

LEGALNY KANIBALIZM?

Transplantacja organów a problem ustalenia kryterium śmierci

Streszczenie:

Transplantologia jest współcześnie cenioną dziedziną medycyny. Jednym z ważnych jej problemów jest pozyskiwanie organów i tkanek do przeszczepów. Ich najbezpieczniejszym medycznie i etycznie źródłem są nieżywi dawcy. Lapidarnie rzecz ujmując, eksplantowany materiał przeszczepowy powinien być „tak żywy, jak to możliwe, i równocześnie tak martwy, jak to konieczne”. Pojawia się więc problem ustalenia niewątpliwie pewnego kryterium śmierci, które pozwalałoby pozyskiwać „żywy” materiał przeszczepowy od zmarłych dawców, bez podejrzenia o „medyczny kanibalizm”, czyli o „konsumowanie przez transplantacje” osobników własnego gatunku.

Dość powszechnie przyjmuje się dziś kryterium śmierci mózgowej, choć nie brakuje jego zagorzałych przeciwników. Nie ulega wątpliwości, że w określaniu medycznych wyznaczników śmierci kompetentna jest medycyna. Biologiczna śmierć mózgu nie oznacza jednak faktycznie natychmiastowej śmierci biologicznej całego organizmu, bowiem dzięki sztucznej wentylacji i wymuszonej akcji serca i nerek może być podtrzymywane życie wegetatywne. Nie chodzi także jedynie o odbiór zjawiskowy – osoby postronne stwierdzają bowiem, że wentylowany zmarły „jeszcze nigdy nie wyglądał to żywo i zdrowo”.

Podstawowy problem dotyczy *zasadności stawiania znaku równości między śmiercią mózgu a śmiercią osoby*, utożsamiania tych dwu rzeczywistości. Chodzi więc z jednej strony o kompetencje nauk szczegółowych w orzekaniu o śmierci osoby, z drugiej zaś o wystarczalność kryterium mózgowego w ustaleniu faktu śmierci. W tym względzie konieczne jest społeczne uświadomienie, że śmierć mózgu nie jest redukcyjną definicją śmierci człowieka, lecz że śmierć całego mózgu wybrano jako kryterium ze względu na funkcje koordynujące, jakie mózg pełni w organizmie: *śmierć mózgowa oznacza dezintegrację i niezdolność organizmu do dalszego życia*. Konsekwencje społeczno-etyczne uznania względnie odrzucenia tego kryterium tak dla medycyny przeszczepowej, jak i dla samych biorców są bardzo poważne. Rozwój transplantologii ze zwłok może bowiem poprawnie funkcjonować jedynie w oparciu o pewne kryterium śmierci.

Słowa kluczowe: transplantologia, etyka przeszczepów, kryterium śmierci, śmierć mózgowa, śmierć osoby, jedność cielesno-duchowa, zgoda dawcy.

Bogactwo ujęć problematyki śmierci i umierania zaproponowane w ramach III Dni Interdyscyplinarnych ma obecnie zostać uzupełnione o prespektywę nauk przyrodniczych, dokładniej nauk medycznych, skonfrontowanych z normami etycznymi. Po niebotycznych szczytach estetycznych, kulturowych, psychologicznych, socjologicznych i teologicznych problematyki jest to swoiste zejście na twardą ziemię faktów biomedycznych, niezbędne jednak, aby „dotknąć” rzeczywistości biologicznej śmierci organizmu.

Transplantologia stała się w ostatnich dziesięcioleciach niekwestionowaną i cenioną dziedziną medycyny. Jednym z istotnych jej problemów jest pozyskiwanie odpowiednich zasobów organów i tkanek do przeszczepów, których najbezpieczniejszym medycznie i etycznie źródłem są martwi dawcy. Problem w tym, że eksplantowany materiał przeszczepowy powinien być „tak żywy, jak to możliwe, i równocześnie tak martwy, jak to konieczne”. Czy nie jest to jednak współczesna postać „cywilizowanego” kanibalizmu? Zdaję sobie

sprawę z wieloznaczności terminu i bogactwa znaczeniowego rzeczywistości kanibalizmu¹. W referacie pozostaniemy jednak przy rozumieniu potocznym, przy powszechnej intuicji znaczeniowo-wartościującej związanej w odniesieniu do kanibalizmu.

Mówienie o kanibalizmie w kontekście medycyny przeszczepowej, sugerowanie ponadto, że takie wynaturzenie mogłoby się dokonywać w majestacie prawa, wydaje się być jawną prowokacją. Dość jednoznacznie bowiem kojarzymy kanibalizm z postępowaniem prymitywnym, zbrodniczym, nie dającym się pogodzić ze współczesnymi standardami etycznymi. Słownikowo rzecz ujmując, kanibalizm określany jest jako zjadanie osobników własnego gatunku. W naszym przypadku mamy więc niewątpliwie do czynienia z przenośnią, skoro nikt nie zjada organów i tkanek przeznaczonych do transplantacji. Kanibalizm rozumiemy więc raczej jako zużywanie, tj. „medyczne konsumowanie” osobników własnego gatunku, a dokładniej ich organów i tkanek. Czy taka konwencja językowa nie jest jednak zbyt makabryczna? Ponadto: czy można w ogóle mówić o legalizacji procederu, który w świecie ludzi cywilizowanych jest jednoznacznie odrzucany? Wydaje się, że ewentualne zbulwersowanie takimi sformułowaniami jest w pełni zasadne.

