kwestie. Po pierwsze, w takim ujęciu śmierć przestaje być śmiercią całego człowieka, śmiercią wszystkich jego komórek, oznacza raczej nieodwracalne przerwanie połączeń pomiędzy różnymi układami, których niezakłócone funkcjonowanie stanowi o życiu jednostki. Po drugie, śmierć przestaje być zdarzeniem czy zjawiskiem nagłym. Zamiast tego staje się raczej procesem

⁸ Załącznik do Komunikatu Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 29 października 1996 r. o wytycznych w sprawie kryteriów stwierdzenia trwałego i nieodwracalnego ustania funkcji pnia mózgu (śmierci mózgowej).

⁹ *ibidem*.

– rozciągniętym w czasie i zdysocjowanym¹⁰. Oznacza to, że nie wszystkie układy i narządy umierają w tym samym czasie, a moment śmierci to raczej punkt, od którego proces ten wchodzi w fazę nieodwracalności.

Taki sposób definiowania śmierci jest z punktu widzenia medycyny transplantacyjnej niezwykle pragmatyczny – stwarza bowiem jedyną w swoim rodzaju możliwość pobierania narządów do przeszczepienia. Pobiera się bowiem wciąż sprawne i funkcjonujące narządy z nieżyjącego już organizmu. Różnice pomiędzy takim zdefiniowaniem zjawiska śmierci a tym, jak spostrzega i definiuje śmierć przeciętny człowiek, rodzą jednak ogromne komplikacje. Jak już wspomniano, dla niego śmierć związana jest przede wszystkim ze śmiercią „krążeniową”, powiazaną z ustaniem akcji serca. W przypadku śmierci mózgu natomiast główna trudność polega na tym, iż „zmarły nadal wygląda jak żywy”: jego serce pracuje w sposób niezakłócony, tłoczący do płuc powietrze respirator tworzy wrażenie „oddychania”, ogrzewana skóra jest ciepła. Co więcej, podłączony jest do skomplikowanej aparatury służącej przecież w powszechnym przekonaniu ratowaniu życia. Zgodnie z wiedzą potoczną, która jak w wielu innych przypadkach, tak i w tym, mija się z faktami, człowiek ten nadal jest żywy. Zatem w takim wypadku jakakolwiek informacja o śmierci, zgodnie z teorią dysonansu poznawczego¹¹, musi zostać odrzucona jako niezgodna z dostępną nam wiedzą dotyczącą tego, czym jest i jak wygląda śmierć¹².

10 Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 17 lipca 2007 r. w sprawie kryteriów i sposobu stwierdzenia trwałego nieodwracalnego ustania czynności mózgu.

11 Aronson, E., Wilson, T. D., Akert, R. M. (1997), *Psychologia społeczna. Serce i umysł*, Poznań: Zysk i S-ka.

12 Krawulska-Ptaszyńska, A. (niepublikowany maszynopis), „Relacja: lekarz – pacjent w kontekście pobierania i przeszczepiania narządów”.

2. DLACZEGO TAK TRUDNO SIĘ POROZUMIEĆ – POSTAWY BLISKICH ZMARŁEGO

Przedstawione powyżej kwestie psychologiczne dotyczące rozumienia, czym jest śmierć człowieka z punktu widzenia laika i z punktu widzenia potrzeb transplantologii, mają podstawowe znaczenie dla tego, jakie stanowisko zajmie rodzina potencjalnego dawcy wobec planowanego pobrania. Oczywiście zgodnie z obowiązującym w Polsce prawem należy respektować wolę osoby zmarłej, jeżeli wyraziła ją za życia. Po zweryfikowaniu zdania zmarłego można do pobrania przystąpić lub należy z niego zrezygnować. Tymczasem osoba, która ma za zadanie poznać stanowisko zmarłego, oprócz sprawdzenia istnienia oficjalnego sprzeciwu w Centralnym Rejestrze Sprzeciwów musi przeprowadzić rozmowę z bliskimi. Chociaż z punktu widzenia prawa osoby bliskie nie są uprawnione do zgłaszania skutecznego sprzeciwu, to dość powszechne jest przeświadczenie, że mają takie prawo „moralne”. Co więcej, przy stanowczej odmowie bliskich dotyczącej pobrania narządów od zmarłego zespół lekarski odstępuje od pobrania. Praktycznie więc – pomimo jasnego stanu prawnego – mamy do czynienia z aktywnym sprzeciwem bliskich oraz z respektowaniem woli bliskich przez zespół lekarski. Poniżej staram się wyjaśnić przyczyny takiej sytuacji, która, jak się wydaje, jest raczej standardem niż wyjątkiem w polskiej rzeczywistości.

