

**ETYCZNE, MEDYCZNE
I PRAWNE DYLEMATY
WOKÓŁ ŚMIERCI MÓZGU**

pod redakcją
Władysława Sinkiewicza i Rafała Grabowskiego

ETYCZNE, MEDYCZNE
I PRAWNE DYLEMATY
WOKÓŁ ŚMIERCI MÓZGU

ETYCZNE, MEDYCZNE I PRAWNE DYLEMATY WOKÓŁ ŚMIERCI MÓZGU

pod redakcją
Władysława Sinkiewicza i Rafała Grabowskiego



Komisja Bioetyczna BIL
Collegium Medicum UMK

B y d g o s z c z 2 0 1 7

RECENZENCI:

Ks. dr hab. Maciej Olczyk

Uniwersytet im. Adama Mickiewicza w Poznaniu

Dr hab. n. med. Paweł Sokal

Collegium Medicum Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu

KOREKTA:

Hanna Borawska

PROJEKT OKŁADKI:

Iwona Dombrowska

Na okładce i stronie tytułowej wykorzystano obraz
licencjonowany przez [Depositphotos.com/Drukarnia Chroma](https://www.depositphotos.com/)

Bydgoska Izba Lekarska

Komisja Bioetyczna

ul. Powstańców Warszawy 11

85-681 Bydgoszcz

tel./fax (52) 376-30-06

S p i s t r e ś c i

Śmierć mózgowa jako ważny i wciąż aktualny problem bioetyczny Władysław Sinkiewicz	7
Śmierć jako początek trzeciego etapu życia człowieka. Perspektywa teologiczna Andrzej Bohdanowicz.....	15
Problematyka śmierci i umierania w <i>Nowej Karcie Pracowników Służby Zdrowia</i> Zbigniew Wanat.....	27
Kontrowersje etyczne wokół śmierci mózgowej Tomasz P. Terlikowski.....	47
Dylematy prawne śmierci mózgowej Małgorzata Chudzińska, Anna Grzanka-Tykwińska.....	63
Człowiek w obliczu śmierci. Refleksje psychologa Roman Ossowski.....	77
Śmierć mózgu – punkt widzenia lekarza anestezjologa Waldemar Iwańczuk	95
Śmierć mózgu – spojrzenie lekarza transplantologa Zbigniew Włodarczyk.....	111

Czy śmierć mózgu jest śmiercią człowieka?

Spojrzenie lekarza neurochirurga

Marek Harat, Kamil Krystkiewicz 121

Śpiączka i śmierć mózgu w praktyce neurologicznej

Milena Świtońska 137

Noty o autorach 159

WŁADYSŁAW SINKIEWICZ

Śmierć mózgowa jako ważny i wciąż aktualny problem bioetyczny

Zagadnienie śmierci mózgowej jest jednym z najważniejszych i najtrudniejszych współczesnych wyzwań i problemów etycznych. Śmierć jest zwykle kojarzona z pewnym określonym w czasie momentem, w którym ustają ostatecznie i bez odrotu funkcje życiowe ludzkiego organizmu.

Wraz z rozwojem nauk medycznych pytanie o „moment” czasowy stwierdzenia śmierci i jej kryteria bardzo się skomplikowało, i to nie tylko w aspekcie medycznym, ale także etycznym. Przez stulecia problem ten nie wydawał się zbyt istotny. Zgodnie z klasyczną definicją śmierci uznawano, że następowała ona wraz z ustaniem czynności oddechowych i układu krążenia. Takie pojmowanie końca ludzkiego życia mocno zakorzeniło się w kulturze i języku – np. mówimy często, że ktoś „wyzionął ducha”, a serce „przestało bić”, co było równoznaczne z przekroczeniem granicy życia i śmierci.

Z perspektywy współczesnej medycyny śmierć jest aktualnie pojmowana w naukach medycznych i bioetyce raczej jako pewien proces, a jej stwierdzenie jest oceną nieodwracalnego stanu, w jakim znalazło się ludzkie ciało – nie zaś jako określony moment, np. „ostatniego oddechu”.

Śmierć uważa się więc raczej za tzw. zjawisko zdysocjowane, co oznacza, że śmierć ogarnia tkanki i układy w różnym czasie, dezintegrując organizm ludzki jako całość funkcjonalną poprzez kolejne, trwałe wypadanie poszczególnych funkcji w różnej sekwencji czasowej.

Osiągnięcia medycyny w drugiej połowie XX w. wniosły istotne zmiany w kryteriach stwierdzenia śmierci człowieka. Zauważono, że określanie momentu śmierci klinicznej – zaprzestania krążenia i czynności oddechowych – może być zarówno odwracalne poprzez podjęcie czynności resuscytacyjnych lub zastosowanie zaawansowanych metod, zarówno z wykorzystaniem urządzeń technicznych, np. defibrylatorów, jak i środków farmakologicznych. Z kolei krążenie jak i oddychanie mogą być również podtrzymywane sztucznie. Stwierdzenie zgonu na podstawie ustania krążenia może być więc obarczone znacznym ryzykiem błędu, co rodzi poważne wątpliwości etyczne w uznaniu tych kryteriów za przesądające.

Opisy tzw. śmierci mózgowej zaczęły pojawiać się w literaturze medycznej pod koniec lat 50. XX w. Przełom w definicji śmierci nastąpił, gdy powołana w 1968 r. przez Harvard Medical School Nadzwyczajna Komisja ds. Zbadania Definicji Śmierci Mózgowej ogłosiła swój raport, proponując definicję śmierci jako nieodwracalnego, trwałego ustania czynności całego mózgu.

Obecnie ciężar definicji skupił się na śmierci pnia mózgu jako czynniku przesądzającym. Powyższa definicja śmierci też nie jest wolna od kontrowersji. Dyskusje dotyczą nie tylko kryteriów i metod stwierdzania śmierci pnia mózgu, które ulegają cały czas ewolucji wraz z rozwojem nauk medycznych, ale także niespójności proponowanych kryteriów śmierci mózgowej, zarówno ze śmiercią biologiczną organizmu (część organów nadal pracuje, a zatem niektóre funkcje organizmu pozostają nienaruszone), jak i z głęboko zakorzenionym kulturowo, tradycyjnym rozumieniem śmierci.

Padają również zarzuty czysto pragmatycznych motywacji w posługiwaniu się kryterium śmierci mózgowej, co miałyby służyć np. rozwojowi transplantologii, odpowiadając zapotrzebowaniu na narządy do przeszczepów.

Przy omawianiu fenomenu śmierci rodzą się również pytania o istotę człowieczeństwa – ustanie jakiej cechy, jakiej funkcji lub organu decyduje, że człowiek przestaje być człowiekiem, a jego ciało staje się zwłokami? Czy śmierć mózgowa oznacza w związku z tym śmierć człowieka, czy jedynie śmierć organizmu ludzkiego? Czy śmierć może znaczyć coś innego, w zależności od tego czy posłużymy się kryteriami klasycznymi, czy też definicją śmierci mózgowej? Tak więc może nie powinniśmy mówić o różnych rodzajach śmierci, a przyjęta definicja „śmierci mózgowej” powinna być po prostu zastąpiona definicją „śmierci”.

Rozważając to zagadnienie, warto przytoczyć stanowisko Kościoła katolickiego, gdyż jest ono w naszej kulturze bardzo ważne dla debaty etycznej dotyczącej definicji śmierci.

Już w 1957 r. papież Pius XII, wypowiadając się w kontekście stosowania reanimacji, zaznaczył, że Kościół nie ma żadnych szczególnych kompetencji w ustaleniu momentu śmierci, zadanie to bowiem spełniają biologia i medycyna. Stanowisko to potwierdzane było w kolejnych dokumentach Urzędu Nauczycielskiego oraz w wypowiedziach różnych naukowych instytucji Kościoła. Papieska Rada Cor Unum w 1981 r., powołując się na medyczny, społeczny i prawny stan związany z określeniem kryterium śmierci, stwierdziła: „Wzrasta jednak zgoda co do tego, że za zmarłego należy uznać człowieka, u którego zostałby stwierdzony całkowity i nieodwracalny brak aktywności mózgu (śmierć mózgowa)”. Papieska Akademia Nauk w *Deklaracji o sztucznym przedłużaniu życia i dokładnym ustaleniu momentu śmierci* z 21 października 1985 r. formułuje w tym względzie wyraźne stanowisko: „Osobę uznaje się za zmarłą, gdy doznała nieodwracalnej utraty wszelkiej zdolności utrzymania

czynności ustrojów integracyjnych i koordynacyjnych – tak fizycznych, jak i umysłowych”. Śmierć stwierdza się, gdy:

- a) nastąpiło ostateczne zahamowanie czynności serca i oddechu lub
- b) stwierdzono nieodwracalne ustanie wszelkiej czynności mózgu.

W czasie dyskusji stwierdzono, że śmierć mózgu jest prawdziwym kryterium śmierci, bowiem ostateczne ustanie czynności krążenia i oddychania prowadzi bardzo szybko do śmierci mózgowej.

Podobne stanowisko wyrażono w *Karcie Pracowników Służby Zdrowia*: aby osoba była uważana za zmarłą, jest wystarczające stwierdzenie śmierci mózgowej dawcy, która polega na „nieodwracalnym ustaniu wszystkich funkcji mózgu. Po pewnym stwierdzeniu śmierci mózgu, to jest po należytej weryfikacji, można przystąpić do pobrania narządów”.

Jan Paweł II nie sprzeciwiał się definicji śmierci mózgowej, w czym etycy i teolodzy katoliccy wydają się być również zgodni. W przemówieniu do Międzynarodowego Kongresu Towarzystwa Transplantologów w 2000 r. mówił m.in.: „(...) w odniesieniu do stosowanych dzisiaj wskaźników, które pozwalają stwierdzić, że nastąpiła śmierć – czy to związanych ze zjawiskami mózgowymi, czy też bardziej tradycyjnie z czynnikami krążeniowo-oddechowymi – Kościół nie formułuje opinii technicznych”. W innym zaś miejscu w odniesieniu do stosowanych w medycynie kryteriów śmierci mózgu papież stwierdził: „(...) przyjęte w ostatnim okresie kryterium, na podstawie którego stwierdza się śmierć, a mianowicie całkowite i nieodwracalne ustanie wszelkiej aktywności mózgowej, jeśli jest rygorystycznie stosowane, nie wydaje się pozostawać w sprzeczności z istotnymi założeniami rzetelnej antropologii”. W liście Jana Pawła II, skierowanym do uczestników konferencji Papieskiej Akademii Nauk w 2005 r., czytamy ponadto, że „Potrzebny jest stały dialog między ekspertami dyscyplin

antropologicznych i etycznych, aby zagwarantować szacunek dla życia i osoby ludzkiej oraz zapewnić ustawodawcom dane niezbędne do ustalenia rygorystycznych norm na tym polu”. Kościół dystansuje się zatem od kwestii technicznych kryteriów medycznych śmierci – od medycyny wymaga jedynie, aby przyjęte kryteria były stosowane rygorystycznie i rzetelnie, ufając w postęp wiedzy medycznej zmierzający do coraz bardziej precyzyjnego ich ustalania.

Obowiązujące obecnie w Polsce wytyczne w sprawie kryteriów śmierci mózgu są dobrze opracowane. W części ogólnej wyjaśniają, że „Śmierć jest zjawiskiem zdysocjowanym. Oznacza to, że śmierć ogarnia tkanki i układy w różnym czasie. Powoduje to dezintegrację ustroju jako całości funkcjonalnej i kolejno trwałe wypadanie poszczególnych funkcji w różnej sekwencji czasowej. Zatem niektóre funkcje układów lub ich części mogą utrzymywać się w oderwaniu od innych już wcześniej obumarłych”.

Wytyczne prezentują zwięzłe ewolucję definicji śmierci, która przebyła trzy etapy, różniące się w zakresie czynników kwalifikujących i sformułowań:

- „1) Nieodwracalne ustanie krążenia krwi oznacza śmierć człowieka jako całości. Niekoniecznie oznacza ono natychmiastową śmierć wszystkich komórek ciała (definicja klasyczna).
- 2) Nieodwracalne ustanie funkcji mózgu oznacza śmierć człowieka jako całości. Niekoniecznie oznacza to natychmiastową śmierć innych układów (definicja tzw. nowa).
- 3) Nieodwracalne ustanie funkcji pnia mózgu oznacza śmierć pnia mózgu jako całości. Niekoniecznie oznacza to natychmiastową śmierć wszystkich komórek mózgu (definicja tzw. nowa zmodyfikowana)”.

Istotne w powyższych wyjaśnieniach jest zawężenie śmierci całego człowieka do śmierci człowieka jako całości. To ostatnie oznacza „zerwanie życiowo istotnej więzi

pomiędzy składnikami obiektu analizowanego w aspekcie życia, natomiast nie oznacza, że wszystkie te składniki muszą być jednocześnie martwe”. Rozpoznanie śmierci pnia mózgu ma być przeprowadzone dwuetapowo. W pierwszym etapie, na podstawie odpowiednich obserwacji, trzeba wysunąć podejrzenie śmierci pnia mózgu, a w drugim etapie – wykonać badania potwierdzające śmierć pnia mózgu. Obok określonych testów wymienione są liczne wskazania techniczne, jak te badania trzeba przeprowadzić.

Czy kryteria śmierci będą się zmieniać w przyszłości? Należy sądzić, że nie osiągnęliśmy jeszcze pełnej wiedzy medycznej co do granic życia i śmierci. Tak jak kryteria krążeniowo-oddechowe zostały zweryfikowane, tak i współcześnie rozwijające się badania nad budową i funkcjonowaniem mózgu z pewnością przyniosą być może jeszcze niejednen przełom w tej fascynującej debacie naukowej.