Szukając cech odróżniających medycynę przeszczepową od kanibalizmu, należy wskazać istotne różnice w trybie postępowania w obydwu przypadkach. Pierwsza dotyczy przyzwolenia „właściciela” na użycie jego ciała (p. 1), druga zaś stanu, w jakim znajduje się potencjalny dawca ciała lub jego fragmentów (p. 2). Wydaje się, że analizując te dwie kwestie, z których druga stanowi właściwy temat referatu, można udzielić zasadnej odpowiedzi na tytułowe pytanie.

1. Zgoda dawcy, a nie bezprawne zabranie

Po pierwsze, warunkiem koniecznym eksplantacji materiału przeszczepowego jest *uzyskanie świadomej zgody dawcy*², co w przypadku pośmiertnego pobrania materiału oznacza potrzebę wcześniejszego uzyskania takiej zgody. Właśnie ten warunek określa się mianem prawnego wymogu eksplantacji. Ponieważ to zagadnienie nie jest bezpośrednim tematem referatu, chcę jedynie zwrócić uwagę na istnienie kilku modeli uzyskiwania zgody dawcy, przy czym obowiązujący w Polsce model „zgody domniemanej” daleki jest od etycznego ideału. Bez tworzenia szkodliwych dla transplantologii

¹ Zasadniczo rozróżnia się endokanibalizm i egzokanibalizm. Pierwszy dokonuje się w ramach grupy związanej więzami pokrewieństwa, nie zakłada uprzedniego uśmiercania, a jego celem jest inkorporacja tego, co najlepsze w nieboszczyku oraz możliwość przeżycia zmarłego w ciele bliskich. W takim sensie transplantologia posiadałaby pewne podobieństwo do kanibalizmu. Egzokanibalizm oznacza zjadanie trupa obcego wobec danej grupy, związane najczęściej z praktykami wojennymi. Ofiara była w tym celu uprzednio zabijana, często po uprzednim „oswojeniu”. Kanibalizm kwalifikuje się do grupy działań rytualnych. Zob. np. L.-V. Thomas, *Trup. Od biologii do antropologii*, Łódź 1991, zvl. s. 162-168.

² Szerzej zob. P. Morciniec, *Etyczne aspekty transplantacyjnej terapii chorób neurozwyrodnieniowych*, Opole 2000, s. 140-144.

analogii, przyjęte rozwiązanie, które stanowi, że wystarczy brak sprzeciwu ze strony dawcy, aby można było pobrać jego organy, trochę przypomina zawłaszczanie osobników własnego gatunku, którzy z niewiedzy lub innych powodów nie zdążyli się sprzeciwić.

W przeciwieństwie do tego modelu, rozwiązanie określane jako „zgoda formalna” lub „wyraźna” (dawca przed śmiercią sam wyraża zgodę) zachowuje istotny rys daru, który ma w transplantologii niebagatelne znaczenie. W przypadku daru ofiarowanego dla ratowania innych nie może być mowy o „pożeraniu kogokolwiek”, skoro motywem dobrowolnego oddania jest chęć niesienia pomocy, ratowanie życia, miłość. Mimo iż u podstaw polskiego rozwiązania leżało zamierzenie uzyskania większej liczby wciąż deficytowych organów i tkanek, należy żałować, że parlamentarzyści, choć powoływali się na papieża i nauczanie Kościoła, poszli drogą, która bazuje jedynie na utylitarystycznym rachunku zysków i strat. Fakt ten w niczym jednak nie umniejsza wartości i znaczenia medycyny przeszczepowej, a jedynie potwierdza, że w dobrej wierze można czasem zastosować nie-dobre rozwiązania.

Dla pełnego obrazu należy jednak dodać, że – na ile mi wiadomo – koordynatorzy eksplantacji starają się zawsze odtworzyć wolę osoby zmarłej³, przeprowadzając rozmowy z rodziną. Prawny wymóg eksplantacji, który sprawia, że takie działanie jest legalne, wyraźnie więc odróżnia transplantologię od żerowania na innych przedstawicielach gatunku, zwłaszcza jeżeli – na podstawie ustawy lub ludzkich odczuć – dba się o rzeczywiste darowanie materiału przeszczepowego.

2. Stwierdzony zgon, a nie zabójstwo

Drugi warunek eksplantacji z ludzkich zwłok ma dla naszej problematyki jeszcze istotniejsze znaczenie. Chodzi mianowicie o to, że *zgon dawcy musi zostać przed eksplantacją ponad wszelką wątpliwość stwierdzony*, co pośrednio oznacza także, iż możliwość pobrania narządów nie może ograniczać wysiłków wokół ratowania życia dawcy i jego leczenia ani w nich przeszkodzić.

Podejmując to zagalenie, chciałbym uzupełnić powracające wielokrotnie w referatach pojęcia „śmierć” i „umieranie” o termin „obumieranie”. Mówienie bowiem jedynie o umieraniu i śmierci sprawia, że trudno trafnie opisać dokonujący bezpośrednio po śmierci organizmu proces, którym jest obumieranie komórek i tkanek.