Z badań¹³ wynika, że jeśli lekarzowi uda się przekonać członków rodziny, iż ich bliski rzeczywiście nie żyje, a praca skomplikowanej aparatury, do której jest podłączony, w rzeczywistości podtrzymuje jedynie funkcje niektórych układów i narządów, maleje prawdopodobieństwo sprzeciwu wobec pobrania

¹³ Matuszczak, M., *Psychologiczne konsekwencje decyzji o akceptacji pobrania narządów osoby bliskiej*, maszynopis niepublikowanej pracy magisterskiej, napisanej w 1999 roku w Instytucie Psychologii UAM pod kierunkiem prof. dr hab. W. Domachowskiego.

organów do transplantacji. Jeżeli natomiast mimo przedstawionych wyjaśnień natury medycznej rodzina nadal będzie miała określone wątpliwości co do faktu śmierci osoby bliskiej, najprawdopodobniej zacznie w sposób aktywny bądź bierny przeciwstawiać się planowanemu pobraniu narządów. Pozostaje jeszcze bardziej przerażająca możliwość, iż pewna grupa osób, mimo niezrozumienia mechanizmu śmierci mózgowej, czyli mając nadal wątpliwości co do śmierci ich krewnego, nie sprzeciwi się planowanemu pobraniu. Dzieje się tak w sytuacji wywierania presji w celu wymuszenia akceptacji lub też lęku związanego z obecnością autorytetu, jakim w pewnych kręgach nadal cieszy się lekarz. Z prowadzonych badań wynika, że niektóre spośród osób z tej właśnie grupy jeszcze długo po zabiegu pobrania mają duże wątpliwości, czy na pewno szpital wyczerpał wszystkie możliwości leczenia w stosunku do ich krewnego i czy na pewno pobranie miało miejsce po śmierci, a nie stało się jej przyczyną. Osoby te nierzadko obwiniają się, iż nie uczyniły wszystkiego, co w ich mocy, by uratować bliską im osobę, w konsekwencji tracą też zaufanie do służby zdrowia i lekarzy pracujących w danym ośrodku. Niejednokrotnie osoby te wymagają w najbliższej przyszłości interwencji psychologicznej lub psychiatrycznej¹⁴.

Widać stąd, że bardzo wiele w tej delikatnej materii zależy od tego, czy pracujący w oddziałach intensywnej terapii anestezjologów¹⁵ potrafią w jasny i zrozumiały sposób wyjaśniać, na czym polega mechanizm śmierci mózgu i co sprawia, że ten właśnie człowiek jest martwy, chociaż w opinii laika wyglądać może na żywego. Niestety w praktyce widać, że lekarze mają duży problem z czytelnym informowaniem o śmierci i udzielaniem wyjaśnień na ten temat. Wynika to z kilku powodów. Po pierwsze, anestezjologom

¹⁴ tamże.

¹⁵ W Polsce większość przypadków identyfikacji potencjalnych dawców narządów oraz stwierdzania śmierci mózgu odbywa się w oddziałach intensywnej terapii, stąd konieczność prowadzenia procedur przewidzianych prawem, w tym również rozmowy z rodziną potencjalnego dawcy narządów przypada pracującym tam anestezjologom i koordynatorom szpitalnym.

pracującym na oddziałach intensywnej terapii brakuje czasu na prowadzenie długich rozmów. Dokładne wyjaśnianie, udzielanie wyczerpujących odpowiedzi na zadane pytania i sprawdzanie zrozumienia zajmuje nieraz dużo czasu. Na oddziale natomiast znajdują się wymagający stałej opieki pacjenci, dodatkowo jeszcze obecność anestezjologów w trakcie wykonywania zabiegów operacyjnych jest niezbędna. Im mniejszy jest dany ośrodek szpitalny, tym nawał obowiązków i brak czasu jest większym problemem. W związku z tym lekarze często ograniczają czas trwania kontaktu do niezbędnego minimum, przekazując informacje w telegraficznym skrócie.

Po drugie, w trakcie takiej rozmowy wyraźnie zaznacza się odmiennosc perspektyw jednej i drugiej strony¹⁶. Z jednej strony bowiem zasiada lekarz, zwykle anestezjolog, dla którego procesy zachodzące we wnętrzu organizmu człowieka są jasne i proste. Z drugiej strony natomiast znajdują się członkowie rodziny zmarłego, dla których kwestie medyczne nie są tak czytelne, w związku z czym mogą mieć zrozumiałą trudność z przyswojeniem informacji o tym, co dokładnie stało się z ich krewnym. Dodatkowo dla lekarza zmarły to tylko pacjent – jeden z wielu. Może odczuwać w związku z jego śmiercią smutek, mieć poczucie porażki, może współczuć jego rodzinie, nie zmienia to jednak faktu, iż jest to dla niego ktoś obcy – ktoś, kogo prawie lub w ogóle nie znał. Dla członków rodziny natomiast jest to ktoś im bliski, z kim spędzili wiele lat, a czasem nawet całe życie. Nic dziwnego zatem, że nie chcą przyjąć do siebie faktu jego śmierci.