Jak wynika z tego krótkiego wprowadzenia, poszukiwanie odpowiedzi na pytanie, kiedy kończy się życie człowieka, ukazuje złożoność i wielopłaszczyznowość tego niezwykle istotnego zagadnienia i tym bardziej mobilizuje do podejmowania tej problematyki, aby poszukiwanie obiektywnych i uzasadnionych kryteriów, a także jednoznacznej definicji pozwoliło bezpiecznie i z pełnym przekonaniem, opierając się na medycynie opartej na faktach naukowych, stwierdzić śmierć człowieka.

Cechą charakterystyczną i wyróżniającą monografię wydawanych przez Komisję Bioetyczną Bydgoskiej Izby Lekarskiej i Collegium Medicum Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu jest między innymi fakt, że wypełniają one lukę w uczelnianych programach szkoleniowych, podejmując ważne bioetyczne problemy związane z początkiem i końcem ludzkiego życia, z cierpieniem, z uporczywą terapią, z potrzebami duchowymi człowieka, z problemami sprzeciwu sumienia w praktyce medycznej oraz innymi różnymi zagrożeniami sfery bioetycznej, nieporuszonymi

w programach nauczania studentów na uczelniach medycznych, jak również na studiach podyplomowych. Redaktorzy monografii żywią nadzieję, że ta kolejna pozycja książkowa znajdzie, jak poprzednie monografie, uznanie szerokiego kręgu czytelników.

Piśmiennictwo

1. Biesaga T. Kontrowersje wokół nowej definicji śmierci. *Med. Prakt.* 2006; 2: 20–28.
2. Papieska Rada „Cor Unum”: Niektóre kwestie etyczne odnoszące się do ciężko chorych i umierających (27.08.1981). W: Szczygiel K., red.: *W trosce o życie: wybrane dokumenty Stolicy Apostolskiej*, dz. cyt.: 446.
3. Papieska Akademia Nauk: Deklaracja o sztucznym przedłużaniu życia i dokładnym ustaleniu momentu śmierci z 21.10.1985. W: Szczygiel K., red.: *W trosce o życie*, dz. cyt.: 453–454.
4. Papieska Rada ds. Duszpasterstwa Służby Zdrowia: Karta Pracowników Służby Zdrowia. Watykan 1995: nr 87.
5. Jan Paweł II, *Do uczestników Kongresu Światowego Towarzystwa Transplantologicznego w Rzymie* (29.08.2000), *Os. Rom. Pol.* 21 (2000) nr 11–12: 11–12.
6. 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.
7. Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 17 lipca 2007 r. w sprawie kryteriów i sposobu stwierdzenia trwałego nieodwracalnego ustania czynności mózgu. *Monitor Polski*. 2007 nr 46, poz. 547.

ANDRZEJ BOHDANOWICZ

Śmierć jako początek trzeciego etapu życia człowieka. Perspektywa teologiczna

Wprowadzenie

„Śmierć jako początek trzeciego etapu życia człowieka. Perspektywa teologiczna”. Tak sformułowany temat nie jest wprost związany z tematem konferencji, jego wybór jednak nie jest przypadkowy. Chciałbym zaproponować, abyśmy, zanim będziemy dyskutować o etycznych, medycznych i prawnych dylematach bardzo szczegółowej kwestii, jaką jest śmierć mózgu, spojrzeli na życie człowieka w szerszej perspektywie. Takie holistyczne podejście nie ma na celu pomniejszenia czy lekceważenia znaczenia konkretnych dylematów związanych ze śmiercią mózgu, lecz ma pomóc ukazać je w szerszym kontekście, gdyż ostatecznie w tego typu rozważaniach zawsze chodzi o człowieka, a nie tylko o jego poszczególne organy, nawet jeśli ich funkcjonowanie jest tak fundamentalne dla jego życia, jak w przypadku mózgu. Szersze spojrzenie jest także ważne szczególnie w sytuacjach, w których medycyna staje bezradna wobec trwającego już procesu umierania pacjenta. Z perspektywy życia

wiecznego i nieśmiertelności owa „bezradność medycyny” może okazać się nieco mniej dotkliwa.

Refleksja będzie miała charakter teologiczny, a więc przekraczający świat doświadczenia empirycznego, ale czy przez to mniej ważny? Już dla Arystotelesa, choć ideałem nauki była bezinteresowna kontemplacja rzeczywistości, z jej niezmienną podstawową strukturą, najwyższą formę poznania stanowiła metafizyka. Nowożytność odrzuciła taką wizję nauki, a na jej miejsce zaproponowała zdobywanie wiedzy użytecznej dla człowieka. Za racjonalne zaczęto uznawać wyłącznie to, co poddaje się sprawdzeniu eksperymentalnemu. Dobrze ilustruje to metafora Francisca Bacona¹, że przyrodę należy wziąć na tortury, by wydobyć z niej wszelkie sekrety, jakie kryje w swoim wnętrzu². Dziś wiele dziedzin nauk zajmujących się człowiekiem potrafi sformułować o nim twierdzenia w dużym stopniu trafne i rzetelne, ale z natury rzeczy ograniczone. „Wiara i teologia – jak pisał wybitny niemiecki teolog Karl Rahner – mówią o człowieku, że jest tajemnicą, partnerem dla Boga, niepojętej tajemnicy i dlatego inne nauki nie mogą go w pełni wyrazić ani ogarnąć”³.

Odwołując się do myśli Gustava Theodora Fechnera, XIX-wiecznego filozofa i biologa, profesora Uniwersytetu w Lipsku, twórcy tzw. psychofizyki, tj. nauki badającej stosunek między duszą i ciałem, chciałbym przedstawić kilka myśli na temat śmierci widzianej z perspektywy trzech zasadniczych faz życia ludzkiego⁴. Pierwsza faza to ciągły sen;

¹ Francis Bacon, XVI-wieczny filozof angielski, jeden z najwybitniejszych przedstawicieli odrodzenia i baroku, eseista, polityk oraz prawnik. Uchodzi za jednego z twórców nowożytnej metody naukowej opartej na eksperymencie i indukcji. Jest też uważany za jednego z twórców empiryzmu.

² Por.: Od redakcji, *W poszukiwaniu właściwej miary dla nauki*, „Ethos” 44 (1998) s. 5.

³ K. Rahner, *Człowiek*, w: K. Rahner, H. Vorgrimler, *Mały Słownik Teologiczny*, Warszawa 1996.

⁴ Por.: A. Marcol, *Gustav Theodor Fechner – życie i twórczość*, Nysa 2006 (mps).

druga to na przemian sen i jawa; trzeci etap życia to ciągła jawa i wieczne czuwanie⁵.

Pierwsza faza życia człowieka

W pierwszej fazie człowiek żyje pod sercem matki: samotnie, w ciemnościach. Z zarodka (połączonych gamet) rozwija się ciało człowieka i wykształcają się narządy, „narzędzia” niezbędne do rozpoczęcia fazy drugiej. Dziecko na etapie życia w łonie matki jest jeszcze ślepe na światło, blask i piękno, a chwila narodzin, czyli opuszczenia dobrze znanego mu, zasadniczo bezpiecznego łona matki musi mu się wydawać czymś okrutnym i bolesnym. Kto wie, czy chwila wyjścia na świat, odcięcia od pępowiny i definitywnego rozstania z dotychczasowym przyjaznym środowiskiem, do którego przecież już nigdy nie powróci, nie wydaje się mu zamachem na jego życie. Gdyby już wtedy mogło mówić, może powiedziałoby: „Boję się, bo to zupełnie obcy, nieznany mi świat, to chyba koniec, to śmierć. Nie chcę wyjść...”⁶. Narodziny człowieka to przebudzenie się do istnienia w świecie zewnętrznym na czas o wiele dłuższy, pełnym dźwięków i barw, o wiele ciekawszym niż wcześniejsza 9-miesięczna faza pobytu w ciele matki.

Druga faza życia człowieka

W drugiej fazie człowiek żyje w towarzystwie innych, ale indywidualnie, tj. obok innych i wśród innych; żyje

⁵ Por.: The 1911 Encyclopedia: *Gustav Theodor Fechner* (ang.), [online], [dostępny: www.york.ac.uk], [dostęp: 7.10.2016].

⁶ Por.: H. Nouwen, *Die Geburt*, w: A. Paessens-Deege (Hg.), *Lasst uns end-lich leben*, Berlin 2012, s. 159.

już w świecie rozjarzonym słońcem, które ukazuje mu zjawiskowy świat, naświetla go, choć tylko zewnętrznie, powierzchownie. Przez analogię do pierwszej fazy życia możemy powiedzieć, iż w fazie drugiej, na bazie zarodka, który przekształcił się w ludzkie ciało i ma odpowiednie narządy, rozwija się twórczy duch przygotowujący sobie narzędzia do fazy trzeciej: człowiek uczy się podziwiać, kochać, zachwycać się, uwielbiać, adorować. Na tym etapie liczą się przeżycia estetyczne. Zwróćmy uwagę, że są akty duchowe. W tej fazie, w której wszyscy tu obecni się znajdujemy, rozkwita boski zarodek ducha tkwiący w każdym człowieku. Zdaje się on wskazywać na zakrytą jeszcze, tajemniczą rzeczywistość, którą poznamy dopiero w trzeciej fazie – świat przekraczający doczesność.

Na drugim etapie życia nasza świadomość i duch mają jeszcze oczy „na uwięzi”. Według Platona, uwięziony w ciele duch natrafia ciągle na bariery i granice. Oprócz przeczuc i pragnień, jakie żywimy, niewiele jeszcze wiemy o prawdziwej wolności, blasku, olśnieniu i wspaniałościach życia na etapie końcowym. „Domyślamy” się go, przeczujemy, a nawet wierzymy, że istnieje, bo upewniają nas o tym Objawienie (por. Mt 22, 32), wielcy myśliciele, a zwłaszcza święci.

Z pism rzymskiego poety Horacego (65 aX–8pX) pochodzi często powtarzane słowo nadziei: *non omnis moriar*⁷, choć w dalszej części tekstu poeta dodaje: „do nieba powrót odwlekaj”. Jan Paweł II trawestując słowa Horacego, mówi: „To, co we mnie niezniszczalne, stanie twarzą w twarz z Tym, który jest”⁸, a św. Teresa z Lisieux przed śmiercią oświadcza: „Nie umieram, lecz wchodzę do życia”⁹. Nikaraguańczyk Ernesto Cardenal, nominowany do Nagrody Nobla w latach 2005 i 2007, pisze: „Jesteśmy jak wędrowne

⁷ Horacy, *Pieśni*, III, 30, 6.

⁸ Jan Paweł II, *Wspólnota osób jako obraz Boży*, „Życie i Myśl” 8–9 (1980), s. 103.

⁹ E. Pawłowska, *Geniusz kobiety*, 2009, s. 254 (mps).

ptaki, które lęły się w odległych północnych krajach, ale odczuwają tajemniczy niepokój, tęsknotę za *wiosenną ojczyzną*, której dotychczas nie widziały”¹⁰. W innym miejscu przywoływany autor stwierdza: „Kłamstwem jest twierdzić, że życie jest krótkie. Nasze życie nie jest krótkie, lecz wieczne. Mamy przed sobą nie śmierć, lecz wieczność. (...) Nie narzekajmy na ulotność czasu, życie się nie kończy. Kończy się tylko czas, a potem nastaje wieczność, zawsze trwająca terazniejszość. (...) Nie lękajmy się śmierci: nie znikamy, lecz przechodzimy w doskonałe, prawdziwe, *żywsze życie* – jak larwa (gąsienica), która w swoim kokonie zasypia, a potem budzi się przemieniona w pięknego motyla”¹¹. Przejście z pierwszej fazy życia do drugiej nazywamy narodzinami, zaś przejście z drugiej do trzeciej zwyczajowo nazywamy umieraniem.

Trzecia faza życia człowieka

Zjawiska towarzyszące umieraniu człowieka intrygowały ludzkość od niepamiętnych czasów. Próbowano je sobie tłumaczyć, odwołując się do aktualnej wiedzy, uzupełniając luki wyobrazeniami spoza świata natury. Śmierć człowieka pozostawała jednak w jakimś stopniu tabu, a próby przeniknięcia jej istoty doprowadzały do tworzenia i utrwalania mitów oraz wyobrażeń o charakterze ponadnaturalnym. W połowie XVIII w. w Europie doszło do gwałtownej zmiany w podejściu do śmierci – zaczęto ją traktować jako zjawisko biologiczne – putrefakcja (gnicie). Biologizacja śmierci spowodowała jej medykację, czyli „przejęcie” umierania i śmierci przez medycynę za wyraźnym przyzwoleniem

¹⁰ E. Cardenal, *Wir sind wie Zugvoegel*, w: Alwine Paessens-Deege (Hg.), *Lasst uns endlich leben*, Santiago Verlag, Goch 2004, s. 50.

¹¹ Tamże, s. 137.

społecznym. Kiedyś umieranie w domu, wśród rodziny było powszechnym rytuałem, obecnie ludzie umierają najczęściej w szpitalach lub hospicjach, a śmierć w domu należy do rzadkości. Kiedyś zwłokami zajmowała się rodzina, ona odpowiadała za umycie, ubranie, organizację pogrzebu, a zwłoki do dnia pochówku przebywały w domu. Teraz tymi wszystkimi czynnościami zajmują się wyspecjalizowane firmy, a kontakt rodziny z ciałem zmarłego jest maksymalnie ograniczony.