Wracając raz jeszcze do figury kanibalizmu, ofiara takich praktyk była często dla tego celu zabijana (wróg). W transplantologii jest dokładnie odwrotnie: konieczne jest wcześniejsze wystąpienie faktu śmierci i to całkowicie

³ Ważne jest, że chodzi o odtworzenie woli zmarłego (jak postąpiłby, gdyby mógł teraz zdecydować), a nie o rozporządzanie przez rodzinę zwłokami bliskiej osoby. W praktyce jest to więc zastosowanie tzw. modelu zgody rozszerzonej.

niezależnie od zamierzeń przeszczepowych, a następnie pewne stwierdzenie śmierci, aby nie doszło do wiwisekcji jeszcze żyjącego dawcy. Formułując warunek z innej perspektywy, należałoby powiedzieć, że pobranie organów bez wcześniejszego stwierdzenia śmierci upodabniałoby eksplantację do kanibalizmu, gdyż istniałoby ryzyko, że dawca został zabity dla uzyskania potrzebnego materiału przeszczepowego. Tak więc podstawą legalniej i etycznie dopuszczalnej eksplantacji od osoby zmarłej jest optymalne leczenie każdego pacjenta aż do jego śmierci, a następnie możliwość pewnego stwierdzenia śmierci. Wskazanie pewnego kryterium śmierci niesie jednak ze sobą określone trudności.

Podjęwszy ten problem, należy mieć świadomość, że mamy do czynienia z zagadnieniem podpadającym pod kompetencje medycyny, która powinna w sposób nie dopuszczający wątpliwości określić kryteria wyznaczające czas śmierci człowieka. Nie wystarcza więc domniemanie śmierci dawcy, lecz musi ona zostać w sposób maksymalnie pewny stwierdzona. Do zadań etyki należy akceptacja przedstawionych wyznaczników śmierci, ewentualnie zgłoszenie swoich zastrzeżeń⁴. Jeżeli pobranie organu lub tkanki do implantacji nastąpiło *po stwierdzeniu śmierci*, to od strony tego wymogu nie ma etycznych zastrzeżeń. Jeżeli natomiast było ono związane z manipulacją procesu umierania albo dawca nie znajdował się jeszcze w fazie pośmiertnej, zakłada się niedopuszczalność takiego zabiegu⁵.

a. Przełom w diagnozowaniu śmierci

Tradycyjnie określano fakt śmierci na podstawie ustania akcji serca i oddechu, co miało tę pozytywną stronę, że oznaki śmierci w postaci pośmiertnego stężenia były dla obserwatorów zewnętrznych dobrze widoczne. Od tego momentu można było mówić o ludzkich zwłokach. Określenie momentu śmierci związane jest z nieodwracalnymi oznakami śmierci. Od czasu gdy śmierć kliniczna stała się odwracalna na skutek ogromnego postępu w dziedzinie reanimacji i resuscytacji (aparaturowe wymuszanie oddychania i krążenia; respirator), oddechowo-krążeniowe kryteria śmierci okazały się mało przydatne do określania momentu śmierci i należało szukać innej pewnej oznaki zejścia⁶. To, że ludzkie ciało może umierać niejako „na raty“, było jeszcze w XIX wieku niewyobrażalne i dopiero wiek XX przyniósł istotne zmiany. Pierwszy krok w kierunku zmiany kryterium uczyniony został w 1968 roku czasie spotkania Światowego Stowarzyszenia Lekarzy (WMA), kiedy to

⁴ Por. M. Honecker, Organtransplantation. 2. Ethik, w: Lexikon Medizin, Ethik, Recht, Hrsg. Eser A., Lutterotti von M., Sporcken P., Freiburg - Basel - Wien 1989, s. 764.

⁵ Por. K. Demmer, Leben in Menschenhand: Grundlagen des bioethischen Gesprächs, Freiburg i.B. 1987, s. 130.

⁶ Por. V. Becker, Leiche, w: Lexikon der Bioethik, Hrsg. Korff W., Beck L., Mikat P., Bd. 2, Gütersloh 1998, s. 583.

ogłoszono tzw. Deklarację z Sydney („Komunikat na temat śmierci”), w której „śmierć mózgowa” zastąpiła „śmierć na skutek ustania akcji serca”⁷.

Przełom w tym względzie związany jest jednak z ogłoszeniem w 1968 roku przez doraźną komisję *Harvard Medical School* nowego kryterium śmierci⁸. Kryterium umożliwiło pewniejsze stwierdzenie zejścia, ale przyniosło także nowe problemy. Za obiektywne kryterium śmierci uznano bazujące na sprawdzalnych stanach organizmu *całkowite i nieodwracalne ustanie czynności całego mózgu (kresomózgowia i pnia), które ustala się przy pomocy kompleksowych badań*⁹. W przypadku „normalnego” procesu umierania wskutek zatrzymania oddechu i krążenia następuje śmierć całego organizmu, natomiast przy poważnych uszkodzeniach mózgu i podjętej równocześnie sztucznej wentylacji i technicznie podtrzymywanym krążeniu może dojść do śmierci mózgu jako organu (zdysocjonowana śmierć mózgu)¹⁰. Postawienie znaku równości między zdysocjonowaną śmiercią mózgu i śmiercią człowieka jako indywiduum stanowi najistotniejszą kwestię dyskutowaną współcześnie w związku z kryterium śmierci.