Z odmiennością perspektyw jest związana kolejna istotna kwestia. Każdy z nas czasem doświadcza tego, że lekarze są przyzwyczajeni do posługiwania się językiem fachowym. Cechuje się on sporym wysyceniem terminologią medyczną, nieraz całkowicie niezrozumiałą dla „człowieka z ulicy”. Z badań prowadzonych na gruncie psychologii społecznej wiadomo,

16 Krawulska-Ptaszyńska, A. (niepublikowany maszynopis), op. cit.

że zbyt wysoki poziom „utechnicznienia” języka (zbyt wysokie wysycenie sformułowaniami o charakterze fachowym) prowadzi do obniżenia wiarygodności nadawcy w oczach odbiorcy, gdyż uniemożliwia zrozumienie prezentowanego przekazu¹⁷. Nadmierne używanie określeń typowo medycznych pogłębia zatem jedynie niezrozumienie po stronie członków rodziny. Jeżeli na to jeszcze nakłada się fakt przeżywania przez nich emocji tak silnych, że znacznie ograniczają one możliwość rozumienia napływających informacji, przeprowadzenie rozmowy wyjaśniającej istotę śmierci mózgu staje się niezwykle trudne. Stąd tak istotne jest to, by anestezjologodzy umieli tłumaczyć zjawiska zachodzące w mózgu człowieka w sposób przystępny.

Inny problem pojawiający się w rozmowie na temat śmierci, poprzedzającej rozmowę dotyczącą pobrania, jest związany z koniecznością przekazania trudnej do przyjęcia informacji. W związku z tym często anestezjologodzy stają wobec dylematu. Z jednej strony nie chcą stać się przyczyną bólu i cierpienia innych osób, a z drugiej strony muszą im przekazać informację o śmierci bliskiego. Ten konflikt znajduje niejednokrotnie swoje ujście w sposobie informowania o śmierci – w używaniu przez lekarzy swoistych omówień czy eufemizmów na jej określenie. Lekarzom może wydawać się, że informacja przekazana w łagodniejszy sposób stanie się przez to łatwiejsza do przyjęcia. Druga strona medalu jest natomiast taka, że nie stawiając przysłowiowej kropki nad i, czyli nie mówiąc o śmierci wprost, lekarze sami doprowadzają do sytuacji, w której rodzina nadal nie wierzy, że nastąpiło najgorsze, lub – co gorsza – ma nadzieję na pomyślne zakończenie „leczenia”¹⁸.

Z tego punktu widzenia absolutnie kluczową staje się kwestia sposobu, w jaki lekarz naświetla rodzinie proces śmierci, czyli na ile potrafi poradzić sobie z wyjaśnieniem mechanizmów śmierci mózgowej.

17 Mika, S. (1981), *Psychologia społeczna*, Warszawa: PWN.

18 Krawulska-Ptaszyńska, A., (niepublikowany maszynopis), op. cit.

Kolejną kwestią, która nie znalazła jak dotąd w środowisku anestezjologów jednoznacznego rozwiązania, jest moment, w którym lekarz powinien rozpocząć informowanie o śmierci. W tej sferze obserwować można dwa podejścia. Zgodnie z podejściem „ortodoksyjnym”, mającym na celu zachowanie całkowicie zgodne z literą prawa, lekarze mają prawo rozmawiać o śmierci dopiero wtedy, gdy ostatecznie zakończyło się postępowanie komisyjne i mają w ręku podpisany przez trzech niezależnych specjalistów protokół stwierdzający śmierć mózgu, który jest jednocześnie dokumentem uprawniającym do wypisania aktu zgonu. Dopiero ten moment bowiem uprawnia ich do podjęcia jakichkolwiek rozmów na temat ewentualności pobrania. Podejście to – jak najbardziej prawidłowe z prawnego, etycznego i psychologicznego punktu widzenia – wyklucza jednak podejmowanie jakichkolwiek działań zmierzających do pobrania narządów, zanim śmierć mózgu nie zostanie jednoznacznie potwierdzona. Stąd procedura wydłuża się, a w tym czasie u potencjalnego dawcy może dojść do zatrzymania krążenia, zanim zostaną zakończone różne procedury transplantacyjne. Zgodnie z podejściem „pragmatycznym” rozmowę na temat ewentualnego pobrania powinno rozpoczynać się możliwie jak najwcześniej, zwykle już na etapie wysunięcia podejrzenia śmierci mózgu i rozpoczęcia procedur diagnostycznych mających ją potwierdzić. Prowadzi to do sytuacji, w której lekarze jeszcze nie potwierdzili śmierci, a już wcielone zostają w życie określone procedury zmierzające do pobrania (sprawdzenie sprzeciwu w CRS-ie, typowanie zgodności tkankowej, powiadomienie ośrodków transplantacyjnych). Wielu zwolenników podejścia „pragmatycznego” twierdzi też, iż wcześniejsza rozmowa z rodziną pozwala uniknąć niepotrzebnych działań generujących określone koszty – w miarę wczesne zdiagnozowanie negatywnego stanowiska rodziny daje szansę na niepodejmowanie niepotrzebnego wysiłku przez wiele osób. W praktyce obserwuje się, iż najgorszą z zastosowanych możliwości jest mieszanie obu podejść – czyli z rodziną o śmierci rozmawiamy dopiero po komisyjnym stwierdzeniu śmierci, dys-