Odkrycia naukowe połowy XX w. (głównie wprowadzenie respiratora) spowodowały, iż walka ze śmiercią stała się coraz ważniejszym zadaniem medycyny. Nestor polskich medyków Kornel Gibiński mawiał ze smutkiem: „Lekarze leczą śmierć. (...) zamarzyliśmy, by życie jak najdłużej utrzymać. Zaczęliśmy walczyć ze śmiercią”¹². Jednak radykalny rozwój wiedzy biologicznej na temat śmierci człowieka nie podważył w sposób istotny fundamentalnych zasad filozofii i wiary w tym obszarze. Wręcz przeciwnie – przyniósł wiele wyjaśnień, ale także zrodził nowe pytania, angażując nie tylko autorytety medyczne, ale także środowiska filozofów i teologów. Nadal niekwestionowana pozostaje zasadnicza cecha śmierci – jej nieodwracalność. Mamy świadomość, że śmierć, która jest ostatecznym etapem umierania, ma charakter zdysocjowany (łac. *dissociatio* – rozdzielenie) – jest rozłożona w czasie i wieloetapowa. Ta właśnie cecha – zdysocjowanie procesów śmierci – legła u podstaw egzystencjalnego pytania o granice ratowania ludzkiego życia, a co immanentnie z tym związane – o stwierdzenie momentu śmierci człowieka – potencjalnego dawcy dla dynamicznie rozwijającej się transplantologii¹³.

¹² K. Szewczyk, *Etyczna strona prób klinicznych fazy I w onkologii*, „Diametros” 19 (2009), s. 185–207.

¹³ Por.: P. Nowacki, *Śmierć mózgu – ewolucja koncepcji z uwzględnieniem potrzeb transplantologii*, w: *Transplantologia. Oczekiwania. Możliwości. Granice*, red. A. Dymmer, Szczecin 2012, s. 39–40.

Dzięki relacjom osób, które przeżyły śmierć kliniczną, umieranie wyobrażamy sobie jako przejście przez ciasny, ciemny tunel w kierunku światła, do wieczności, z której nie ma powrotu. Jednak w integralnej wizji człowieka śmierć, której się często lękamy, to nic innego, jak właśnie drugie narodziny – tym razem do ostatecznego, pełnego życia. W starożytności chrześcijańskiej śmierć, szczególnie męczeńską, za wiarę, uznawano za *dies natalis* – dzień narodzin dla nieba. W takiej perspektywie człowiek ze swego quasi-embryonalnego stanu ducha i etycznego rozwoju, ze swego *minimum*, z jakim przychodzi na świat, powinien w ciągu ziemskich dni dążyć do *optimum*, sięgać po to, co Gustav Fechner nazywa „narodzinami do wolności bytowania”, kiedy to „duch swoją ciasną powłokę rozsadza i porzuca tak, jak czyniło dziecko ze swoją powłoką przy pierwszym narodzeniu”¹⁴. Jak błony płodowe, które w czasie embryonalnego rozwoju żywią i chronią dziecko, mają tylko przejściowe znaczenie, tak ciało ludzkie, które kryje w sobie „brylant ducha w bezpiecznym futerale”, ma też tylko przejściowe znaczenie. Wieczną, nieprzemijalną wartość ma tylko personalne jądro człowieka, mianowicie napełniony, ubogacony, ożłocony wartościami duch. Wraz ze śmiercią ciała nie przepadnie to, co człowiek, korzystając z danej mu już na ziemi wolności, wypracował w czasie ziemskiego życia, kształtując i rozwijając zdolności duchowe, kontemplatywne, spekulatywne i afektywne¹⁵. Są to obszary, które w wieczności jakby niematerialne zwierciadła (anten) będą wychwytywać nieprzemijające światła i dźwięki.

Należy pamiętać, że „Bóg nie jest Bogiem umarłych, ale żyjących” (Mk 12, 27). To znaczy, nie pobudza do życia duchowego, nie każe mu rozkwitać i rozwijać się, aby je potem stracić w nicość. Potwierdzeniem tej prawdy objawionej

¹⁴ A. Marcol, dz. cyt., s. 6.

¹⁵ Por.: tamże, s. 12.

może być pewna analogia pomiędzy pierwszą a drugą fazą życia. Mianowicie, każdy biolog, widząc rozwijające się oko czy ucho u płodu ludzkiego, wie, że są one przeznaczone do odbierania odpowiednio światła i dźwięków. Jest też świadomy, że istnieje rzeczywistość, która temu odpowiada, choć embrionalna istota ludzka tej rzeczywistości światła jeszcze nie ogląda ani nie słyszy jeszcze dźwięków. *Natura non fallitur!* (Natura nas nie zawodzi!)

Miejmy jednak świadomość, że ziemskie oko i ucho kiedyś się zamkną... przy powtórnyim narodzeniu. Wtedy oko i ucho ducha otworzą się na blask, światło, okazałość i przepych tamtego świata – na rzeczywistość uszczęśliwiająca – przy założeniu, że to wewnętrzne oko i ucho było na Boga nastrajane, tak jak ziemskie oko i ucho nastrojone jest na światło i dźwięk. Teologia nazywa to *visio beatifica*. „Ani oko nie widziało, ani ucho nie słyszało, co Bóg przygotował tym, którzy Go miłują” (1 Kor 2, 9). Wynika z tego jasno, że ostatecznym i najwyższym zadaniem człowieka na ziemi jest otwarcie, wyostrenie i poszerzenie zmysłów na świat przyszły – otwarcie wewnętrznego ucha, aby chwyciło coraz delikatniejsze impulsy, sygnały i fale wieczności i słyszało ciche wezwanie Boże, wyrażające się głosem sumienia.

Inspirującym materiałem do refleksji w odniesieniu do śmierci i życia po śmierci są myśli znanego polskiego teologa ks. prof. Wacława Hryniewicza¹⁶. W jednym ze swoich ostatnich wywiadów, udzielonym po przeżyciu śmierci klinicznej, stwierdza on: „(...) ze śmiercią wiąże się zwykle lęk pomieszany z ciekawością. Śmierć jest tajemnicą. Przybliżyłem się do niej niedawno. Przeszedłem operację nowotworu. Przeżyłem śmierć kliniczną. Temu przeżyciu towarzyszyło

¹⁶ Ks. prof. Wacław Hryniewicz jest jednym z najwybitniejszych i najbardziej znanych w świecie polskich teologów. Założyciel i przez długi czas dyrektor Instytutu Eku­menicznego KUL, a także członek Międzynarodowej Komisji Mieszanej ds. Dialogu Teologicznego między Kościołem rzymskokatolickim i Kościołem prawosławnym.

jednak odczucie spokoju. Nie odczuwam lęku przed »strasz-
nym Sądem Bożym« – jak go określa tradycja chrześcijań-
skiego Wschodu. Wierzę, że Bóg rozumie nas lepiej niż my
siebie. Że gotów jest nie tylko wybaczać, ale i zdumiewać.
Zetknięcie z przyszłym światem jest sferą wielkiego zdu-
mienia. Nie sięgają tam ludzkie wyobrażenia – stąd nasza
ciekawość. Nie doświadczyłem tego, o czym mówią inni
w licznych publikacjach. Nie przechodziłem przez tunel do
światła. Raczej spokojnie zapadałem się w życzliwą ciem-
ność. Ciemność ta była jednak – mówiąc paradoksalnie –
w jakiś sposób świetlista. Z ufnością – trudno mi tu znaleźć
odpowiednie słowo – opadałem, zstępowałem. Nie jest to
spadanie gwałtowne, tylko raczej pogrążanie się w przyjaznej
ciemności, która ma w sobie coś z rozjaśnienia. Nasz język
nie rejestruje takich odcieni, dlatego musimy z konieczności
uciekać się do paradoksów. Są w naszym życiu doświadcze-
nia niepowtarzalne, takie, którymi nie sposób nawet dzielić
się bez reszty z innymi. Zostało mi dane przeżycie, które
uczyniło mnie spokojniejszym i więcej rozumiejącym¹⁷.

Są jednak ludzie, dla których śmierć nie jest spotkaniem
z Bogiem, lecz raczej ostatecznym zamknięciem. Ks. prof.
Hryniewicz podpowiada nam w tej kwestii taką intuicję:
„Mam kontakty z ludźmi niewierzącymi. Znam różnego
rodzaju odpowiedzi: śmierć to wieczny sen, definitywne
rozpłynięcie się w nicość, wejście w sferę nieistnienia. Czło-
wiek umiera i koniec. Po swojej śmierci klinicznej odczułem
o wiele mocniej, jak wielkim darem jest istnienie. Jestem,
a przecież mogłoby mnie w ogóle nie być. W swoim ist-
nieniu otrzymałem coś jedyne i niepowtarzalnego. Czę-
sto otrzymuję listy od ludzi wierzących, którzy także rozmawiają z niewierzącymi. W listach tych pojawia się zarzut, że

¹⁷ „Pogrążyłem się w przyjaznej ciemności”. Ks. prof. Hryniewicz przeżył śmierć kliniczną. Czy boi się własnej śmierci?, Ks. prof. Wacław Hryniewicz w rozmowie z Sebastianem Dudą, „Newsweek” z 27.10.2016, s. 12.

wszystko, co robią teologowie, to tylko mniej lub bardziej udana spekulacja. No cóż, jako ludzie wierzący możemy jedynie dawać wyraz swojej wierze w wydarzenia ostateczne. Wiem, że same słowa nie trafiają do przekonania niewierzącym, którzy także w obliczu śmierci chcą konsekwentnie przyjąć los człowieka takim, jak go pojmowali w ciągu swego życia. Są wewnętrznie przeświadczeni, że po śmierci nie ma żadnej rzeczywistości, która miałaby nas czymś zaskakiwać. Nigdy nie usiłowałem takich ludzi przekonywać. Mówiłem: „Jeśli tak chcesz i uważasz to za słuszne, idź swoją drogą do końca, bo ostatecznej weryfikacji po tej stronie nie ma. Jako człowiek wierzący dzielić się mogę tylko swoim zaufaniem do obietnic, o których dowiaduję się z natchnionych ksiąg Biblii. Znam ewangelie, znam obietnice Jezusa. Wiem, że nawet ludzie wierzący często mają kłopoty z samą postacią Chrystusa. Wikłają się, pytają, kim On jest naprawdę – czy tylko człowiekiem, w którym Bóg rzeczywiście objawił swoją specjalną obecność, czy jedynie niezwykłym mędrcom, ale tylko człowiekiem. Rozumiem ludzi niewierzących, bo wiara nie jest łatwa. Chyba zbyt łatwo mówi się, że to łaska, która jednemu zostaje dana, a drugiemu nie. Jako ludzie myślący chcemy sami się przekonać i zrozumieć sens wiary. Być może jednak dopiero wtedy, gdy wierzymy, rozumiemy więcej. Może pewna sfera jest zamknięta dla tych, którzy takiego ostatecznego zaufania w sobie nie mają i nie odczuwają jego potrzeby”¹⁸.

Na temat wieczności wypowiadali się także różni filozofowie. Na przykład Leszek Kołakowski w wywiadzie rzece stwierdza: „Wolno nam wierzyć, że cały świat naszego doświadczenia nie jest realnością ostateczną. (...) Tak, ja w to wierzę. A nawet mam ochotę powiedzieć – ja to wiem. (...) Mam poczucie, że wiem, iż świat naszego doświadczenia jest przejawem świata Ducha. Jak się ma ten świat

¹⁸ Tamże, s. 15.

niewidoczny – albo prawie niewidoczny, bo bywa doświadczany tylko w niepewnych i bardzo rzadkich chwilach – do świata doświadczenia codziennego, nie potrafimy powiedzieć. Wszystkie religie tę właśnie intuicję fundamentalną obudowują wielością rozmaitych dogmatów i mitów (...). Ale taka intuicja fundamentalna jest obecna. (...) Wiara chętnie idzie w parze nie tylko z rozumem dyskursywnym, lecz także z rozumem intuicyjnym, który działa na skróty, wybiega naprzód, widząc wynik, cel czy kres w olśnieniu i wglądzie sięgającym w głąb tajemnicy istnienia. Jest coś zastanawiającego w tym, że istniejemy. Leibnizowskie pytanie: *Dlaczego coś jest, a nie raczej nic*, ciągle pojawia się na horyzoncie naszego myślenia. Gdy wierzę, myślę jednocześnie, że w śmierci przechodzę w rzeczywistość nową, niepoznawalną i niedotykalną po tej stronie życia. Jako wierzący mogę się jednak tylko dzielić swoim doświadczeniem wiary i nadziei¹⁹.

Chrześcijaństwo wymaga zaufania Tajemnicy. Chrześcijanie nie wierzą w Boga samotnego, ale w Boga, który jest istotą komunijną, interpersonalną. Dialog toczyć się będzie przez wieki. Trzeba mieć odwagę przyjmowania życia jako daru – od losu, od natury czy, jeśli wierzysz, od Boga. Taką odwagą wykazują się zresztą również ludzie niewierzący, którzy otwierają się na innych, są życzliwi i szlachetni, zdolni do współczucia. Wspólnie z niewierzącymi jestem uczestnikiem wielkiej przygody życia. Wierzę, że to życie przemienia się, że dokonują się w nim różne metamorfozy, że idziemy w kierunku nieznanego. I może dobrze, że to, co po śmierci, pozostaje dla nas nieznanne. Inaczej zostalibyśmy z samą wiedzą, bez wiary i nadziei. A tak mamy obietnice, którym można w sposób racjonalny zaufać. Wiara jest w chrześcijaństwie przede wszystkim zawierzeniem – ufnością w spełnienie obietnic złożonych przez samego Boga.

