

CZY TRANSPLANTACJE TO WSPÓŁCZESNY KANIBALIZM?

(streszczenie wykładu inauguracyjnego I. Opolski Festiwal Nauki)

Znany choćby z mediów obraz sali operacyjnej nikogo nie dziwi, budzi raczej współczucie i zaufanie. Podobnie ma się rzecz z eksperymentalną jeszcze przed kilkudziesięciu laty medycyną przeszczepową. 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. Pojawia się jednak problem ustalenia niewątpliwych zasad, które pozwalałyby pozyskiwać „żywy” materiał przeszczepowy od zmarłych dawców, bez podejrzenia o „medyczny kanibalizm”.

Mówienie o kanibalizmie w kontekście medycyny przeszczepowej, 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* (powiedzmy krótko: jest to duże uproszczenie!). W naszym przypadku mamy więc niewątpliwie do czynienia z przenośnią, skoro nikt nie zjada organów i tkanek przeznaczonych do transplantacji. Kanibalizm rozumie się 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 mówić o legalizacji proceduru, który w świecie ludzi cywilizowanych jest jednoznacznie odrzucany?

Problem ten wprowadził do polskiej debaty etycznej prof. Bogusław Wolniewicz: „Wbrew tendencji naszej epoki trzeba rzeczy nazwać po imieniu: transplantacja jest to żerowanie na trupach, nowoczesne ludożerstwo, n e o k a n i b a l i z m”. Tezę tę sam wielokrotnie rozwijał, znalazł także немало zwolenników (zob. np.: M. Nowacka, *Etyka a transplantacje*, Warszawa 2003).

Na początek wycieczka historyczna. Kiedy chrześcijanie w pierwszych wiekach, w czasie prześladowań, zbierali się potajemnie na Mszy św., np. w katakumbach, byli posądzeni nie o co innego, jak o kanibalizm, o zjadanie w czasie swych rytuałów noworodków itp. Skąd takie niestworzone historie? Otóż poganie podsłuchując, a nie rozumiejąc, na swój sposób interpretowali usłyszane słowa: „Bierzcie i jedzcie, to jest Ciało moje...”. Czyżby więc historia miała się powtórzyć?

Stawiam tezę, iż część etyków, zamiast zająć się faktami i ich zrozumieniem, ucieka w krainę interpretacji symboliczno-rytualnych, dochodząc do absurdalnych wniosków. Jeżeli jednak chcemy odrzucić tezę o neokanibalizmie, potrzeba do tego mocnych przesłanek.

Szukając cech odróżniających medycynę przeszczepową od kanibalizmu, należy najpierw krótko scharakteryzować sam kanibalizm (1), a następnie wskazać istotne różnice w trybie postępowania w obydwu przypadkach. Pierwsza z różnic dotyczy biorcy, którego w myśl konwencji językowej należałoby nazwać

„konsumentem” (2), kolejne: przyzwolenia „właściciela” na użycie jego ciała (3) oraz stanu, w jakim znajduje się potencjalny dawca ciała lub jego fragmentów (4). Wydaje się, że analizując te kwestie, można udzielić zasadnej odpowiedzi na tytułowe pytanie. Na zakończenie naszkicujemy stanowisko etyki katolickiej w tej kwestii (5).

1. Rytuał kanibalizmu, a nie zaspokajanie głodu

Należy zdać sobie sprawę z wieloznaczności terminu i bogactwa znaczeniowego pojęcia kanibalizm. Kanibalizm właściwy kwalifikuje się do grupy działań rytualnych, a tym samym nie może za taki uchodzić zjedanie zwłok z głodu, np. znany fakt zjedania współpasażerów przez ofiary katastrofy lotniczej w Andach. Można snuć analogii między tą formą wykorzystania zwłok w przypadku ostatecznej konieczności a transplantologią.

Wróćmy jednak do kanibalizmu *sensu stricte*. Zasadniczo rozróżnia się *endokanibalizm* (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) i *egzokanibalizm* (zjedanie trupa obcego wobec danej grupy, związane najczęściej z praktykami wojennymi, przy czym ofiara była w tym celu uprzednio zabijana). W jakimś sensie transplantologia mogłaby posiadać pewne podobieństwo do kanibalizmu pierwszego rodzaju.

2. Człowiek w potrzebie, a nie ludożerca

W przypadku kanibalizmu mamy do czynienia z działaniem symbolicznym, z rytuałem, którego należało dopełnić, aby zjeść sobie przodków (i moce nadziemskie). Niewykonanie tego rytu mogło spowodować nieszczęście w znaczeniu religijno-magicznym, wiemy jednak, że równie dobrze mogło się nic złego nie zdarzyć. W przypadku transplantacji mamy do czynienia z działaniem medycznym o charakterze jak najbardziej realnym i konkretnym. Tutaj wykonywane czynności nie mają charakteru rytualno-magicznego, lecz bezpośrednio leczniczy. Inaczej niż w przypadku kanibalizmu, zaniechanie działania spowoduje pewne nieszczęście, śmierć nieuleczalnie chorego człowieka. Niewiele pomoże tu czarowanie i uciekanie się do magii lub czynności symbolicznych.

Symptomatyczne, że zwolennicy tezy o neokanibalizmie wciąż uciekają w obszary filozofii religii i religioznawstwa, wyciągając z tez religiolologicznych etyczne wnioski. Warto by zapytać, co upoważnia do symbolicznej i magicznej interpretacji działań medycyny przeszczepowej?