ponujemy jednak określonymi informacjami wskazującymi na to, że już od jakiegoś czasu myśleliśmy o „jeszcze nie zmarłym” jako o potencjalnym dawcy. Takie podejście z pewnością rujnować będzie zaufanie członków rodziny do lekarzy, tego typu zachowanie interpretowane jest bowiem jako „działanie za plecami”, nastawione przede wszystkim na pozyskanie narządów, nie na leczenie. Warto zatem w pierwszej kolejności zadbać o to, by cały proces uczynić „transparentnym”, informując rodzinę o kolejnych krokach – począwszy od wysunięcia podejrzenia, poprzez kolejne etapy procedury i ich wyniki, aż po moment komisyjnego stwierdzenia śmierci. Tego typu podejście z jednej strony daje rodzinie możliwość uczestnictwa w całej procedurze, zwiększając zaufanie do lekarzy, którzy „nic nie ukrywają”, z drugiej – przyzwala lekarzom na wcześniejszą rozmowę o tym, „jaki mamy możliwości, jeśli potwierdzą się nasze przypuszczenia co do śmierci mózgu”.

Na podstawie własnego doświadczenia uważam, iż moment poinformowania o śmierci potencjalnego dawcy jest w całej procedurze momentem kluczowym. Musimy bowiem pamiętać, iż do tego momentu cele rodziny i lekarzy były zbieżne – obydwu stronom zależało na ratowaniu życia. Rodzinie – na ratowaniu życia i zdrowia ich krewnego, lekarzom – na ratowaniu życia pacjenta. Od tego momentu jednak zbieżność celów się kończy i kończy się jakakolwiek zależność członków rodziny od lekarzy. Rodzina bowiem do tej pory skłonna była wybaczać „doktorom” różne potknięcia właśnie ze względu na chęć ratowania życia ich krewnego. Jest faktem bezspornym, że zdecydowana większość lekarzy ma świadomość, iż ich podstawowym obowiązkiem jest ratowanie życia ludzkiego. Skoro zatem nie potrafią już w żaden sposób pomóc zmarłemu, mogą jeszcze skierować swoje wysiłki na ratowanie życia innych – nieznanych sobie biorców, oczekujących na przeszczepienie narządu. Trudno jednak oczekiwać od pogrążonych w żałobie członków rodziny, by w łatwy sposób i bez sprzeciwu zidentyfikowali się z tym celem. Ich cel jest zgoła inny – pragną oddać

zmarłemu „szacunek do końca”, co zgodnie z naszą obyczajowością oznacza zabranie zwłok po to, by godnie je pogrzebać. Trudno też od nich w tym momencie oczekiwać zrozumienia dla przyświecających lekarzowi celów, które nie tylko są im obce, ale jeszcze stoją w sprzeczności z ich celem, gdyż pobranie oznaczać będzie okaleczenie ciała ich krewnego i zwykle opóźnia moment pogrzebu. Nic więc dziwnego, że ich postawa względem pobrania może być, przynajmniej początkowo, negatywna. Można się również spodziewać, iż moment ten w dość ostry sposób weryfikować będzie to, jak rodzina ocenia przebieg dotychczasowego postępowania medycznego, i czy lekarzom udało się zbudować opartą na zaufaniu relację. Jeśli bowiem ma zastrzeżenia wobec wdrożonego leczenia czy podejrzenia co do „czystości intencji”, z całą pewnością ujawni się to w tym właśnie momencie, skutkując sprzeciwem wobec planowanego pobrania.

I tu pojawia się kolejny trudny wątek – wątek pobrania narządów. Problemem, jaki nieuchronnie pojawia się w związku z prowadzeniem rozmowy na temat pobrania, jest to, czy i na ile powinno się uwzględniać w ostatecznej decyzji o pobraniu narządów stanowisko rodziny zmarłego. Z jednej strony bowiem istnieje tendencja do odmawiania rodzinie prawa do decydowania o tym, co stanie się po śmierci z ciałem ich bliskiego, formułując twierdzenia, iż „zwłoki nie mogą stanowić masy spadkowej” oraz że aktualna konstrukcja prawna, pozbawiająca członków rodziny prawa do stanowienia o „dalszym losie” ich krewnego, ma im w istocie rzeczy pomóc, zdejmując z nich ciężar tej niewątpliwie trudnej decyzji. Z drugiej strony nie zaprzecza się, iż rodzina ma prawo decydowania o kształcie pochówku bliskiej im osoby i dbania o oddanie należnego mu szacunku również po śmierci¹⁹. Sytuacja taka zatem nieuchronnie prowadzi do konfliktu dwóch wartości: prawa członków rodziny związanego z ochroną czci zmarłego z obowiązkiem ratowania życia innych ludzi na wszelkie sposoby. Osobą doświadczającą tego konfliktu

19 Balicki M., op. cit.

w największym stopniu jest odpowiedzialny za prowadzenie dawcy i kontakt z członkami jego rodziny lekarz czy koordynator szpitalny²⁰.