Problem w tym, że śmierć, o ile określana jest ona jako śmierć mózgu, jest niewidoczna, całkowicie mija się z naszymi codziennymi doświadczeniami, a czasami nawet im zaprzecza, dlatego też dla osoby niekompetentnej w tej kwestii człowiek mózgowo umarły nie wydaje się być umarłym. Ciało osoby zmarłej jest ciepłe, poci się, refleksy prowadzą do zaskakujących i niepokojących ruchów. Wczoraj jeszcze leżał na oddziale intensywnej terapii jako umierający człowiek, którym się opiekowano. Dzisiaj – zewnętrznie niezmienny – jest oddany do dyspozycji transplantologów zmarłym¹¹. Niezależnie od tych postrzegalnych danych, proces umierania człowieka kończy się wraz ze śmiercią mózgu, a „umieranie” (dokładniej: obumieranie) pozostałych części ciała trwa o wiele dłużej¹².

Wypracowana koncepcja została w ciągu minionych dziesięcioleci w różnych punktach zmodyfikowana, ale zasadnicze kryterium pozostało niezmienione, mianowicie śmierć mózgu. W świetle polskiego prawa uznano śmierć pnia mózgu za warunek konieczny i wystarczający do stwierdzenia śmierci człowieka. Polska procedura medyczna rozpoznawania śmierci mózgu

⁷ Omówienie zob. H.P. Dunn, *Etyka dla lekarzy, pielęgniarek i pacjentów*, Tarnów 1997, s. 48-49.

⁸ Zob. 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 (1968) nr 6, s. 85-88.

⁹ Kryteria i diagnostykę śmierci mózgowej w świetle niemieckich wytycznych medycznych, zob. np. *Stellungnahme des Wissenschaftlichen Beirates der Bundesärztekammer, Kriterien des Hirntodes: Entscheidungshilfen zur Feststellung des Hirntodes*, „*Deutsches Ärzteblatt*” 88 (1991) H. 49, s. A-4396-A-4407; F. Oduncu, *Hirntod und Organtransplantation: Medizinische, juristische und ethische Fragen*, Göttingen 1998, s. 46-77.

¹⁰ Por. D. Henne-Bruns / Th. Küchler, *Organtransplantation*, w: *Lexikon der Bioethik*, dz. cyt., Bd. 2., s. 809-810.

¹¹ K. Meyer-Drawe, *Leib*, w: *Lexikon der Bioethik*, dz. cyt., Bd. 2., s. 576-577.

¹² Rozwinięcie zob.: H. Angstwurm, *Wann ist der Mensch wirklich tot? Ärztlicher Todesbegriff und Organtransplantation als Anfrage an unser Menschenbild*, Beiheft zur „*Berliner Theologischen Zeitschrift*“ 1995, H. 12, s. 33-41.

oparta jest na raporcie harwardzkim i przebiega dwuetapowo¹³. Proces postępowania został dokładnie uregulowany: po zaistnieniu podejrzenia śmierci pnia mózgu następuje szereg badań. Na pierwszym etapie jako kryteria pozwalające na wysunięcie podejrzenia śmierci mózgowej kwalifikuje się następujące: pacjent jest w stanie śpiączki, której przyczyna została rozpoznana, jest on sztucznie wentylowany, wykazano nieodwracalne (upływ czasu i wyczerpanie możliwości leczniczych), strukturalne uszkodzenie mózgu. Spośród osób, u których diagnozuje się śmierć mózgu, należy wykluczyć pewne grupy, zwł. osoby w stanie hipotermii zewnętrznej lub pod wpływem środków narkotycznych i uspokajających¹⁴. Spełnienie powyższych warunków upoważnia komisję do wykonania dwukrotne (w odstępie 3 godzin) specjalistycznych badań kontrolnych, mających potwierdzić śmierć pnia mózgu. Jako takie stosuje się badanie następujących odruchów: 1. brak reakcji źrenic na światło, 2. brak odruchu rogówkowego, 3. brak ruchów spontanicznych gałek ocznych oraz w próbie kalorycznej, 4. brak refleksu bólowego, 5. brak odruchów wymiotno-kaszlowych, 6. brak odruchu oczno-mózgowego¹⁵.