¹⁹ L. Kołakowski, *Czas ciekawy, czas niespokojny*, cz. II, Kraków 2008, s. 184–185.

ZBIGNIEW WANAT

Problematyka śmierci i umierania w *Nowej Karcie* *Pracowników Służby Zdrowia*

We wrześniu 2017 r. miała miejsce prezentacja polskiego tłumaczenia *Nowej Karty Pracowników Służby Zdrowia*¹, wydanej przez Papieską Radę ds. Duszpasterstwa Służby Zdrowia w 2016 r.². Adresatami dokumentu są osoby związane z szeroko rozumianą służbą zdrowia, zaangażowane w profilaktykę, leczenie i rehabilitację: lekarze, farmaceuci, pielęgniarki, pracownicy administracji, kapelani szpitalni,

¹ Tytuł oryginału: Pontificio Consiglio per gli Operatori sanitari (per la Pastorale della Salute), *Nuova Carta degli Operatori Sanitari*, Città del Vaticano 2016. Papieska Rada ds. Duszpasterstwa Służby Zdrowia, *Nowa Karta Pracowników Służby Zdrowia*, tłum. H. Bzikot, Katowice 2017. Oficjalna prezentacja odbyła się 8 września 2017 r. w Warszawie w siedzibie Sekretariatu Konferencji Episkopatu Polski. Dla odróżnienia starej i nowej wersji dokumentu w niniejszym artykule stosowane będą skrócone nazwy: *Karta* i *Nowa Karta*.

² W 1985 r. papież Jan Paweł II powołał do życia Papieską Komisję ds. Duszpasterstwa Służby Zdrowia (motu proprio *Dolentium hominum* z 11 lutego 1985), a w 1988 r. podniósł ją do rangi papieskiej rady (Konstytucja apostolska *Pastor Bonus* z 28 czerwca 1988). W 2016 r. papież Franciszek zdecydował, by jej kompetencje (a także trzech innych likwidowanych Papieskich Rad: *Iustitia et Pax*, *Cor Unum*, ds. Duszpasterstwa Migranców i Podróżujących) przejęła nowo utworzona Dykasteria ds. Integralnego Rozwoju Człowieka, która rozpoczęła działalność 1 stycznia 2017 r. (List apostolski w formie „motu proprio” *Humanam progressionem* z 17 sierpnia 2016).

zakonnicy i zakonnice, wolontariusze i – wyraźnie wskazani dopiero w *Nowej Karcie* – personel techniczny oraz odpowiedzialni za politykę państwową i międzynarodową. Dokument ma być pomocą dla wszystkich, którzy służąc ludziom chorym, stają w obliczu problemów i dylematów etycznych, a także służyć formowaniu ich sumień (nr 5, 6, 10)

Nazwa dokumentu zwraca uwagę, że jego pierwsza wersja, opublikowana w 1995 r., została po ponad 20 latach poprawiona i zaktualizowana. Jak zauważył inicjator prac nad *Nową Kartą*, przewodniczący Papieskiej Rady ds. Duszpasterstwa Służby Zdrowia, śp. abp Zygmunt Zimowski, uwzględnia ona rozwój nauk medycznych i jego wpływ na życie człowieka, obejmuje aktualne kwestie medyczno-prawne związane z wykonywaniem zawodów medycznych, a także problemy sprawiedliwej polityki zdrowotnej, ujmowane w duchu solidarności i zasady pomocniczości, m.in. dostępu do leków i nowych technologii. W prezentowanej refleksji odwołuje się także do nowych wypowiedzi Kościoła na tematy moralne, w szczególności bioetyczne³. Dlatego tekst dokumentu, który zachował dotychczasową strukturę, jest nieco obszerniejszy. Zawiera wprowadzenie: *Studzy życia*, trzy rozdziały: *Narodziny*, *Życie*, *Śmierć*, zakończenie (którego nie było w poprzedniej wersji) oraz indeks tematyczny. Łącznie 171 punktów refleksji (poprzednia wersja liczyła 150 punktów).

Pracownicy służby zdrowia towarzyszą człowiekowi na wszystkich etapach jego życia. Bardzo wiele trudnych pytań i wątpliwości moralnych związanych z ich działalnością dotyczy ostatniej fazy ludzkiego życia. *Nowa Karta* poświęca im w szczególności rozdział III pt. *Śmierć*. Jednak kwestie dotyczące śmierci i umierania pojawiają się także w dwóch

³ Por.: Z. Zimowski, *Słowo wstępne*, w: Papieska Rada ds. Duszpasterstwa Służby Zdrowia, *Nowa Karta Pracowników Służby Zdrowia*, s. 10.

pierwszych rozdziałach, zasadniczo skupionych na narodzinach i życiu człowieka. Stąd niniejszy artykuł jest próbą całościowego naszkicowania tej problematyki obecnej w *Nowej Karcie Pracowników Służby Zdrowia*.

Śmierć i umieranie w kontekście narodzin

Problematyka śmierci i umierania pojawia się w *Nowej Karcie* już w związku z omawianiem etycznej strony działań medycznych, które są odpowiedzią na niepłodność małżeńską. Wśród nich są rozwijające się techniki wspomaganej prokreacji, z którymi związana jest możliwość śmierci istot ludzkich na ich najwcześniejszym etapie rozwoju, spowodowana przez świadome działania człowieka. W przypadku procedur sztucznego zapłodnienia, popularnie określanego zapłodnieniem *in vitro*, dzieje się tak już podczas diagnostyki preimplantacyjnej oraz w związku z kriokonserwacją embrionów, a następnie na etapie prenatalnym. Na to niebezpieczeństwo ogólnie zwrócił uwagę cytowany przez dokument Jan Paweł II: „Różne *techniki sztucznej reprodukcji*, które wydają się służyć życiu i często są stosowane z tą intencją, w rzeczywistości otwierają drzwi nowym zamachom na życie ludzkie” (nr 23)⁴. Obok racji antropologiczno-teologicznych, takich jak niedopuszczalność oddzielenia prokreacji od aktu małżeńskiego (nr 23)⁵, dokument zwraca uwagę na okoliczności i konsekwencje związane ze sztucznym

⁴ Jan Paweł II, *Encyklika „Evangelium vitae”* (Watykan, 25.03.1995), nr 14. Kwestie te zostały potem szczegółowo ukazane w instrukcji Kongregacji Nauki Wiary *Dignitas personae* (Rzym, 8.09.2008).

⁵ Wyjaśnienia i fundamentalne rozstrzygnięcia zawiera encyklika Pawła VI *Humanae vitae* (Watykan, 25.07.1968). W przypadku sztucznego zapłodnienia heterologicznego chodzi także o oddzielenie rodzicielstwa (prokreacji) od małżeństwa, co sprzeciwia się jedności i wierności małżeństwa, a także rodzi problem tożsamości dziecka (nr 29). Por.: Kongregacja Nauki Wiary, Instrukcja *Donum vitae* (Rzym, 22.02.1987), nr II A, 1–2.

zapłodnieniem: śmierć części embrionów związana z samą procedurą laboratoryjną, zniszczenie innych ze względu na stwierdzone wady genetyczne lub aborcja części embrionów lub płodów w przypadku ciąży mnogich, by uniknąć zagrożeń dla embrionów lub płodów oszczędzonych (nr 28)⁶.

Omawiając diagnostykę prenatalną, *Nowa Karta* podkreśla, że zawsze powinna ona być ukierunkowana na dobro dziecka i matki. Dlatego należy brać pod uwagę ryzyko diagnostyczne i z uwagą ocenić ewentualne negatywne skutki podejmowanych badań (nr 33–34). Jednocześnie wskazuje na niebezpieczeństwo złej intencji, która czyni to badanie niegodziwym, gdy rozważa się możliwość dokonania aborcji w zależności od wyników. „Diagnoza potwierdzająca istnienie jakiejś wady rozwojowej lub choroby dziedzicznej nie może być równoznaczna z wyrokiem śmierci” (nr 35)⁷. W odniesieniu do diagnostyki preimplantacyjnej, która jest szczególnym rodzajem diagnozy prenatalnej, stosowanej w celu wyeliminowania embrionów obarczonych wadami genetycznymi lub chromosomowymi, dokument stwierdza, że jest ona wyrazem mentalności eugenicznej. Może służyć także do wyselekcjonowania zarodka o pożądanej płci lub cechach, które czyniłyby go odpowiednim dawcą komórek macierzystych zgodnych z inną, żyjącą już osobą. Tego typu jakościowa selekcja embrionów prowadzi do ich niszczenia, co „jawi się jako wczesne działanie aborcyjne” (nr 36)⁸. Natomiast embriony powoływane do życia *in vitro* i przeznaczone do kolejnych prób sztucznej prokreacji poddawane są kriokonserwacji, co faktycznie wystawia je na niebezpieczeństwo śmierci podczas procesu zamrażania i rozmrażania (nr 37)⁹.

⁶ Por.: Kongregacja Nauki Wiary, Instrukcja *Dignitas personae*, nr 21.

⁷ Kongregacja Nauki Wiary, Instrukcja *Donum vitae*, nr I, 2.

⁸ Por. Kongregacja Nauki Wiary, Instrukcja *Dignitas personae*, nr 22.

⁹ Por.: tamże, nr 18.

Kwestia śmierci niewinnej i bezbronnej istoty ludzkiej pojawia się następnie w ramach jednoznacznie negatywnej oceny etycznej tradycyjnie rozumianej aborcji. W poprzedniej wersji *Karty* było to dopiero w ostatnim rozdziale, pt. *Śmierć*, nieco sztucznie dodane do zagadnień ukazujących ostatnią fazę życia człowieka. W *Nowej Karcie* aborcja omawiana jest na początku rozdziału II pt. *Życie*. Uzasadniając jej niegodziwość, dokument przypomina znane stanowisko Kościoła katolickiego, że istocie ludzkiej od pierwszego momentu istnienia przysługuje bezwarunkowy szacunek, od początku należy traktować ją jako osobę i uznawać jej prawa, wśród których najbardziej podstawowe jest nienaruszalne prawo do życia. Dlatego zamierzone jako cel przerywanie życia człowieka przed narodzeniem stanowi „haniebne przestępstwo”¹⁰, jest bowiem dobrowolnym zabójstwem niewinnej istoty ludzkiej (nr 51)¹¹. Warto zauważyć, że obok wezwania pracowników służby zdrowia do „wierności zawodowej, która nie toleruje żadnego czynu wymierzonego przeciw życiu, pomimo ryzyka niezrozumienia, nieporozumień czy nawet poważnych oskarżeń” (nr 52)¹², dokument zwraca uwagę na pewne skrajne sytuacje, znacznie trudniejsze do oceny moralnej. Nie można pomijać ani minimalizować pojawiających się trudności, gdy chodzi m.in. o sytuacje poważnego zagrożenia zdrowia lub życia kobiety, ciążę będącą wynikiem przemocy seksualnej czy też ciężką sytuację ekonomiczno-społeczną. Wskazanie na te skomplikowane przypadki pokazuje, że w ocenie etycznej aborcji nie chodzi jedynie o zdrowie i życie dziecka, ale także o zdrowie i życie

¹⁰ Por.: Sobór Watykański II, *Konstytucja duszpasterska o Kościele w świecie współczesnym* „*Gaudium et spes*” (Watykan, 7.12.1965), nr 51.

¹¹ Por. m.in.: *Katechizm Kościoła Katolickiego* (Watykan, 11.10.1992), nr 2270–2271; Jan Paweł II, *Encyklika „Evangelium vitae”*, nr 60, 62.

¹² Por.: Kongregacja Nauki Wiary, *Deklaracja o przerywaniu ciąży „Quaestio de abortu”* (Rzym, 18.11.1974), nr 24, w: *W trosce o życie. Wybrane dokumenty Stolicy Apostolskiej*, red. K. Szczygieł i in., Tarnów 1998, s. 313.

matki, a także o spokój sumienia lekarzy: gdy aborcja następuje jako przewidywana, ale niezamierzona ani niechciana konsekwencja działania terapeutycznego, nie do uniknięcia ze względu na zdrowie matki, jest moralnie dopuszczalna. Aborcja w takim przypadku jest pośrednią konsekwencją czynu, który sam w sobie nie ma charakteru abortywnego” (nr 54).

Wśród zagadnień zwracających uwagę na śmierć i umieranie w kontekście narodzin człowieka są ponadto: stosowanie tzw. środków „przechwytyjących” i przeciwciażowych, występowanie ciąży ektopowych oraz przypadki płodów anencefalicznych. *Nowa Karta* wyraźnie stwierdza, że „nawet gdyby nie doszło do zapłodnienia i w konsekwencji do aborcji, to jednak sama intencja, by przepisać i przyjmować środki w celu uniemożliwienia implantacji w macicy ewentualnie poczętego embrionu, nadaje tym aktom charakter abortywny” (nr 56)¹³. W odniesieniu do ciąży ektopowych, a więc w sytuacji poważnego niebezpieczeństwa dla życia kobiety lub negatywnych konsekwencji dla jej przyszłej płodności, a jednocześnie przy zasadniczej niemożliwości przeżycia embrionu, obowiązuje norma postępowania, która zakazuje bezpośredniego uśmiercenia embrionu. Usprawiedliwione są natomiast działania skierowane wyłącznie na ocalenie życia i zdrowia kobiety (nr 57). Podobnie w przypadku stwierdzenia anencefalii, wobec niezwykle trudnego doświadczenia dla kobiety ciężarnej, należy zapewnić jej odpowiednią opiekę i wsparcie. Nie jest natomiast dozwolone zastosowanie aborcji jako zamierzonego pozbawienia życia niewinnej istoty ludzkiej, choć wiadomo, że wiele z nich umrze przed porodem, a urodzone będą żyły bardzo krótko.