Lekarze i koordynatorzy szpitalni niejednokrotnie stwierdzają, iż rozmowy o możliwości pobrania narządów nie należą do łatwych. Jednocześnie ustawa nakłada na nich obowiązek przeprowadzania tego typu rozmów, gdyż przed pobraniem lekarz musi zasięgnąć informacji, czy zmarły nie wyraził sprzeciwu wobec możliwości pobrania narządów dla celów transplantacji²¹. Musimy pamiętać, że ustawodawca – poza zastrzeżeniem własnym w postaci wpisu w Centralnym Rejestrze Sprzeciwów – dopuścił jeszcze dwie inne formy prawne wyrażenia sprzeciwu: pisemne oświadczenie zaopatrzone własnoręcznym podpisem oraz oświadczenie ustne złożone w obecności co najmniej dwóch świadków, pisemnie przez nich potwierdzone²². Nie sprecyzowano natomiast, kto może być wspomnianym w ustawie świadkiem, stąd teoretycznie lekarze powinni wysłuchać zdania wszystkich osób będących w posiadaniu jakichkolwiek informacji na ten temat. W praktyce ogranicza się to do sprawdzenia stanu wiedzy najbliższych członków rodziny zmarłego na temat jego stosunku do idei transplantacji.

I tu pojawia się jeden z najtrudniejszych momentów, gdyż członkowie rodziny często interpretują fakt prowadzenia z nimi rozmowy na temat możliwości pobrania jako pytanie o ich zgodę na wykonanie zabiegu. Stąd często lekarze czy koordynatorzy słyszą od rodziny: „ale my się nie zgadzamy”, co powoduje ogromną trudność natury psychologicznej. Bo co można odpowiedzieć w tej sytuacji: „Ale my nie pytamy Państwa o zgodę”, „Państwa zdanie nie ma dla nas żadnego znaczenia”, „Zgodnie z literą prawa nie potrzebujemy Państwa zgody, aby cokolwiek pobrać i przeszczepić”?

20 Krawulski-Ptaszyńska A., (niepublikowany maszynopis), op. cit.

21 Ustawa z dnia 1 lipca 2005 roku o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów, Dz.U. 2005 nr 169, poz. 1411.

22 Ustawa o pobieraniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów, art. 5, p. 1.

Takie postawienie sprawy z pewnością doprowadzi do zaostrzenia konfliktu z rodziną i może tylko zwiększyć jej upór w podtrzymywaniu negatywnego stanowiska wobec pobrania. Lekarze i koordynatorzy pamiętają również o tym, że mają do czynienia z ludźmi pogrążonymi w cierpieniu po stracie bliskiej osoby, w gwałtowny nieraz sposób okazującymi swoje emocje. Ludźmi skupionymi na własnym cierpieniu i zwyczajnie niezainteresowanymi chorobą czy cierpieniem innych. Wiedzą, że ta rozmowa tylko to cierpienie potęguje. A rozmawiać muszą, bo wymaga tego obowiązek ratowania życia biorcom i ustawodawca.

Wydaje się, iż dobrym sposobem na prowadzenie rozmowy o ewentualnym pobraniu jest skoncentrowanie się na wyjaśnianiu kwestii prawnych w taki sposób, by nie urazić jednocześnie uczuć członków rodziny. Oznacza to cierpliwe wyjaśnianie faktu, iż sprzeciw rodziny z prawnego punktu widzenia nie może być powodem odstąpienia od pobrania. Wielu lekarzy i koordynatorów wyraźnie podkreśla w trakcie rozmowy, jakie są prawne możliwości wyrażenia sprzeciwu, informując członków rodziny, że ich sprzeciw nie może być uwzględniany, jeżeli jednak dostarczą własnoręcznie podpisane przez zmarłego oświadczenie lub zdecydują się własnoręcznie podpisać dokument stwierdzający, że zmarły za życia sprzeciwiał się możliwości pobrania i przeszczepienia jego organów, doprowadzi to do wstrzymania dalszych procedur w tym względzie. Można uznać taki sposób prowadzenia rozmowy za „instruktażowy” i dający rodzinie możliwość podtrzymania swojego pierwotnego negatywnego stanowiska, nawet kosztem „kłamstwa na piśmie”. Musimy jednak pamiętać, iż lekarz czy koordynator szpitalny zobowiązany jest nie tylko dbać o interes biorców, rodzin dawców, lecz również o interes szpitala, w którym pracuje, co oznacza przestrzeganie norm prawnych. Ustawodawca nakłada na zespół medyczny obowiązek zgłoszenia możliwości pobrania narządów do przeszczepienia, a co za tym idzie – obowiązek odbycia takiej rozmowy z bliskimi, jeżeli nie ma sprzeciwu w CRS. Nawet jeżeli rodzina decyduje

się w tym momencie na poświadczenie nieprawdy, obciąża tym jedynie własne sumienie.