Istotne jest, że *kryterium śmierci mózgowej wypracowano niezależnie od jego wykorzystania do celów transplantologii*, a stosuje się je obecnie przede wszystkim dla określenia momentu, w którym należy przerwać intensywną terapię zwłok ludzkich. Zaprzestanie sztucznej wentylacji nieboszczyka pozwala uniknąć marnotrawstwa leków, sprzętu i sił ludzkich, ale przede wszystkim lepiej wykorzystać istniejące możliwości dla ratowania żywych. Biologiczna śmierć mózgu nie oznacza konieczności śmierci biologicznej całego organizmu, bowiem dzięki sztucznej wentylacji i wymuszonej akcji serca i nerek może być podtrzymywane życie wegetatywne. Dla celów transplantologii oznacza to umożliwienie sztucznego podtrzymywania w stanie nadającym się do przeszczepienia narządów zmarłego dawcy, bez ryzyka eksplantacji od osoby żyjącej. Dla uniknięcia nawet podejrzenia nadużyć, wystąpienie śmierci mózgowej musi stwierdzić zespół medyczny inny niż mający przeprowadzić transplantację, a cała procedura musi być dokładnie udokumentowana. Kryterium śmierci mózgowej napotyka na istotne trudności i ostatecznie nie znajduje zastosowania w przypadku dawców embrionalnych i anencefalów (bezmózgowców). Stwierdzenie śmierci w przypadku obu tych grup wymaga bowiem zmiany kryterium ze względu na niedostateczny rozwój mózgu.

¹³ Zob. Załącznik do Komunikatu Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dn. 29.10.1996. Wytyczne w sprawie kryteriów stwierdzenia trwałego i nieodwracalnego ustania funkcji pnia mózgu (śmierci mózgowej)..., w: Rozporządzenie M.Z.i O.S. w sprawie zasad i trybu ustalania kosztów pobrania, przechowywania i transportu komórek, tkanek i narządów, Dz.U. 1997, nr 132, poz. 881.

¹⁴ Pełny wykaz osób, których sytuacja wyklucza diagnostykę śmierci mózgowej wygląda następująco: osoby zatrute i pod wpływem niektórych środków farmakologicznych (narkotyki, środki nasenne i uspokajające); będące w stanie hipotermii wywołanej czynnikami zewnętrznymi; chorzy z zaburzeniami metabolicznymi i endokrynologicznymi; osoby z drgawkami i prężeniami; noworodki do 7. dnia życia.

¹⁵ Por. T. Marcinkowski, *Medycyna sądowa dla prawników*, wyd. 3, Warszawa 1993, s. 119-120.

b. Kontrowersje

Do początku lat dziewięćdziesiątych obserwowano relatywny konsensus w kwestii stwierdzania śmierci w oparciu o to kryterium, natomiast zastrzeżenia, które podnoszono, dotyczyły utylitarystycznej redukcji w postaci przyjęcia koncepcji częściowej śmierci mózgu (wystarczy obumarcie kory). Na początku ostatniego dziesięciolecia XX wieku – zwł. w obszarze języka niemieckiego – pojawiły się gwałtowne kontrowersje, które zapoczątkowały długotrwałą dyskusję¹⁶. Wydaje się, że u podstaw niezgody leżał m.in. brak precyzyjnego rozróżnienia między kryteriami a definicją śmierci, mieszanie płaszczyzny faktów medycznych z rozważaniami filozoficznymi oraz emocjonalny lęk przed wiwisekcją żyjącego jeszcze człowieka¹⁷, poparte nierzetelnymi doniesieniami mediów (prawie wyłącznie negatywnymi) i brakiem podstawowej wiedzy na ten temat w społeczeństwie. Obecnie kryterium śmierci mózgowej jest niemal we wszystkich krajach uznawane za miarodajne kryterium śmierci człowieka (jako ostatnia zaakceptowała je Japonia w styczniu 1992 roku).

Wyzwalaczem nowych dyskusji był rozgrywający się jesienią 1992 roku tzw. Erlanger Fall, tj. przypadek Martiny Ploch, ofiary wypadku drogowego, u której zdiagnozowano śmierć mózgu i równocześnie istnienie 13. tygodniowej ciąży. Zmarłą pacjentkę całe tygodnie „utrzymywano przy życiu”, aby doprowadzić do urodzenia dziecka zdolnego do życia. Eksperyment zakończył się po miesiącu samoistnym poronieniem, ale pojawiły się nowe, istotne pytania¹⁸. Główne z nich brzmiało: Jak kobieta uznana przez medycynę za zmarłą, mogła być naprawdę umarłą, skoro przez odpowiednie działania intensywnej terapii jej organizm „utrzymywano przy życiu” do tego stopnia, że ciąża się nadal rozwijała? Autorytety medyczne z przekonaniem potwierdziły, że pacjentka była na pewno osobą zmarłą. Wszystkie zaś mechanizmy regulujące, które działały w jej ciele (zwłokach), sterowane były nie przez mózg, lecz z zewnątrz przy pomocy specjalnej aparatury, która podtrzymywała aktywność biologiczną organów i tkanek.

U podstaw przyjęcia kryterium śmierci mózgowej leży kilka istotnych rozróżnień, które warto przypomnieć, gdyż ich zapoznanie prowokuje wspomniane już kontrowersje. Jak daleko mogą one prowadzić, niech zilustruje wystąpienie arcybiskupa Kolonii, kardynała J. Meisnera, w którym do głosu

¹⁶ Przebieg dyskusji, argumentację uznających to kryterium i jego przeciwników oraz bogatą literaturę tematu zob. odpowiednio: C. Golser, Dyskusja wokół śmierci mózgowej z perspektywy katolickiego teologa-moralisty, w: Etyczne aspekty transplantacji narządów, red. Marcol A., Opole 1996, 39-55, s. 39-49 oraz Der Status des Hirntoten: eine interdisziplinäre Analyse der Grenzen des Lebens, Hrsg. Schwarz M., Bonelli J., Wien - New York 1995, s. 125-162; H.J. Türk, Śmierć mózgowa w aspekcie filozoficznym, w: Etyczne aspekty transplantacji narządów, s. 57-72.