3. Zgoda dawcy, a nie bezprawne zabranie

Warunkiem koniecznym eksplantacji materiału przeszczepowego jest *uzyskanie świadomej zgody dawcy*, co w przypadku pośmiertnego pobrania materiału oznacza potrzebę wcześniejszego uzyskania takiej zgody. Istnieje kilku modeli uzyskiwania zgody dawcy, przy czym obowiązujący w Polsce model „zgody domniemanej” daleki jest od etycznego ideału. U podstaw polskiego rozwiązania leżało zamierzenie uzyskania większej liczby deficytowych organów. Bez tworzenia szkodliwych dla transplantologii 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. Zwolennicy tezy o neokanibalizmie wskazują na takie rozwiązanie zgody! Dla pełnego obrazu należy dodać, że koordynatorzy eksplantacji starają się zawsze *odtworzyć wolę osoby zmarłej*, przeprowadzając rozmowy z rodziną.

W przeciwieństwie do powyższego modelu, „zgoda wyraźna” (dawca przed śmiercią sam ją wyraża) zachowuje 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, solidarność z cierpiącym, ratowanie życia, miłość.

Prawny wymóg eksplantacji, który sprawia, że pobranie organów jest legalne, wyraźnie odróżnia transplantologię od żerowania na innych przedstawicielach własnego gatunku, zwłaszcza jeżeli dba się o rzeczywiste darowanie materiału przeszczepowego.

4. Stwierdzony faktyczny zgon, a nie zabójstwo

Drugi warunek eksplantacji z ludzkich zwłok brzmi: *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.

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 niezależnie od zamierzeń przeszczepowych, a następnie pewne stwierdzenie śmierci. 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 etycznie dopuszczalnego pobrania materiału do przeszczepu jest *możliwość pewnego stwierdzenia śmierci*.

Podjmując ten problem, należy mieć świadomość, że mamy do czynienia z zagadnieniem podpadającym pod kompetencje medycyny. Tradycyjnie określano fakt śmierci na podstawie *ustania akcji serca i oddechu*, co miało tę pozytywną stronę, że oznaki śmierci były dla obserwatorów zewnętrznych dobrze widoczne. Określenie momentu śmierci zawsze było związane nieodwracalnymi oznakami zgonu. Od czasu, gdy śmierć kliniczna stała się odwracalna na skutek ogromnego postępu w dziedzinie reanimacji i resuscytacji, oddechowo-krażeniowe kryteria śmierci okazały się mało przydatne do określania momentu śmierci i należało szukać innej pewnej oznaki zejścia.

Przełom w tym względzie związany jest z ogłoszeniem w 1968 roku przez doraźną komisję *Harvard Medical School* nowego obiektywnego kryterium śmierci. Za takie uznano – bazujące na sprawdzalnych stanach organizmu – *całkowite i nieodwracalne ustanie czynności całego mózgu (kresomózgowia i pnia), które ustala się przy pomocy kompleksowych badań*. Wykorzystując to kryterium dla celów transplantologii, wystąpienie śmierci mózgowej musi stwierdzić zespół medyczny inny niż mający przeprowadzić transplantację, a cała procedura musi zostać dokładnie udokumentowana. Obecnie kryterium śmierci mózgowej jest niemal we wszystkich krajach uznawane za miarodajne kryterium śmierci człowieka (jako ostatnia zaakceptowała je Japonia w styczniu 1992 roku).

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. Biologiczna śmierć mózgu nie oznacza koniecznie śmierci biologicznej całego organizmu, bowiem dzięki sztucznej wentylacji i wymuszonej akcji serca i nerek może być podtrzymywane życie wegetatywne. Przy okazji widzimy kolejną różnicę w konfrontacji z kanibalizmem: tam zjadano martwe ciało, natomiast przeszczepy możliwe są jedynie z organów żywych.

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. Śmierć mózgowa oznacza dezintegrację i niezdolność organizmu do dalszego życia. Przy pomocy tego wskaźnika można 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 destrukcja.

5. Kościół: Pochwała solidarności z cierpiącym, a nie kanibalizm

Aby zobaczyć problematykę dawstwa narządów i tkanek we właściwym świetle, warto odwołać się do Katechizmu Kościoła katolickiego, ogłoszonego w 1992 roku, autorytetem Papieża Jana Pawła II. W tym dokumencie stwierdza się, że dawstwo organów „jest czynem szlachetnym i godnym pochwały” (nr 2296) jako gest bezinteresowności i heroizm dnia codziennego. Dodano ponadto, że „należy do niego zachęcać, ponieważ jest przejawem wielkodusznej solidarności”. Taki jest zasadniczy kierunek postrzegania medycyny przeszczepowej przez etykę katolicką.

Wydaje się, że przedstawione fakty pozwalają stanowczo odrzucić hańbiące dla transplantologii porównanie z kanibalizmem. Jeżeli dawstwo organów odbywa się zgodnie z normami etycznymi i prawnymi, stanowi niewątpliwie czytelny wyraz afirmacji drugiego człowieka i jako takie plasuje się wśród działań zalecanych i moralnie dobrych. Jedynie w sytuacjach, kiedy eksplantacji dokonuje się w warunkach 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.

Na koniec argument może bardzo emocjonalny, ale wypływający z głębokiego przekonania: transplantacja organów i tkanek nie jest kanibalizmem, a ja sam nie chcę być ofiarą kanibalizmu. Właśnie dlatego, świadomie i w pełni dobrowolnie deklaruje, że na wypadek mojej śmierci chciałbym być dawcą, tzn. aby moje organy zostały wykorzystane dla dobra najciężiej chorych, którzy potrzebują przeszczepu. Żarliwy apel o podobne stanowisko kieruję do Szanownych Państwa, łącząc go z prośbą o budowanie zaufania do transplantologii jako do tej dziedziny medycyny, która w sytuacjach granicznych śpieszy z pomocą ludziom nieuleczalnie chorym, zamiast nedorzeczných pomówień o nekanibalizm.