Natomiast praktyka pokazuje, że w ośrodkach zgłaszających potencjalnych dawców zdarzają się przypadki odstępowania od pobrania ze względów innych niż medyczne. Zwykle powodem tym jest kategoryczny sprzeciw rodziny wobec możliwości pobrania narządów ich krewnego, choć w świetle obowiązującej ustawy sprzeciw taki pozbawiony jest jakiegokolwiek mocy prawnej i powinien zostać zignorowany. Tak się jednak nie dzieje. Aby wyjaśnić ten paradoks, trzeba raz jeszcze odwołać się do jednej z podstawowych zasad obecnych w ustawie – konstrukcji zgody domniemanej. Otóż na etapie powstawania ustawy wielu prawników polskich wskazywało na obecny w kwestii transplantacji *ex mortuo* konflikt dwóch wartości: pomiędzy prawem do życia biorców, którym do dalszego życia niezbędny jest zdrowy narząd, a prawem członków rodziny do ochrony czci osoby bliskiej. Z tych dwóch wartości pierwsza uznana została za ważniejszą, co znalazło swoje odzwierciedlenie w kształcie ustawy. Bliski temu był pogląd, że rodzina nie powinna mieć żadnego wpływu na decyzję o przeszczepieniu od zmarłego dawcy, a decyzję w tej sprawie pozostawić należy jedynie odnośnej placówce medycznej²³.

PODSUMOWANIE

Wprowadzenie zasady zgody domniemanej służyć miało zwiększeniu liczby pobrań *ex mortuo*. Tak się jednak nie stało. Praktyka pokazuje, że mimo ustawowego przepisu dotyczącego prawnych form wyrażenia sprzeciwu rodziny zmarłych faktycznie wywierają znaczący wpływ na dysponowanie ciałem zmarłego²⁴. Oznacza to, iż lekarze anestezjolodzy czy koordynatorzy

²³ Balicki M., op. cit.

²⁴ Balicki M., op. cit.

szpitalni opiekujący się potencjalnym dawcą odstępują od pobrania, jeżeli nie uda im się uzyskać od rodziny zgody wprost, choć jej z prawnego punktu widzenia wcale nie potrzebują. Co więcej, taka sytuacja jest powszechnie rozumiana i akceptowana. Poltransplant oficjalnie przyznaje, że corocznie około 10% pobrań nie dochodzi do skutku w następstwie „odstąpienia od pobrania z powodu braku autoryzacji pobrania (sprzeciw rodziny, prokuratury, własne zastrzeżenie)”²⁵.

Zatem sytuacja w kontekście przyjętych rozwiązań prawnych jest paradoksalna. Ustawodawca nakłada na lekarzy w procesie identyfikacji potencjalnego dawcy jedynie obowiązek sprawdzenia, czy zmarły za życia nie sprzeciwiał się możliwości pobrania swoich narządów dla celów transplantacji. W założeniu rozmowa taka ma na celu poszanowanie woli zmarłego, a nie woli pozostałych przy życiu krewnych. Zgodnie z takim punktem widzenia anesteziolodzy mogliby „z czystym sumieniem” ograniczyć się do zadania suchego pytania na ten temat, następnie (o ile zmarły nie przeciwstawiał się takiej możliwości) – poinformować rodzinę o fakcie pobrania i na tym zakończyć rozmowę. Zamiast tego lekarze niejednokrotnie angażują się w bardzo trudne i czasochłonne rozmowy z rodziną potencjalnego dawcy, starając się w przystępny sposób wyjaśnić zawiły mechanizm śmierci mózgowej, argumentując i przekonując na rzecz pobrania. Jeżeli nie uda im się przekonać rodziny, odstępują od pobrania. Zastanawiające jest to, co kryje się za tą decyzją, która z prawnego punktu widzenia może być uznana za absurdalną. Co więcej, może zająć podejrzenie działania na granicy prawa. Powstaje zatem pytanie, dlaczego tak się dzieje.

Z perspektywy lekarza prowadzącego rozmowy z rodziną ewentualnego dawcy widać, że ustawodawcy jedynie pozornie udało się rozstrzygnąć konflikt pomiędzy prawem biorcy do życia a prawem rodziny do ochrony czci

25 Antoszkiewicz, K., Czerwiński, J. (2014), „Pobieranie i przeszczepianie narządów w Polsce w 2013 r.”, *Poltransplant Biuletyn Informacyjny*, nr 1 (22), maj 2014, str. 8.

ich bliskiego. W istocie konflikt ten został jedynie przesunięty, i dość boleśnie doświadczają go właśnie anestezjolog czy koordynator prowadzący rozmowę z rodziną. Jak już wspomniano, wydaje się, że zdecydowana większość lekarzy ma świadomość, iż ich podstawowym obowiązkiem jest ratowanie życia ludzkiego. Nic innego nie byłoby w stanie nakazać im angażowania się w czasochłonną i żmudną procedurę stwierdzania śmierci mózgu, a w późniejszym etapie w proces podtrzymywania pracy narządów, które mają zostać przeszczepione, co bywa mylnie określane jako proces podtrzymywania funkcji życiowych. Wszystko wskazuje jednak na to, iż lekarze pragną ratować to życie „w ludzki sposób”. W tym wypadku oznacza to, że w swoim przekonaniu nie mają prawa czynić tego kosztem rodziny będącej w rozpacz i żałobie po stracie bliskiej osoby, przysparzając jej tym samym dodatkowego bólu i cierpienia. Lekarze wiedzą też, że przeprowadzenie pobrania „pod przymusem” czy inne próby wywierania presji mogą nieść za sobą, szczególnie w małych ośrodkach, negatywne skutki społeczne w postaci wzrostu niechęci wobec idei transplantacji, agresji i utraty zaufania do lekarzy pracujących w danym szpitalu.