¹³ Warto zauważyć, że takie działania – będące niewątpliwie grzechem ciężkim – od strony konsekwencji kościelno-prawnych, nie pociągają za sobą kary ekskomuniki, gdyż ogólnie rzecz ujmując, nie można stwierdzić aborcji. Por.: *Kodeks Prawa Kanonicznego*, Watykan 1983, kan. 1398.

Po narodzeniu powinny być otoczone zwykłą opieką medyczną, włączając w to opiekę paliatywną, ale bez stosowania wszelkich form uporczywej terapii. Jeśli chodzi o ewentualne pobranie organów lub tkanek, to etycznie dozwolone jest dopiero po stwierdzeniu śmierci dziecka (nr 58).

Stwierdzenie śmierci w związku z przeszczepianiem narządów

Nowa Karta dość szeroko podejmuje etyczne kwestie transplantologii. Zwraca uwagę, że postępowi w dziedzinie medycyny transplantacyjnej towarzyszy pogłębiona refleksja nad znaczeniem oraz wartością moralną dawstwa i przeszczepów organów. Są one „wymownym wyrazem *służby życiu i solidarności*, która łączy między sobą wszystkie istoty ludzkie”, a także „szczególną formą świadectwa miłości” (nr 109). Podkreślił to Jan Paweł II w słynnym przemówieniu do uczestników I Międzynarodowego Kongresu Towarzystwa Transplantacji Narządów (Rzym, 20.06.1991), stwierdzając, że postęp nauk biomedycznych pozwala ludziom przenieść poza próg śmierci ich powołanie do miłości. Występuje tu analogia do Paschalnej Tajemnicy Chrystusa, który umierając i zmartwychwstając, pokonał śmierć i przywrócił człowiekowi życie. Śmierć i Zmartwychwstanie Chrystusa są najwyższym aktem miłości, który „nadaje głębokie znaczenie ofiarowaniu narządu przez dawcę dla ratowania innej osoby. Dla chrześcijanina Jezusowa ofiara z samego siebie jest istotnym punktem odniesienia i inspiracją miłości, która leży u podłoża gotowości ofiarowania narządu”¹⁴. Dotyczy to także ofiarowania narządów niezbędnych

¹⁴ Jan Paweł II, Przemówienie *Najwyższy akt miłości* (Rzym, 20.06.1991), nr 4, w: *W trosce o życie. Wybrane dokumenty Stolicy Apostolskiej*, s. 220–221.

do życia, które faktycznie nastąpi dopiero po śmierci (nr 110). Transplantacja lub nawet zwykła transfuzja krwi wpisują się w ofiarniczą „ekonomię” miłości, stąd „nie mogą być oddzielone od aktu ofiarowania się samego dawcy, od miłości, która daje życie”, a pracownik służby zdrowia „staje się pośrednikiem czegoś szczególnie doniosłego: spełnionego przez osobę daru z siebie – nawet po śmierci – aby ktoś inny mógł żyć” (nr 111)¹⁵.

Wśród omawianych zagadnień jest problem stwierdzenia śmierci w przypadku pobierania narządów ze zwłok. Dokument podkreśla, że działania te są uprawnione [pobranie narządów z ciała osoby zmarłej możliwe jest] dopiero po stwierdzeniu, że z całą pewnością nastąpił zgon dawcy (nr 114). Zwraca uwagę, że śmierć osoby jest wydarzeniem, którego żadna technika naukowa czy metoda empiryczna nie są w stanie bezpośrednio uchwycić. Nie ma techniczno-naukowej możliwości określenia dokładnego momentu śmierci. Natomiast doświadczenie ludzkie pokazuje, że konsekwencją faktycznie zaistniałej śmierci są pewne zjawiska, oznaki biologiczne, które medycyna potrafi z coraz większą precyzją rozpoznawać. Możliwie najdokładniejsze określenie klinicznych znamion śmierci – rozumianej jako całkowita utrata integracji tej zjednoczonej całości, jaką jest ludzki organizm – należy do kompetencji medycyny, a nie etyki (nr 115)¹⁶.

Odnosnie do tzw. kryteriów stwierdzenia śmierci *Nowa Karta* wskazuje na przesunięcie akcentu z tradycyjnych objawów krążeniowo-oddechowych na tzw. kryterium neurologiczne. Gdy zostanie rozpoznane – według ściśle określonych procedur uznanych przez międzynarodową społeczność

¹⁵ Por.: tamże, s. 221.

¹⁶ Por.: Jan Paweł II, Przemówienie *Poszukiwania naukowe muszą szanować godność każdej ludzkiej istoty* (Rzym, 29.08.2000), nr 4, „L'Osservatore Romano” wyd. pol. 21 (2000), nr 11–12.

naukowców – całkowite i nieodwracalne ustanie jakiejkolwiek aktywności encefalicznej (mózgu, mózdzku i pnia mózgu), uważa się to za znak utraty zdolności integracyjnej indywidualnego organizmu. Warto zauważyć, że w odniesieniu do proponowanych i stosowanych kryteriów stwierdzenia śmierci Kościół nie formułuje opinii naukowych czy technicznych. Wypełniając swoją misję w duchu ewangelicznej odpowiedzialności, ogranicza się do porównania danych dostarczanych przez nauki medyczne z chrześcijańską wizją jedności osoby i wskazuje na zbieżności lub ewentualne sprzeczności, które mogłyby zagrażać poszanowaniu godności ludzkiej (nr 116)¹⁷. W związku z tym stwierdza, że owo kryterium neurologiczne, „jeśli jest rzetelnie zastosowane, nie stoi w sprzeczności z założeniami poprawnej koncepcji antropologicznej”. Podkreśla przy tym, że pracownik służby zdrowia odpowiedzialny za stwierdzenie śmierci w każdym indywidualnym przypadku musi osiągnąć poziom pewności osądu etycznego, który określany jest mianem „pewności moralnej”. Dopiero po zaistnieniu takiej pewności można w sposób moralnie uprawniony wszcząć procedury techniczne zmierzające do pobrania organów do transplantacji, mając wcześniej uzyskaną świadomą zgodę dawcy lub jego prawnych przedstawicieli (nr 116).

Kończąc powyższe uwagi, *Nowa Karta* przytacza słowa papieża Benedykta XVI, który w odniesieniu do skomplikowanych problemów medycznych i etycznych związanych z przeszczepami wyraźnie wskazał na prymat zasady ostrożności: „W takiej jak ta dziedzinie nie może zaistnieć najmniejsze nawet podejrzenie nadużycia, a w przypadku braku całkowitej pewności, przeważać musi zasada ostrożności. Z tych względów ważne jest zintensyfikowanie badań i refleksji interdyscyplinarnej, tak aby także opinia publiczna mogła w tej sprawie stanąć wobec najczystszej prawdy

¹⁷ Por.: tamże, nr 5.

o antropologicznych, społecznych, etycznych i prawnych implikacjach praktyki transplantologicznej” (nr 116)¹⁸.

Umieranie z godnością a eutanazja

Pierwszym wyraźnie wyróżnianym zagadnieniem w III części *Nowej Karty* jest umieranie z godnością. Jest to prawo każdego człowieka, które wynika z jego przyrodzonej ludzkiej godności. Ochrona tej godności ukonkretnia się m.in. w zapewnieniu jak największego spokoju i poszanowania chorego w ostatniej fazie jego życia. Wyklucza to z jednej strony przyspieszenie śmierci poprzez eutanazję, a z drugiej strony jej opóźnianie przez stosowanie tzw. uporczywej terapii (nr 149). *Nowa Karta* najpierw w tym miejscu, a następnie w ostatnim oddzielnym punkcie (nr 168–171) przypomina jednoznacznie negatywną ocenę eutanazji wyrażoną w nauczaniu Kościoła katolickiego, w szczególności w Deklaracji o eutanazji *Iura et bona*, w Encyklice *Evangelium vitae* i w *Katechizmie Kościoła Katolickiego*. Akcentuje zdecydowany sprzeciw wobec działań i mentalności eutanazyjnej, a także rzekomego „prawa do eutanazji” (nr 168), jednoznacznie określa ją mianem przestępstwa, w którym – ze względu na wierność swojemu powołaniu i spełnianej misji – nie wolno w żaden sposób współuczestniczyć pracownikom służby zdrowia. Ich pełna miłości opieka i obecność przy chorych i umierających potwierdza cel medycyny, która jest służbą ludzkiemu życiu (nr 169–171). Jednocześnie dokument wskazuje na niebezpieczeństwo nadużyć ze względu na postępujący proces technicyzacji medycyny.

¹⁸ Benedykt XVI, Przemówienie do uczestników Międzynarodowego Kongresu na temat „Dar dla życia. Rozważania na temat donacji narządów”, zorganizowanego przez Papieską Akademię „Pro Vita” (7.11.2008), [online], [dostępny: https://w2.vatican.va/content/benedict-xvi/it/speeches/2008/november/documents/hf_ben-xvi_spe_20081107_acdlife.html], [dostęp: 10.10.2017].

Współcześnie dysponuje ona bowiem środkami, które mogą sztucznie opóźnić śmierć, nie dając jednak pacjentowi rzeczywistej korzyści.

W tym kontekście *Nowa Karta* zwraca uwagę, że pracownik służby zdrowia nie jest „ani panem życia, ani pogromcą śmierci” (nr 150). W swoim postępowaniu powinien kierować się zasadą proporcjonalności stosowanych zabiegów. Uściślając tę uwagę, stwierdza, że „w bliskości śmierci, nieuniknionej mimo użytych środków, wolno w sumieniu podjąć decyzję o zaprzestaniu zabiegów, które mogłyby przynieść jedynie tymczasowe i uciążliwe przedłużenie życia, jednak bez przerywania normalnego leczenia, jakie należy się choremu w podobnych wypadkach” (nr 150)¹⁹. W takiej sytuacji lekarz nie ma powodów do odczuwania niepokoju czy wyrzutów sumienia, jakoby nie udzielił pomocy choremu znajdującemu się w niebezpieczeństwie.

Natomiast w odniesieniu do pacjenta *Nowa Karta* wskazuje na konieczność poszanowania woli osoby umierającej. Może ona wyrazić tę wolę także z wyprzedzeniem w oświadczeniu lub dyrektywie dotyczącej leczenia, jednak z wykluczeniem „wszelkich działań o charakterze eutanatycznym” (nr 150). Ten sposób wyrażenia woli przez pacjenta jest szczególnie ważny w przypadku, gdy ze względu na przebieg choroby nie jest on już w stanie samemu wyrazić swojej woli lub sprzeciwu odnośnie do podejmowania dalszych działań medycznych. Może to ułatwić podejmowanie decyzji lekarzowi, a także przyjęcie jej – ze względu na szacunek dla woli chorego – przez jego bliskich. Zawsze jednak w odniesieniu zarówno do pacjenta, jak i jego rodziny lekarz pozostaje wolny w swoich decyzjach i ponosi własną odpowiedzialność. „Lekarz nie jest jedynie wykonawcą, gdyż zachowuje

¹⁹ Por.: Kongregacja Nauki Wiary, *Deklaracja o eutanazji „Iura et bona”* (Watykan, 5.05.1980), nr 4, w: *W trosce o życie. Wybrane dokumenty Stolicy Apostolskiej*, s. 339; Jan Paweł II, *Encyklika „Evangelium vitae”*, nr 65.

on prawo i obowiązek unikania spełnienia rozporządzeń sprzecznych z jego sumieniem” (nr 150). W tym miejscu dokument powraca do zagadnienia sprzeciwu sumienia wobec działań dopuszczonych przez prawodawstwo cywilne, ale sprzecznych z prawem Bożym (nr 151), podjętego już wcześniej przy okazji omawiania prawa do życia dzieci nienarodzonych i zdecydowanego odrzucenia aborcji (nr 59–60).

Odżywianie i nawadnianie umierających

Wśród wyróżnionych zagadnień i ukazanych nieco szerzej niż w pierwszej wersji dokumentu jest kwestia odżywiania i nawadniania pacjenta²⁰. *Nowa Karta* jednoznacznie podkreśla, że działania te „należą do podstawowej opieki należytej umierającemu” i powinny być kontynuowane aż do czasu, gdy okażą się zbyt uciążliwe lub nieprzynoszące już żadnej korzyści. „Nieuzasadnione ich wstrzymanie może mieć znaczenie prawdziwego i w ścisłym tego słowa znaczeniu działania eutanatycznego” (nr 152). Dokument przytacza twierdzącą odpowiedź Kongregacji Nauki Wiary na jedno z dwóch pytań odnoszących się do pacjentów w stanie powszechnie nazywanym „wegetatywnym”²¹: „Czy istnieje moralny obowiązek podawania pokarmu i wody (w sposób

²⁰ W pierwszym wydaniu *Karty* w punkcie *Umieranie z godnością* czytamy: „Pokarm i napój, podawane także sztucznie, należą do normalnych zabiegów należnych choremu, jeśli nie są ciężarem dla chorego; ich odmówienie może oznaczać prawdziwą i właściwą eutanazję” (nr 120).