¹⁷ Typowy przykład: G. Altner, Wohin, mein ich, wohin? Theologische Aspekte der Organtransplantation, w: Die Seele verpflanzen? Organtransplantation als psychische und ethische Herausforderung, Hrsg. Herrmann U., Dommel Ch., Gütersloh 1996, s. 100-108. Wiele argumentów przeciwników kryterium zebrano: Wann ist der Mensch tot? Organverpflanzung und Hirntodkriterium, Hoff J., in der Schmitten J. (Hrsg.), Reinbek b. Hamburg 1994.

¹⁸ Zob. J. Jörg, Koma, irreversibles/irreversibel Komatöse, 1. Zum Problemstand, w: Lexikon der Bioethik, dz. cyt., Bd. 2, s. 407-409, zwł. 408.

doszło pomieszczenie płaszczyzn oraz naruszenie kompetencji medycyny¹⁹: „Utożsamienie śmierci mózgowej ze śmiercią człowieka jest z perspektywy chrześcijańskiej na obecnym stadium debaty nie do przyjęcia. Człowieka nie wolno redukować do jego funkcji mózgowych. Tak więc nie można powiedzieć, ani że śmierć mózgowa oznacza śmierć człowieka, ani że jest znakiem śmierci. Nie jest ona także punktem czasowym śmierci. Wszystkie rozważania na temat dawstwa organów powinny więc od tego wychodzić, że człowiek, u którego zgodnie z regułami sztuki medycznej stwierdzono *tylko* śmierć mózgu, jeszcze żyje. [...] W przypadku pytania, pod jakimi warunkami można pobrać organy, należy wziąć pod uwagę, że w przypadku człowieka, u którego stwierdzono śmierć mózgu, nie mamy do czynienia ze zwłokami”. Sprzeczności zawarte w tej wypowiedzi najwyraźniej ilustrują dalsze zdania tekstu, w których twierdza się najpierw, że pogląd sformułowano *jedynie* jako wystąpienie przeciw *prawnemu* uznaniu śmierci mózgowej za śmierć człowieka. Bowiem „śmierć jako skutek śmierci mózgowej następuje później. W żadnym momencie nie mamy tu do czynienia z zabójstwem. Dawstwo organów pozostaje możliwe i może być aktem miłości bliźniego”.

c. Istotne precyzacje

Wróćmy jednak do wspomnianych, istotnych rozróżnień. Najpierw rozgranicza się stwierdzenie momentu biologicznej i osobniczej śmierci żywej istoty (zadanie medycyny) od dyskusji nad problemem zakończenia procesu bycia osobą²⁰ (problem filozoficzny). Zwłaszcza w tym wymiarze wyraźnie dochodzi do głosu interdyscyplinarność podejmowanej tu problematyki. Przy takim rozróżnieniu jeden z autorów²¹ zwraca uwagę, że w praktyce mowa jest o śmierci osobnika, a nie istoty żywej, bo także po obumarciu mózgu 97% organizmu jest jeszcze przy życiu. Ponieważ są to fakty medyczne, orzeka o nich medycyna. Prawdą jest, że życie człowieka jako zorganizowanej całości jest wraz ze śmiercią mózgu zakończone. Natomiast proces umierania zostaje rzeczywiście doprowadzony do końca wraz z obumarciem ostatniej komórki. Stąd wspomniany autor uznaje to kryterium za pragmatyczną umowę bazującą na danych medycznych, ale na płaszczyźnie filozoficznej rozstrzygającą arbitralnie, że dana przesłanka wystarczy, aby orzec o śmierci człowieka. Szczególnie wyraźnie sformułowano to w tekście: „Nikt nie musi się obawiać, że w przypadku diagnozy śmierci mózgowej nie będzie na pewno mózgowo umarły. Czy jednak po śmierci mózgowej jest on umarły, to inne pytanie, które zależy od tego, jakie pojęcie śmierci się zastosuje”²².

¹⁹ Erklärung des Erzbischofs von Köln zum beabsichtigten Transplantationsgesetz (27.09.1996), „Pressedienst” 1996, nr 316, s. 1.

²⁰ Na ten temat, zob. np: W. Wolbert, Zur neueren Diskussion über den Gehirntod, „Ethik in der Medizin” 1996, s. 6-18.

²¹ Por. D.B. Linke, Hirnverpflanzung. Die erste Unsterblichkeit auf Erden, Reinbek b. Hamburg 1993, s. 117.

²² Tamże, s. 124 (zob. s. 114-127).