Zatem idea humanizmu stoi za postawą anestezjologów i koordynatorów szpitalnych w wielu ośrodkach, którzy biorą pod uwagę zdanie rodziny i przyznają jej prawo podjęcia ostatecznej decyzji²⁶. Jednocześnie lekarze, odstępując od pobrania w sytuacji sprzeciwu, chronią również w pewien sposób siebie. Gdyby bowiem doprowadzili wszystkie procedury do końca, ignorując wolę i uczucia bliskich, musieliby następnie poradzić sobie z własnym poczuciem winy i negatywną oceną własnego postępowania. Dla wielu lekarzy ustawa nie stanowi wystarczającego uzasadnienia dla takiego postępowania. Odstępując zatem od pobrania, chronią również własną samoocenę, a niejednokrotnie swoje dobre imię w środowisku²⁷.

26 Kołakowski L. (wypowiedź dla „Gazety Wyborczej” z dnia 19 sierpnia 2000 r.).

27 Aronson, E., Wilson, T. D., Akert, R. M. (op. cit.); Mądrzycki, T. (1986), *Deformacje w spostrzeganiu ludzi*, Warszawa: PWN.

Z drugiej strony lekarze zdają sobie sprawę, że ich zadaniem jest również towarzyszenie rodzinie zmarłego, niezależnie od tego, czy ich krewny to potencjalny dawca, czy też nie. Towarzystwo to zakłada konieczność znalezienia czasu na przekazywanie informacji i wyjaśnianie różnych kwestii, lecz wymaga również umiejętności udzielania wsparcia o charakterze emocjonalnym. Z praktyki wynika, iż lekarze umiejący z szacunkiem traktować rodzinę pacjenta są również szanowani przez jej członków. Tego typu działania budują zatem relację opartą na wzajemnym zrozumieniu, szacunku i zaufaniu. Istnienie takiej relacji znacznie zwiększa prawdopodobieństwo zaakceptowania przez rodzinę pobrania narządów od bliskiej im osoby. Tezę tę potwierdzają również badania eksperymentalne. Okazało się, że szczególnie istotne elementy relacji dla uzyskania akceptacji dla pobrania to: szczerość, naturalność, jednoznaczność oraz uporządkowanie wypowiedzi osób prowadzących rozmowę z rodziną²⁸. Z drugiej jednak strony istnienie tego typu relacji wymaga, aby w sytuacji jednoznacznego sprzeciwu uszanować zdanie rodziny także w tej sprawie. Gdyby bowiem lekarz lub koordynator w tego typu sytuacji zdecydował się mimo wszystko na pobranie, jego wcześniejsze działania musiałyby zostać przez rodzinę uznane za nadużycie czy manipulację. Konsekwencją takiego postępowania byłaby utrata zaufania, niechęć, a w najgorszym wypadku agresja wobec lekarza czy innych pracowników szpitala.

Mamy zatem w obszarze transplantacji w Polsce sytuację bardzo trudną. Z jednej strony kształt ustawy jest nowoczesny i z pewnością wyprzedzający opinie czy świadomość Polaków w tym względzie, z drugiej jednak swego rodzaju rozdzielenie decyzji etycznych podejmowanych przez personel medyczny. Jak inaczej bowiem wyjaśnić fakt, iż mimo tak „protransplanta-

28 Budzińska, D., Harmak, A., Palicka, I. (1999), *Czy zgoda na pobieranie narządu uzależniona jest od zachowania lekarza?*, [w:] S. Kowalik (red.), *Psychologia społeczna wobec wyzwań życia współczesnego*, Poznań: Wydawnictwo Studenckiego Koła Naukowego Psychologii Społecznej UAM, s. 47–57.

cyjnej” ustawy liczba pobrań, wbrew oczekiwaniom nie wzrasta. W świetle poruszonych tu problemów wydaje się, że mamy aktualnie do czynienia z sytuacją, w której z jednej strony istnieje akt prawny, w poprawny sposób regulujący kwestie przeszczepiania, ale z pewnego punktu widzenia jest on martwy (ustawa nie jest przestrzegana w sposób bezwzględny, a lekarzom zdarza się odstępować od pobrań ze względów pozamedycznych – w sytuacji braku zgody rodziny potencjalnego dawcy).

Podsumowując, stwierdzić można, iż obowiązująca aktualnie w naszym kraju ustawa stanowi jakościowy krok naprzód w dziedzinie pobierania i przeszczepiania narządów. Jednak dla rzeczywistej realizacji celów potrzeba zdecydowanej i systematycznie prowadzonej kampanii edukacyjnej na rzecz transplantacji, ze szczególnym uwzględnieniem edukacji prawnej w tym zakresie. Dopiero wtedy możemy liczyć w naszym kraju na znaczący wzrost liczby pobrań, a co za tym idzie – na możliwość ocalenia życia ludziom, dla których przeszczepienie narządu stanowi jedyny ratunek. Tylko wówczas istnieje szansa, że ludzie przestaną sprzeciwiać się pobraniu narządów od swoich bliskich, widząc w tym przede wszystkim „niepotrzebne kaleczenie ciała”, któremu pragną oddać „szacunek do końca”.