²¹ Pytania skierował bp William S. Skylstad, przewodniczący Konferencji Episkopatu Stanów Zjednoczonych Ameryki, w liście z dnia 11 lipca 2005 r., w związku z wątpliwościami, czy odżywianie i nawadnianie tych pacjentów, szczególnie gdy odbywa się w sposób sztuczny, nie stanowi zbyt wielkiego obciążenia dla nich samych, ich rodzin i dla systemu sanitarnego, tak że mogłyby być uznane, również w świetle doktryny moralnej Kościoła, za środek nadzwyczajny i nieproporcjonalny, a w konsekwencji nieobowiązujący moralnie.

naturalny lub sztuczny) pacjentowi w »stanie wegetatywnym«, z wyjątkiem przypadków, gdy takie pożywienie nie może być przyswojone przez organizm pacjenta albo nie może być podawane bez powodowania znacznej dolegliwości fizycznej?». Cytowana w dokumencie odpowiedź brzmi: „Odżywianie i nawadnianie, także metodami sztucznymi, jest zasadniczo zwyczajnym i proporcjonalnym sposobem podtrzymania życia. Jest ono więc obowiązkowe w takiej mierze i przez taki czas, przez jaki osiągają właściwą im celowość, która polega na zapewnieniu nawodnienia i odżywiania pacjenta. W ten sposób zapobiega się cierpieniom i śmierci, które byłyby spowodowane wycieńczeniem i odwodnieniem” (nr 152)²².

Warto w tym miejscu przypomnieć także drugie pytanie postawione watykańskiej dykasterii, gdyż zwraca ono uwagę na inną sytuację, wobec której mogą stanąć pracownicy służby zdrowia: „Czy sztuczne żywienie i nawadnianie pacjenta w »trwałym stanie wegetatywnym« mogą być przerwane, gdy kompetentni lekarze stwierdzą z moralną pewnością, że pacjent nigdy nie odzyska świadomości?». Odpowiedź brzmi: „Nie. Pacjent w »trwałym stanie wegetatywnym« jest osobą, zachowującą swą podstawową godność ludzką, a zatem należy się mu zwyczajna i proporcjonalna opieka, obejmująca zasadniczo dostarczanie wody i pokarmu, także w sposób sztuczny”²³. Chcąc lepiej poznać i zrozumieć tę argumentację, należałoby jeszcze sięgnąć po komentarz Kongregacji Nauki Wiary dołączony do powyższych pytań i odpowiedzi²⁴.

²² Kongregacja Nauki Wiary, *Odpowiedzi na pytania dotyczące sztucznego odżywiania i nawadniania* (Rzym, 1.08.2007), „L'Osservatore Romano” wyd. pol. 28 (2007) nr 10–11, s. 52.

²³ Tamże.

²⁴ Por.: Kongregacja Nauki Wiary, *Odpowiedzi na pytania dotyczące sztucznego odżywiania i nawadniania. Komentarz* (Rzym, 1.08.2007), „L'Osservatore Romano” wyd. pol. 28 (2007) nr 10–11, s. 52–54.

Stosowanie środków znieczulających u chorych w stanie terminalnym

Ze względu na skutki uboczne, stosowanie środków uśmierzających ból rodzi liczne pytania natury etycznej. Obok zamierzonego celu, jakim jest ulga w cierpieniu, mogą one bowiem powodować zmniejszenie lub utratę świadomości (niekiedy trwającą aż do śmierci), a nawet przyspieszyć śmierć. Na pojawiające się wątpliwości odpowiada zarówno poprzednia, jak i zaktualizowana wersja dokumentu. Jednak *Nowa Karta* rozpoczyna się od teologicznego uzasadnienia odmowy skorzystania ze środków przeciwbólowych. Powołuje się przy tym na List apostołski Jana Pawła II *Salvifici doloris* o chrześcijańskim sensie ludzkiego cierpienia. Papież podjął w nim refleksję nad cierpieniem towarzyszącym w różny sposób człowiekowi i ukazał drogę do odkrywania zbawczego sensu cierpienia w świetle Biblii. Objawia ona dzieło odkupienia człowieka, które dokonało się przez cierpienie Chrystusa. Ponieważ w liście w pewien sposób odbija się życie i osobiste doświadczenie cierpienia Ojca Świętego, można z przekonaniem polecić go jako duchową lekturę obowiązkową zarówno dla chorych, jak i wszystkich, którzy pragną im pomóc.

Jan Paweł II używając paradoksalnie brzmiącego sformułowania „Ewangelia cierpienia”, podkreśla, że Jezus Chrystus przyjął i w zbawczym celu wykorzystał cierpienie i śmierć – to, co najbardziej ciąży człowiekowi i upokarza go, a więc po ludzku rzecz ujmując, nie ma nic wspólnego z „dobrą nowiną” – by ostatecznie przewyciężyć i pokonać cierpienie i śmierć. „Odkupiciel cierpiał za człowieka – i dla człowieka. Każdy człowiek ma udział w Odkupieniu. Każdy też jest wezwany do uczestnictwa w owym cierpieniu, przez które Odkupienie się dokonało. Jest wezwany do uczestnictwa w tym cierpieniu, przez które każde ludzkie cierpienie zostało także odkupione. Dokonując Odkupienia przez

cierpienie, Chrystus *wyniósł* zarazem ludzkie *cierpienie na poziom Odkupienia*. Przeto też w swoim ludzkim cierpieniu każdy człowiek może stać się uczestnikiem odkupieńczego cierpienia Chrystusa²⁵. Dlatego pacjent, dla którego cierpienie w ostatnich chwilach życia nabiera takiego właśnie duchowego znaczenia i który chce przyjąć je dobrowolnie, by uczestniczyć w męce Chrystusa i zjednoczyć się z Jego zbawcą ofiarą (por. Kol 1, 24), może zrezygnować ze stosowania u niego terapii znieczulających (nr 153).

Podając tę teologiczną argumentację, *Nowa Karta* wyraźnie zaznacza, że powyższa uwaga dotycząca rezygnacji ze środków znieczulających nie ma charakteru jakiejś generalnej normy działania. Od nikogo nie można wymagać zachowania heroicznego. W wielu bowiem wypadkach cierpienie może „osłabić fizyczną i moralną siłę osoby” (nr 153). Zwracał na to uwagę wielokrotnie przywoływany w dokumencie papież Pius XII. W Przemówieniu do Międzynarodowego Zgromadzenia Lekarzy i Chirurgów (24 lutego 1957) uzasadniał stosowanie środków łagodzących ból, wskazując, że cierpienia „pogłębiają stan osłabienia i wyczerpania fizycznego, są przeszkodą dla wlotów ducha i zamiast podtrzymywać, wyniszczają siły moralne. Natomiast powstrzymanie cierpienia niesie ze sobą fizyczne i psychiczne odprężenie, ułatwia modlitwę i umożliwia bardziej wielkoduszny dar z siebie”. Stąd właściwie pojmowana opieka na chorym, kiedy istnieje taka terapeutyczna konieczność i – gdy to jest możliwe – za zgodą chorego, obejmuje stosowanie leków łagodzących lub eliminujących cierpienie, chociaż ubocznie powodujących otępienie i zmniejszenie świadomości (nr 153).

W związku z niebezpieczeństwem przyspieszenia śmierci spowodowanym stosowaniem środków przeciwbólowych

²⁵ Jan Paweł II, *List apostolski o chrześcijańskim sensie ludzkiego cierpienia „Salvifici doloris”* (Watykan, 11.02.1984), nr 19.

w wysokich dawkach dla uśmierzenia bólu w fazie terminalnej, *Nowa Karta* przypomina o zachowaniu roztropności przy ich przepisywaniu. Jednocześnie wyjaśnia, że podawanie tych środków, by ulżyć cierpieniom człowieka konającego, nawet ryzykując skrócenie jego życia, jest dopuszczalne moralnie, „jeżeli śmierć nie jest zamierzona ani jako cel, ani jako środek, lecz jedynie przewidywana i tolerowana jako nieunikniona” (nr 154)²⁶. Natomiast w przypadku bólu, który jest nie do zniesienia i opornego na zwyczajne terapie uśmierzające, szczególnie w fazie terminalnej lub „w uzasadnionym przewidywaniu wystąpienia głębokiego kryzysu w chwili śmierci”, może być akceptowane moralnie zastosowanie środków pozbawiających świadomości. Warunkiem takiej głębokiej sedacji paliatywnej jest wyrażenie zgody przez chorego, odpowiednie poinformowanie rodziny, wykluczenie jakiegokolwiek intencji eutanatycznej, a także danie choremu możliwości wypełnienia jego obowiązków moralnych, rodzinnych i religijnych, zwłaszcza możliwości w pełni świadomego przygotowania się na ostateczne spotkanie z Bogiem. Ponadto sedacja paliatywna „powinna być przeprowadzana zgodnie z właściwymi protokołami etycznymi i poddana stałemu monitorowaniu, nie powinna implikować zaniechania podstawowej opieki” (nr 154)²⁷.

Mówienie umierającemu prawdy i opieka religijna

Jednym z ważnych aspektów godnego umierania jest zapewnienie choremu prawa do uzyskania informacji o stanie zdrowia, także w przypadku niekorzystnej diagnozy

²⁶ Por.: Kongregacja Nauki Wiary, *Deklaracja o eutanazji „Iura et bona”* (Watykan, 5.05.1980), nr 3, w: *W trosce o życie. Wybrane dokumenty Stolicy Apostolskiej*, s. 337; Jan Paweł II, *Encyklika „Evangelium vitae”*, nr 65; *Katechizm Kościoła Katolickiego*, nr 2279.

²⁷ Por.: tamże.

i rokowań. Obowiązek pełnego szacunku poinformowania o stanie chorego spoczywa na lekarzu. *Nowa Karta* podkreśla, że choć perspektywa śmierci utrudnia i czyni dramatycznym przekazanie informacji, to jednak nie zwalnia z obowiązku prawdomówności. Przestrzega osoby opiekujące się chorym przed udawaniem, które zakłóca i niszczy komunikację, nie przyczynia się do humanizacji umierania, odbiera umierającemu szansę wypełnienia zaciągniętych zobowiązań czy spełnienia wspomnianych wyżej obowiązków (nr 156). Wskazana w ten sposób odpowiedzialność i obowiązek przekazania prawdy wymagają jednak rozeznania i taktu. Prawdy, która nie może być przemilczana, nie wolno tak po prostu ogłaszać, w sposób nieczuły i obojętny. Trzeba ją przekazać z miłością, tak by nie odbierać choremu nadziei. Wskazując na to trudne zadanie, dokument odwołuje się do swego rodzaju intuicji prawdziwej miłości, która buduje „relację zaufania, przyjęcia i dialogu, (...) potrafi znaleźć czas i słowa. Istnieje takie mówienie, które potrafi rozeznąć i uszanować odpowiedni dla chorego czas i dostosować się do niego. Istnieje takie przekazywanie treści, które potrafi rozumieć pytania chorego, a nawet je wzbudzić, aby stopniowo ukierunkowywać je na uświadomienie jego sytuacji życiowej” (nr 157).

Znalezienie odpowiednich słów i odpowiedzi, możliwe dzięki wrażliwości i miłości, jest oczywiście ważne, ale jeszcze ważniejsze, szczególnie w obliczu buntu, depresji czy rezygnacji chorego, jest budowanie „solidarnej relacji z chorym”. Dzięki temu perspektywa śmierci nie jest tak zatrważająca, gdyż pacjent nie czuje się opuszczony, nie pozostaje sam ze swoim cierpieniem (nr 158). Szczególne znaczenie w takiej sytuacji ma opieka religijna nad chorym. Kościół katolicki rozumie ją przede wszystkim jako niesienie umierającemu i jego bliskim światła ewangelicznej nadziei, która pozwala w tajemnicy śmierci dostrzec wydarzenie wprowadzające w pełni życia Bożego (nr 159). Wypełnienie tego

zadania – podobnie jak przekazanie prawdy o stanie zdrowia – domaga się wypełnionej miłości obecności przy chorym, dostrzegania w nim cierpiącego i umierającego Chrystusa (nr 161).

Jednym ze sposobów otwierania przed umierającym horyzontów życia Bożego jest zachęcanie go do modlitwy i wspólna z nim modlitwa (nr 162), szczególnie podczas celebrowania sakramentów. Towarzyszenie z wiarą i miłością pomoże w terminalnej fazie choroby dostrzec w nich znaki obecności Boga i przyjąć w sakramencie pokuty, namaszczenia chorych i Eucharystii pomoc na końcu ziemskiej pielgrzymki w przygotowaniu do powrotu do niebieskiej Ojczyzny (nr 163)²⁸. Dzięki tym sakramentom, czyli łaskawemu działaniu Boga, „ludzka niemoc wobec misterium śmierci nie jest przeżywana jako dręcząca i paraliżująca. Chrześcijanin może odnaleźć nadzieję, a w niej możliwość – pomimo wszystko – życia i niepoddawania się śmierci” (nr 164). Zwłaszcza Eucharystia, przyjmowana jako „wiatyk, jest sakramentem przejścia ze śmierci do życia, z tego świata do Ojca i daje umierającemu siłę, by zmierzyć się z ostatnim i decydującym etapem życiowej drogi”²⁹.

Zakończenie

Kończąc powyższą prezentację zagadnień dotyczących śmierci i umierania obecnych w *Nowej Karcie Pracowników Służby Zdrowia*, warto jeszcze raz zwrócić uwagę na jej specyfikę. Stanowi ona bowiem swego rodzaju kompendium wypowiedzi Kościoła katolickiego, który – kierując się

²⁸ Znaczenie sakramentu chorych *Nowa Karta* omawia szczegółowo w punkcie poświęconym opiece religijnej nad chorymi, wpisanej w szersze ramy *duszpasterstwa zdrowia*, które obejmuje cierpiących, ich bliskich, zawodowych pracowników i wolontariuszy (nr 135–139).