Podobne zastrzeżenia wysuwa filozof Hans Jonas, który twierdzi, że nieoznaczoność granicy między życiem i śmiercią uniemożliwia wskazanie pewnego kryterium śmierci. Tym samym, jego zdaniem, uznanie śmierci mózgu za śmierć człowieka jest uzurpacją, skoro mamy do czynienia jedynie z człowiekiem nieodwołalnie umierającym (poprawiłbym na: z organizmem obumierającym!), a nie ze śmiercią całego człowieka. Konsekwentnie wnioskując, śmierć mózgowa jest jedynie kryterium minimalistycznym, a potrzeba maksymalnej pewności, którą daje dopiero obumarciu wszystkich organów, komórek i tkanek²³.

Odpowiadając, należy zauważyć, że takie postawienie sprawy skutkuje trudnością praktycznie niepokonalną, bowiem medycyna reanimacyjna zostaje skonfrontowana z koniecznością niekończącego się wentylowania ludzkich zwłok (co jest absurdem), skoro dla uzyskania maksymalnej pewności należy czekać aż obumrą wszystkie organy i tkanki.

Dalej niezmiernie istotne jest podkreślenie, że w omawianym zagadnieniu chodzi o kryterium lub kryteria pozwalające stwierdzić śmierć, a nie o podanie definicji śmierci²⁴. Takie zamierzenie wykracza poza kompetencje nauk przyrodniczych, a i dla filozofii stanowi wyzwanie, któremu można próbować sprostać jedynie metodą przybliżeń. Faktycznie bowiem sama śmierć jest niedefiniowalna. Trzeba jednak dodać, że kryterium śmierci mózgowej tak powszechnie nazywa się definicją śmierci, iż nawet szacowne leksykony, jak choćby „Lexikon der Bioethik”, używają terminu niepoprawnego.

Wreszcie śmierć mózgu wybrano jako kryterium nie dlatego, że jest siedzibą ducha lub osobowości, lecz ze względu na funkcje koordynujące, jakie mózg pełni w całym organizmie. Bardzo trafnie ujął to protestancki etyk, profesor Ulrich Körtner (używając jednak terminu „definicja”). Śmierć mózgu jest równoznaczna ze śmiercią człowieka, - pisze - „ponieważ mózg jest tą organiczną instancją, która gwarantuje integrację całego organizmu w cielesno-duchową całość²⁵ [...]. W tej definicji nie zrównuje się zaprzestania działania życiowo ważnego organu ze śmiercią osoby, lecz następującą wraz z tym zaprzestaniem utratę integracji wszystkich części organizmu w jedną całość. Właśnie dlatego, że człowiek jako jedność cielesno-duchowa jest czymś więcej niż sumą jego części, definicja śmierci mózgowej ma sens i [...] jest w pełni do pogodzenia z teologiczną wizją bycia człowiekiem²⁶.

²³ Por. H. Jonas, Gehirntod und menschliche Organbank. Zur pragmatischen Umdefinierung des Todes, w: tenże, Technik, Medizin und Ethik. Zur Praxis des Prinzips Verantwortung, Frankfurt a.M. 1985, s. 222-233.

²⁴ Np. L. Honnefelder, Hirntod und Todesverständnis: Das Todeskriterium als anthropologisches und ethisches Problem, „Jahrbuch für Wissenschaft und Ethik“ 3 (1998) s. 68. Szerzej zob. np.: A. Szczesna, Wokół medycznej definicji śmierci, w: M. Gałuszka, K. Szewczyk (red.), Umierać bez lęku. Wstęp do bioetyki kulturowej, Warszawa 1996, s. 65-75.

²⁵ Dochodzi tu do głosu tradycyjne określenie śmierci jako rozłączenie ciała i duszy.

²⁶ U.H. Körtner, Der sogenannte Ganztod. Anthropologische und medizinethische Aspekte der Hirntodkontroverse, „Lutherische Monatshefte“ 34 (1995) H. 3, s. 14. Zob. tenże, Bedenken, daß wir sterben müssen: Sterben und Tod in Theologie und medizinischer Ethik, München 1996, zvl. s. 32-42.

Podstawowe twierdzenie antropologii personalistycznej, iż osoba jest jednością cielesno-bytową, oznacza, że mimo swej złożoności (także biologicznej) człowiek funkcjonuje jako bytowa jedność. Załamanie się tej wewnętrznej spójności, wyrażające się w dezintegracji i rozkładzie, stanowi niechybny znak, że dana istota ludzka nie jest już jednością. Przyjmuje się, że nastąpiła tzw. śmierć osobnicza, gdyż taki człowiek – nawet gdyby utrzymywano w nim życie narządów (życie wegetatywne) – nie odzyska już przytomności i nie będzie zdolny do żadnych aktów prawnych²⁷. Współczesna medycyna uznaje, że medyczno-biologiczną oznaką owej dezintegracji jest ustanie funkcjonowania mózgu, które może dokonać się w dwojaki sposób. Dzieje się tak w przypadku, gdy mózg ulegnie bezpośredniemu urazowi lub też w wyniku zatrzymania akcji serca i krążenia. W drugim przypadku niepodjęcie reanimacji prowadzi do śmierci mózgu w wyniku niedotlenienia. Śmierć mózgowa oznacza więc dezintegrację i niezdolność organizmu do dalszego życia. Przy pomocy tego wskaźnika można – na podstawie danych biologicznych opartych na doświadczeniach intensywnej terapii²⁸ – w sposób wystarczający orzekać, że ten dotąd żywy organizm, istniejący do tej pory jako ludzkie indywiduum, rozpada się na swoje elementy składowe, tzn. następuje jego dezintegracja i destrukcja²⁹.