NOTY O AUTORACH

Robert Becler – specjalista anestezjologii i intensywnej terapii w II Klinice Anestezjologii i Intensywnej Terapii Centralnego Szpitala Klinicznego Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego. Koordynator transplantacyjny od 1997.

Prof. dr hab. med. Romuald Bohatyrewicz – kierownik Katedry i Kliniki Anestezjologii i Intensywnej Terapii Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego. Od początku swojej działalności zawodowej zajmował się zagadnieniami związanymi z rozpoznawaniem śmierci mózgu, opieką nad dawcami narządów i szkoleniem w tych dziedzinach. Uczestniczył w opracowaniu kryteriów rozpoznawania śmierci mózgu w 2007 r. oraz kryteriów rozpoznania nieodwracalnego zatrzymania krążenia przed pobraniem narządów w 2010 r.

Dr Artur Filipowicz SJ – teolog, etyk, politolog. Wykładowca na Papieskim Wydziale Teologicznym w Warszawie – Collegium Bobolanum. Specjalizuje się w zakresie teologii moralnej, etyki teologicznej, bioetyki i biopolityki. Autor m.in. książki *Bioetyka. Dialog w obronie życia* oraz publikacji naukowych poświęconych zagadnieniom teologiczno-moralnym, bioetycznym i politologicznym. Członek m.in. Stowarzyszenia Teologów Moralistów, Sekcji Wykładowców Katolickiej Nauki Społecznej, Warszawskiego Towarzystwa Teologicznego oraz Polskiego Towarzystwa Nauk Politycznych.

Dr n. med. Waldemar Iwańczuk – w 1988 r. ukończył Wydział Lekarski Pomorskiej Akademii Medycznej w Szczecinie, lekarz specjalista anestezjologii i intensywnej terapii, a także wykładowca Wydziału Medycznego PWSZ w Kaliszu. Pracuje w Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii Szpitala Wojewódzkiego w Kaliszu. Autor kilkunastu artykułów naukowych poświęconych śmierci mózgu. W 2010 r. wydał monografię pod tytułem *Śmierć mózgu* – jedno z pierwszych opracowań w Polsce, które wyczerpująco omawia historię i teraźniejszość koncepcji śmierci mózgu. Od 1995 r. aktywnie współpracuje z ośrodkami transplantacyjnymi jako szpitalny koordynator ds. transplantacji i aktywny uczestnik szkoleń dla środowisk medycznych.

Dr n.hum. Anna Krawulska-Biegańska (Open Konsultacje i Szkolenia, Poznań) – psycholog społeczny i psychoterapeuta, na co dzień zajmuje się edukacją menedżerów i doskonaleniem kompetencji w organizacjach. Od dwudziestu lat współpracuje ze środowiskiem medycznym, zajmując się wspieraniem lekarzy w obszarze umiejętności prowadzenia rozmów z rodzinami potencjalnych dawców narządów.

Prof. dr hab. Paweł Łuków – filozof, etyk i bioetyk; zatrudniony w Instytucie Filozofii Uniwersytetu Warszawskiego i w Zakładzie Bioetyki i Humanistycznych Podstaw Medycyny Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego; kierownik studiów magisterskich *Bioetyka* na Uniwersytecie Warszawskim; redaktor naczelny półrocznika *Etyka*; członek Krajowej Rady Transplantacyjnej, Komitetu Bioetyki przy Prezydium PAN, Komitetu Etyki w Nauce PAN; autor licznych artykułów poświęconych etyce Kantowskiej, filozofii medycyny, bioetyce i etyce życia publicznego oraz książek: *Wolność i autorytet rozumu. Racjonalność w filozofii moralnej Kanta*, Warszawa, WFiS UW 1997, *Granice zgody: autonomia zasad i dobro pacjenta*, Warszawa, Wydawnictwo Naukowe „Scholar” 2005, *Moralność medycyny. O sztuce dobrego życia i o sztuce leczenia*, Warszawa, Wydawnictwo

Naukowe „Semper”, 2012, *Etyka medyczna z elementami filozofii*, (T. Pasiński, współaut.) Wydawnictwo Lekarskie PZWL 2013.

Prof. dr hab. Elżbieta Zakrzewska-Manterys – pracuje w Instytucie Stosowanych Nauk Społecznych Uniwersytetu Warszawskiego. Zajmuje się metodologią nauk społecznych oraz problematyką wykluczenia społecznego, zwłaszcza społecznych kontekstów niepełnosprawności. Jest autorką książki *Upośledzeni umysłowo. Poza granicami człowieczeństwa* (2010) oraz współautorką książki *(Nie)dokończona emancypacja. Wejście niepełnosprawnych absolwentów szkół wyższych na rynek pracy* (2015), a także kilku monografii i wielu artykułów naukowych i popularnonaukowych.