²⁹ *Katechizm Kościoła Katolickiego*, nr 1524.

zarówno światłem rozumu, jak i wiary – wskazuje osobom związanym ze służbą zdrowia zasady i oceny moralne działań biomedycznych. Ich uzasadnienie, odwołujące się do jedynie wybranych fragmentów różnych kościelnych dokumentów: encyklik, listów, instrukcji czy przemówień, może budzić niedosyt i prowokować – oby tak było – do lektury przywołanych wypowiedzi w całości. Pozwoliłoby to lepiej poznać i zrozumieć fundamentalne założenia i argumentację nauczania, poprzez które Kościół włącza się w dyskusję nad złożonymi problemami etyki lekarskiej, medycznej i bioetyki.

Piśmiennictwo

1. Benedykt XVI, Przemówienie do uczestników Międzynarodowego Kongresu na temat: „Dar dla życia. Rozważania na temat donacji narządów” zorganizowanego przez Papieską Akademię „Pro Vita” (7.11.2008), [online], [dostępny: https://w2.vatican.va/content/benedict-xvi/it/speeches/2008/november/documents/hf_ben-xvi_spe_20081107_acdlife.html], [dostęp: 10.10.2017].
2. Jan Paweł II, *Encyklika „Evangelium vitae”* (Watykan, 25.03.1995).
3. Jan Paweł II, *List apostolski o chrześcijańskim sensie ludzkiego cierpienia „Salvifici doloris”* (Watykan, 11.02.1984).
4. Jan Paweł II, Przemówienie *Najwyższy akt miłości* (Rzym, 20.06.1991), w: *W trosce o życie. Wybrane dokumenty Stolicy Apostolskiej*, red. K. Szczygiel i in., Tarnów 1998, s. 219–221.
5. Jan Paweł II, Przemówienie *Poszukiwania naukowe muszą szanować godność każdej ludzkiej istoty* (Rzym, 29.08.2000), nr 4, „L’Osservatore Romano” wyd. pol. 21 (2000) nr 11–12.
6. *Katechizm Kościoła Katolickiego* (Watykan, 11.10.1992).
7. *Kodeks Prawa Kanonicznego*, Watykan 1983.

8. Kongregacja Nauki Wiary, *Deklaracja o eutanazji „Iura et bona”* (Watykan, 5.05.1980), nr 4, w: *W trosce o życie. Wybrane dokumenty Stolicy Apostolskiej*, red. K. Szczygiel i in., Tarnów 1998, s. 333–339.
9. Kongregacja Nauki Wiary, *Deklaracja o przerywaniu ciąży „Quaestio de abortu”* (Rzym, 18.11.1974), w: *W trosce o życie. Wybrane dokumenty Stolicy Apostolskiej*, red. K. Szczygiel i in., Tarnów 1998, s. 303–315.
10. Kongregacja Nauki Wiary, *Instrukcja „Dignitas personae”* (Rzym, 8.09.2008).
11. Kongregacja Nauki Wiary, *Instrukcja „Donum vitae”* (Rzym, 22.02.1987).
12. Kongregacja Nauki Wiary, *Odpowiedzi na pytania dotyczące sztucznego odżywiania i nawadniania* (Rzym, 1.08.2007), „L’Osservatore Romano” wyd. pol. 28 (2007) nr 10–11, s. 52.
13. Kongregacja Nauki Wiary, *Odpowiedzi na pytania dotyczące sztucznego odżywiania i nawadniania. Komentarz* (Rzym, 1.08.2007), „L’Osservatore Romano” wyd. pol. 28 (2007) nr 10–11, s. 52–54.
14. Papieska Rada ds. Duszpasterstwa Służby Zdrowia, *Karta Pracowników Służby Zdrowia*, Watykan 1995.
15. Papieska Rada ds. Duszpasterstwa Służby Zdrowia, *Nowa Karta Pracowników Służby Zdrowia*, tłum. H. Bzikot, Księgarnia św. Jacka, Katowice 2017.
16. Paweł VI, *Encyklika „Humanae vitae”* (Watykan, 25.07.1968).
17. Sobór Watykański II, *Konstytucja duszpasterska o Kościele w świecie współczesnym „Gaudium et spes”* (Watykan, 7.12.1965).
18. Z. Zimowski, *Słowo wstępne*, w: Papieska Rada ds. Duszpasterstwa Służby Zdrowia, *Nowa Karta Pracowników Służby Zdrowia*, Katowice 2017, s. 9–12.

TOMASZ P. TERLIKOWSKI

Kontrowersje etyczne wokół śmierci mózgowej

Nowa definicja śmierci (a w istocie, ujmując rzecz ściślej, nowe zdefiniowanie kryteriów śmierci) otworzyła gigantyczne możliwości medycynie transplantacyjnej. Nie ulega wątpliwości, że wprowadzenie nowego rozumienia procesu umierania, a także zaaprobowanie – prawne, a w znaczącym stopniu także etyczne – nowej definicji śmierci sprawiło, że tysiące, a może już nawet dziesiątki tysięcy osób mogło otrzymać nowe życie dzięki przeszczepom serca czy płuc. I nic nie wskazuje na to, by proces ten miał się zatrzymać. Ostatnie przeszczepy twarzy pokazują, że medycyna transplantacyjna wciąż nie wyczerpała swoich możliwości. Wszystko to sprawia, że wielu etyków uznaje, iż w istocie transplantologia, a konkretniej nowa definicja śmierci, która służy przede wszystkim przeszczepom, nie budzi już żadnych kontrowersji etycznych, a jedyne kwestie, jakie pozostają do rozwiązania, to kwestie techniczne (kiedy i jak pobierać organy do przeszczepów). Taką opinię prezentuje choćby M. Vidal, który podkreśla, że „jeśli w ogóle istnieją jakieś wymogi etyczne w tym zakresie, to mają one przede wszystkim wymiar osobowy i społeczny, związany z samą operacją chirurgiczną. Chodzi tu m.in. o określenie

momentu śmierci dawcy i związane z tym możliwe manipulacje, niebezpieczeństwo komercjalizacji organów ludzkich itd.”¹. Byłoby jednak, jak się zdaje, błędem uznanie, że nowa definicja śmierci/kryteriów śmierci nie budzi żadnych kontrowersji etycznych czy szerzej antropologicznych. Tak nie jest, a kolejne publikacje etyczne, debaty, które wciąż się toczą, tylko doskonale to pokazują.

Grzech pierworodny definicji śmierci mózgowej

U podstaw ogromnej większości z tych debat stoi... powód, dla którego wprowadzono nową definicję śmierci, a także, co jest z tym związane, jej nieostry – z filozoficznego punktu widzenia – charakter. Powodem tym, i nikt tego nigdy nie ukrywał, były kwestie utilitarne, czyli rozwijająca się błyskawicznie transplantologia. Szef Nadzwyczajnej Komisji Harwardzkiej Szkoły Medycznej do Zbadania Definicji Śmierci Mózgowej zupełnie otwarcie przyznawał, że u podstaw wprowadzenia zmiany w rozumieniu śmierci nie leżały nowe odkrycia naukowe, ale utilitarne potrzeby medycyny. W pierwszym poświęconym śmierci mózgowej dokumencie, jakim była pochodząca z 1968 r. „Deklaracja z Sydney”, przygotowana przez Światowe Stowarzyszenie Lekarzy², jeszcze tego nie widać i – trzeba powiedzieć tu – mowa jest w znaczącym stopniu o argumentacji medycznej, to znaczy o rozwoju respiratorów, które umożliwiały podtrzymywanie przy istnieniu osób w istocie niemających żadnych szans na życie, ale już kolejny dokument, jakim był raport Nadzwyczajnej Komisji Harwardzkiej Szkoły Medycznej

¹ R. Otowicz SJ, *Serce do wymiany. Etyczne aspekty transplantacji organów*, w: *Bioetyka. Naglące pytania*, red. P. Aszyk SJ, Warszawa 2005, s. 141.

² K. Sobczak, A. Janaszczyk, *Kontrowersje wokół neurologicznego kryterium śmierci mózgu*, „Forum Medycyny Rodzinnej” 2012, vol. 6, nr 4, s. 184.

do Zbadania Definicji Śmierci Mózgowej, pokazuje to aż nadto wyraźnie. Nie powinno to zresztą zaskakiwać, bo Komisja powstała właśnie po to, by usprawiedliwić pobieranie narządów do przeszczepów od żyjących – przynajmniej według dawnych standardów – dawców. W roboczej wersji raportu przewodniczący Komisji Henry Beecher zupełnie wprost sugerował, że nowa definicja śmierci jest potrzebna, bo „tłumy pacjentów czekają na odpowiednich dawców”. „(...) wraz ze wzrostem doświadczenia, wiedzy i z postępowaniem w dziedzinie transplantacji, pojawia się wielkie zapotrzebowanie na tkanki i narządy także tych pacjentów, których mózg został nieodwracalnie uszkodzony. Pozwoliłyby one ratować życie ludzi, których jeszcze można uratować” – pisał w roboczej wersji raportu Beecher. Robert Ebert, dziekan Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu Harvarda, dość przytomnie, zalecił jednak wprowadzenie zmian do dokumentu. „Sugestie, jakie kryją się w tym zdaniu, są niezbyt fortunne, gdyż wskazują, że chcieliby Państwo przedefiniować śmierć, aby ułatwić pozyskiwanie odpowiednich narządów dla osób wymagających transplantacji. Czy nie lepiej byłoby wyrazić ten problem, zwracając uwagę na to, że niejasne kryteria definicji śmierci mogą prowadzić do kontrowersji dotyczących pobierania narządów do transplantacji” – wskazywał Ebert³, nie polemizując przy tym w ogóle z ogólnym celem zmiany definicji, a jedynie wskazując, że wyrażenie powodów zmiany wprost może zaszkodzić redefinicji śmierci.

W ostatecznej wersji dokumentu sugestie te zostały uwzględnione, a argumentacja na rzecz nowej definicji śmierci poszerzona, ale w niczym nie zmienia to faktu, że głównym powodem, dla którego zmieniono definicję były... argumenty utylitarne, czyli potrzeba pozyskiwania narządów do przeszczepów, a także dobro rodzin pacjentów

³ P. Singer, *O życiu i śmierci. Upadek etyki tradycyjnej*, tłum. A. Alichniewicz, A. Szczęśna, Warszawa 1997, s. 35.

i placówek szpitalnych. „Naszym zasadniczym celem jest zdefiniowanie nieodwracalnej śpiączki, jako nowego kryterium śmierci. Definicja ta potrzebna jest z dwóch powodów: 1) Postęp w dziedzinie środków resuscytacyjnych i podtrzymywania życia doprowadził do wzmożenia wysiłków ratowania ludzi, którzy doznali poważnych urazów. Niekiedy jednak wysiłki te kończą się jedynie częściowym powodzeniem, tak że w ich rezultacie podtrzymywana jest praca serca, gdy mózg człowieka uległ nieodwracalnemu uszkodzeniu. Jest to ciężkie brzemie dla pacjentów, którzy stale utracili zdolność myślenia, a także dla ich rodzin, szpitali oraz osób czekających na łóżka szpitalne zajęte przez pacjentów w stanie śpiączki. 2) Niejasne kryteria definicji śmierci mogą prowadzić do kontrowersji dotyczących pobierania narządów do transplantacji”⁴ – możemy przeczytać w raporcie.

Oba argumenty użyte do zmiany w istocie nie mają charakteru naukowego, nie wiążą się w sensie ścisłym z pogłębieniem rozumienia śmierci, a są próbą rozwiązania czysto utylitarnych problemów technicznych. Autorzy raportu wskazują, posługując się ostrym, ale wynikającym z tego dokumentu językiem, że rozwój technik medycznych doprowadził do sytuacji, w których łóżka szpitalne zajmują ludzie, których nie da się wyleczyć i którzy pozbawieni są myślenia, a to generuje koszty i naraża rodziny chorych na cierpienie. Argument z samopoczuciem chorych możemy tu odrzucić jako nieistotny, bo człowiekowi, którego mózg nie działa, nie robi różnicy, czy myśli on, czy też nie. Tego rodzaju utylitarna argumentacja jest bardzo niebezpieczna dla myślenia etycznego. W istocie bowiem oznacza ona, że dostosowujemy definicję śmierci, a co za tym idzie także zasady moralne, do potrzeb technicznych medycyny. Jeśli coś się – utylitarnie rzecz ujmując – opłaca, to zostaje usprawiedliwione przez odpowiednie zmiany prawne i etyczne.

⁴ Tamże, s. 34.