d. Stanowisko Kościoła

Stanowisko Kościoła w kwestii wyznaczników śmierci człowieka opiera się na uszanowaniu kompetencji medycyny, stąd w ocenie kryterium śmierci mózgowej korzystano z pomocy ekspertów z Papieskiej Akademii Nauk, której komisja w 1985 i 1989 roku potwierdziła wystarczalność tego kryterium³⁰. W dokumencie z 1985 roku jednoznacznie określono, że „osobę uznaje się za zmarłą, gdy doznała nieodwracalnej utraty wszelkiej zdolności utrzymania czynności ustrojów integracyjnych i koordynujących – tak fizycznych, jak i umysłowych. Śmierć zaś stwierdza się, gdy: nastąpiło ostatecznie zahamowanie czynności serca i oddechu lub gdy stwierdzono nieodwracalne ustanie wszelkich czynności mózgu”³¹. Także wspólne stanowisko obu niemieckich Kościołów zaakceptowało medyczne kryterium śmierci („śmierć mózgowa, podobnie jak śmierć serca, oznacza śmierć człowieka”) i uznało je za moment pozwalający na ofiarowanie organów³².

²⁷ Por. J. Wróbel, *Człowiek i medycyna. Teologicznomoralne podstawy ingerencji medycznych*, Kraków 1999, s. 91-93.

²⁸ Medycznie wskazuje się moment rozbicia jedności ludzkiej istoty na poziomie ciała.

²⁹ Por. C. Golser, art. cyt., s. 50-51 (dyskusja).

³⁰ Por. J. Wróbel, *Zgoda domniemana w polskiej ustawie transplantacyjnej. Wątpliwości i obawy natury etycznej*, w: *Etyczne aspekty transplantacji narządów*, red. Marcol A., Opole 1996, s. 102, przyp. 8; J. Wróbel, *Dawstwo organów w perspektywie teologicznomoralnej i pastoralnej (wybrane aspekty)*, „Roczniki Teologiczne” 44 (1997) z. 3, s. 56, przyp. 9.

³¹ Papieska Akademia Nauk, *Deklaracja o sztucznym przedłużaniu życia i dokładnym ustaleniu momentu śmierci*, Rzym 1985, w: K. Szczygieł (red.), *W trosce o życie*, Tamów 1998, s. 453.

³² *Organtransplantation. Erklärung der Deutschen Bischofskonferenz und des Rates der Evangelischen Kirche in Deutschland*, Bonn - Hannover 1990, s. 17.

Z dokumentów Urzędu Nauczycielskiego Kościoła zagadnienie szczegółowe, jakim jest kryterium śmierci, omawia tylko *Karta Pracowników Służby Zdrowia* w nr 87, który stanowi: „Aby osoba była uważana za zmarłą, jest wystarczające stwierdzenie śmierci mózgowej dawcy, która polega na «nieodwracalnym ustaniu wszystkich funkcji mózgu». Gdy całkowita śmierć mózgu jest stwierdzona z pewnością, to znaczy po odpowiedniej weryfikacji, można przystąpić do pobrania narządów” oraz do podtrzymywania funkcji wegetatywnych. Pośrednio nawiązują do problematyki: nauczanie encykliki *Evangelium vitae*, kiedy za formę eutanazji uznaje się pobieranie organów „od dawców, zanim jeszcze *według obiektywnych i adekwatnych kryteriów* zostali uznani za zmarłych” (15) oraz nauka *Katechizmu* (2301), w którym czytamy, że „bezpłatne przekazywanie narządów *po śmierci* jest dopuszczalne i może zasługiwać na uznanie”.

* * *

Powszechne przyjęcie kryterium śmierci mózgowej nie jest równoznaczne z zakończeniem dyskusji na ten temat. Wydaje się jednak, że przedstawione fakty i kontrowersje pozwalają jednoznacznie odrzucić hańbiące dla transplantologii porównanie z kanibalizmem. Jeżeli dawstwo organów odbywa się zgodnie z normami etycznymi i prawnymi, o których mówiliśmy wyżej, stanowi ono niewątpliwie czytelny wyraz miłości bliźniego i jako takie plasuje się wśród działań nie tylko dopuszczalnych, lecz wręcz zalecanych i zasługujących. Jedynie w sytuacjach, kiedy eksplantacji dokonuje się w warunkach konspiracyjnych, komercyjnych, nielegalnych lub według reguł totalitarnych, jak np. przymusowe dawstwo organów przez skazanych na karę śmierci w Chinach, można mówić o postępowaniu niegodziwym i nieetycznym.

Moje wystąpienie nie byłoby do końca wiarygodne, gdyby nie kończyło się żarliwym apelem skierowanym do Szanownych Państwa o gotowość do oddania własnych organów mogących uratować ludzkie życie oraz o budowanie zaufania do transplantologii jako do tej dziedziny medycyny, która w sytuacjach granicznych śpieszy z pomocą ludziom nieuleczalnie chorym.