I niestety ten rodzaj myślenia coraz częściej prowadzi do poszerzania w medycynie pola działań moralnie dopuszczalnych. Doskonałym tego przykładem jest tekst dwóch bioetyków amerykańskich, którzy zupełnie wprost argumentują, że dla zwiększenia liczby dostępnych do przeszczepów narządów należy nie tylko zmienić definicję śmierci, ale również... uznać, że nie jest rzeczą moralnie niedopuszczalną pozbawienie żyjącego pacjenta życia. Taką, szokującą wciąż, przynajmniej w Polsce, tezę stawiają dwaj bioetycy amerykańscy na łamach „Journal of Medical Ethics”. Walter Sinnott-Armstrong z Duke University i Franklin G. Miller z National Institutes of Health przekonują, że zabijanie samo w sobie nie jest czymś moralnie złym, podczas gdy czymś moralnie złym jest skazanie kogoś na życie w totalnej niepełnosprawności. Ich argumentacja służyć ma usprawiedliwieniu moralnemu odłączania od respiratorów ludzi o uszkodzonych mózgach, którzy nie mogą samodzielnie oddychać, ale takich, których serce może zacząć samodzielnie bić. Pacjenci tacy, zdaniem bioetyków, są wciąż żywi i nie można ich uznać za zmarłych, a jednak da się usprawiedliwić moralnie pobieranie od nich narządów (a to oznacza także, przy przyjętych przez Sinnott-Armstronga i Millera założeniach, zabijania ich). Dlaczego? Bo, jak przekonują autorzy, życie osób, których mózg nie działa, jest pozbawione możliwości, zdolności do odczuwania przyjemności życia, a one same pozbawione są autonomii. Istotną różnicą między życiem a śmiercią jest posiadanie rozmaitych „możliwości”/„zdolności”, których osoby o trwale uszkodzonym mózgu są pozbawione. A skoro tak, to można pozbawić je życia, by ratować życie innych. „Zabijanie nie jest złe tylko dlatego, że powoduje śmierć czy utratę życia, bo ta sama zasada musiałaby mieć zastosowanie w przypadku wyciągania chwastów z ogrodu. Życie jako takie nie jest naprawdę

święte, a zabijanie jako takie nie jest tak naprawdę moralnie złe”⁵ – podkreślają w szokującym porównaniu amerykańscy bioetycy. Nie zamierzam teraz wchodzić w to, czy rzeczywiście argumentacja amerykańskich autorów jest słuszna, pokazują jedynie, że uznanie, że to właśnie użyteczność (niewątpliwa) techniczna pewnych rozwiązań ma służyć za usprawiedliwienie moralne działań jest bardzo niebezpieczna dla myślenia etycznego, otwiera bowiem furtkę do rozwiązań absolutnie niemoralnych.

Życie pnia mózgu jako życie człowieka

Utylitarne, użytecznościowe źródła nowej definicji śmierci nie są jednak jedynym problemem, jaki ona rodzi. Aby jednak dobrze to zrozumieć, trzeba przyrzeć się rozwojowi rozumienia kryteriów śmierci mózgowej. W największym skrócie Komisja Harwardzka opisała „stałą, nieodwracalną śpiączkę, w której nie występuje rozpoznawalne działanie ośrodkowego układu nerwowego”, a także wprowadziła nowe kryterium śmierci, którym miało być „nieodwracalne, trwałe ustanie czynności całego mózgu, stwierdzane za pomocą kompleksowych badań”. Ale na tym nie zakończył się proces prawnego i etycznego uszczegóławiania nowych kryteriów śmierci, bowiem w latach 80. XX w. amerykańska Prezydencka Komisja ds. Studiów Problemów Biomedycznych i Behawioralnych przygotowała Akt Jednolitego Ustalania Śmierci, w którym zupełnie jednoznacznie uznała, że śmierć mózgowa następuje, gdy pień mózgowy traci zdolność pełnienia czynności integracyjnych, co oznacza, że poszczególne systemy żywych organów nie tworzą

⁵ W. Sinnott-Armstrong, F.G. Miller, *What makes killing wrong?*, „Journal of Medical Ethics”, [online], [dostępny: <http://jme.bmj.com/content/early/2012/01/19/medethics-2011-100351>].

już żyjącego organizmu. Efektem tej zmiany jest w istocie utożsamienie już nawet nie samego mózgu z człowieczeństwem, ale... „życia pnia mózgu z życiem organizmu jako całości”⁶. Jeszcze dalej poszedł dr Henry Beecher, który uznał – w latach 70. XX w. – że w istocie śmierć można orzekać, gdy... dochodzi do obumarcia kory mózgowej, co oznacza, że zniszczeniu ulegają mowa, myślenie, pamięć, uczucia (w skrócie świadomość). W efekcie „nieodwracalna utrata świadomości wystarcza do orzeczenia śmierci”⁷.

To ostatnie kryterium, choć przyjmowane przez wielu myślicieli utylitarnych i pragmatycznych, jest jednak dość powszechnie krytykowane, bowiem prowadzi do niebezpiecznego utożsamienia świadomości z człowieczeństwem, które w istocie wyklucza z przestrzeni osób i podmiotów praw ludzkich ogromną rzeszę osób upośledzonych i niepełnosprawnych. Na jej podstawie dopuszcza się zabijanie osób w stanie PVS (trwałym stanie wegetatywnym), bowiem uznaje się je za „nie-osoby”, istoty wprawdzie żyjące, ale pozbawione statusu osoby, a co za tym idzie – prawa do życia. „(...) pod większością względów te istoty ludzkie [mowa o osobach w stanie wegetatywnym – TPT] nie różnią się zbyt od niepełnosprawnych niemowląt. Nie są samoświadome, racjonalne czy autonomiczne, a więc rozważania o ich prawie do życia czy respektowania autonomii nie stosują się do nich. Skoro nie mają w ogóle żadnych doświadczeń i nigdy nie będą mogły ich mieć, ich życie nie ma żadnej wewnętrznej wartości. Ich podróż życiowa dobiegła końca. Są żywi biologicznie, ale nie biograficznie”⁸ – stwierdza Peter Singer. W istocie myślenie takie, pomijając już kwestie etyczne, oznacza, że w istocie uznaje się, że istotą człowieczeństwa jest samoświadomość (a zatem

⁶ T. Biesaga SDB, *Elementy etyki lekarskiej*, Kraków 2006, s. 142.

⁷ Tamże, s. 145.

⁸ P. Singer, *Etyka praktyczna*, tłum. A. Sagan, Warszawa 2003, s. 184–185.

osoby jej pozbawione nie są ludźmi i/lub nie są osobami), a śmierć przychodzi do nas dwuetapowo. Pierwszym etapem jest śmierć osoby (czyli właśnie nieodwracalna utrata świadomości, zniszczenie kory mózgowej), drugim śmierć organizmu (kiedy przestajemy funkcjonować jako całość)⁹.

Pomijam tu całkowicie pytanie, czy rzeczywiście możemy być pewni całkowitej nieświadomości osób, których dotyczą te rozważania, bo o wiele istotniejsza pozostaje tu inna kwestia. Otóż takie a nie inne umiejscowienie mózgu, a konkretniej pnia mózgu i kory mózgowej, oznacza, że... to właśnie one zostają uznane za centrum człowieczeństwa, za element go jednoczący, określający, nadający człowiekowi tożsamość. A to orzeczenie ma charakter metafizyczny, który ukrywa się pod czysto medycznymi określeniami. Jeśli człowieka utożsamimy ze świadomością (mózgiem/pniem mózgu/korą mózgową), to oznaczać to będzie wykluczenie z przestrzeni prawa do życia nie tylko osób w PVS czy trwale pozbawionych świadomości, ale także... dzieci nienarodzonych. „Kiedy przyjmiemy, że do istoty naszego istnienia należy to, że jesteśmy wcielonymi umysłami, wtedy początek naszej egzystencji należałoby mierzyć od momentu, kiedy nasz mózg zaczyna wspierać pracę umysłu, skutkiem czego rozwija się nasza świadomość i mentalna aktywność. W dyskusji na temat normatywnego statusu zarodków pojawia się stąd propozycja, by jego początek postrzegać w momencie rozwijania się struktur mózgowych. Kres naszego istnienia następowałby konsekwentnie wtedy, kiedy w sposób nieodwracalny tracimy zdolność do mentalnej aktywności, nie byłby zatem równoznaczny ze śmiercią organizmu jako takiego, lecz wyższych partii mózgu, które warunkują świadome życie^{9,10} – wskazuje siostra Barbara Chyrowicz.

⁹ B. Chyrowicz, *Bioetyka. Anatomia sporu*, Kraków 2015, s. 268–269.

¹⁰ Tamże, s. 267.

Tego rodzaju myślenie opiera się na dwóch, bardzo niebezpiecznych z chrześcijańskiego punktu widzenia, założeniach antropologicznych. Pierwszym z nich jest uznanie swoistego dualizmu między byciem organizmem gatunku ludzkiego (istotą żyjącą) a byciem osobą. Do tego pierwszego wystarcza istnienie biologiczne, praca serca, jakaś zupełnie podstawowa koordynacja, a także przynależność do gatunku ludzkiego, jednak aby stać się osobą, potrzebna jest już świadomość, a to oznacza pracę mózgu. W takiej sytuacji i powstanie człowieka, i jego kres są gradualistyczne i podzielone. Najpierw rodzi się ludzki organizm, a później staje się on osobowym bytem, i dokładnie tak samo jest ze śmiercią. Problem z tym założeniem jest tylko taki, że po jego przyjęciu kryteria człowieczeństwa zawsze stają się dyskusyjne i podawalne w wątpliwość. Jakby tego było mało, przyjęcie takiego założenia, jak trafnie wskazuje Joseph Seifert, prowadzi do powstania „konceptu” „humanoidalnych zwierząt”¹¹, czyli istot, które wprawdzie należą do gatunku ludzkiego, ale nie są osobami, a co za tym idzie – nie mają praw ludzkich.

Nie mniej istotny jest drugi błąd antropologiczny, jakim jest zakładany, może nie przez wszystkich, ale przez ogromną większość myślicieli, materializm. Otóż uznanie, że utrata świadomości, a nawet ustanie czynności pnia mózgu oznacza w istocie koniec człowieczeństwa czy życia, ufundowane jest na stanowisku, wedle którego ludzka świadomość, a szerzej człowieczeństwo, jest identyczna z działaniami mózgu czy wręcz jest epifenomenem mózgu¹². Istnienie duszy, funkcji duchowych, niematerialnych jest w istocie wykluczone z takiego myślenia, a istotą człowieczeństwa pozostaje

¹¹ J. Seifert, *Is „Brain Death” Actually Death? A Critique of Redefining Man’s Death in Terms of „Brain Death”*, w: „Working Group on Determination of Brain Death and Its Relationship to Human Death”, 10–14 December 1989, ed. R.J. White, H. Angwurst, I. Carrasco de Paula, Vatican 1992, s. 116–117.

¹² Tamże, s. 123.

materialność. Śmierć, a konkretniej proces umierania, także przestaje być – jak to było w klasycznym ujęciu – momentem rozdzielania duszy i ciała, a staje się jedynie momentem, gdy mózg przestaje kontrolować cielesność. To ogromna zmiana, która wcale nie wyrasta z analizy człowieczeństwa czy tym bardziej śmierci, a jest jedynie skutkiem przyjęcia pewnych pragmatycznie umotywowanych rozstrzygnięć prawnych.

Warto sobie uświadomić, że akurat problem dualizmu wpisuje się w starą debatę filozoficzną, której przedmiotem jest pytanie o naturę człowieka, o to, czy jest on wcielonym duchem, czy też jednością, której – w rzeczywistości poza-intelektualnej – nie da się rozbijać. Św. Tomasz z Akwinu mocno przypomina, że dusza nie jest jakąś rzeczą, która przyłącza się do ciała, nie jest ona połączona z ciałem, ale jest... „konkretnym sposobem, w jaki coś/ktoś żyje”. „Ludzka dusza jest tym, co sprawia, że to konkretne ciało jest w ogóle ciałem, a w szczególności ludzkim ciałem, i żyje tak, jak to jest właściwe ludziom”¹³ – podkreśla Denys Turner.

Sprawę komplikuje jeszcze – i to zarówno w wymiarze praktycznym, jak i teoretycznym – ogromny postęp medycyny, który pomaga utrzymywać przy życiu (a przynajmniej funkcjonowaniu) osobę (a może tylko ciało, bo tu właśnie wchodzimy w bardzo konkretny spór filozoficzny), która jest w ciąży. Mocnym tego przykładem była sytuacja z Wrocławia, gdy lekarzom udało się podtrzymać przez 55 dni ciążę u kobiety, u której spokojnie można było zdiagnozować śmierć mózgową. Lekarze podtrzymali w niej funkcje życiowe, dzięki czemu w 26. tygodniu ciąży doszło do narodzin dziecka. I tu zachowując absolutny szacunek dla wspaniałej pracy lekarzy, trudno nie zadać kilku zasadniczych pytań: czy można powiedzieć, że rzeczywiście dziecko rozwijało się w zwłokach, czy też raczej można powiedzieć, że lekarze zatrzymali proces umierania i wstrzymali moment

¹³ D. Turner, *Tomasz z Akwinu. Portret*, tłum. M. Romanek, Poznań 2017, s. 79.

ostatecznej śmierci, by ratować inne życie? Odpowiedź na to pytanie może być różna, a to, jakiej udzielimy, odpowiadać będzie naszemu podejściu do śmierci mózgowej, do pytań generowanych przez śmierć mózgową. W każdym razie nie ulega wątpliwości, że sytuacje takie jak ta komplikuje – także w wymiarze czysto pragmatycznym – podejście do śmierci mózgowej. A także, przynajmniej moim zdaniem, tomistyczne podejście do śmierci i duszy. Tak się bowiem składa, że tylko przy tym podejściu można powiedzieć, że tak długo, jak długo maszyny podtrzymywały kobietę przy istnieniu, tak długo, jak jej organizm funkcjonował, tak długo można i trzeba uznawać ją za istotę żyjącą, bo ożywiającą przez duszę. Jedynym spójnym, odwrotnym podejściem pozostaje uznanie, że trzeba odróżnić w człowieku różne poziomy istnienia: czysto wegetatywny (jesteśmy istotami żywymi i w tym wypadku kobieta ta pozostaje istotą żywą, a nie tylko zwłokami) i bycia osobą (osobą już ona nie jest). Oczywiście, jak i w przypadku poprzednich kwestii, nie jest to spór nowy, bowiem już scholastycy spierali się o liczbę i rodzaj dusz, jakimi obdarzony jest człowiek. Gdyby posłużyć się ich pomysłami, można by oczywiście mówić o oddzielaniu się kolejnych dusz w trakcie procesu umierania.

Śmierć – proces czy wydarzenie

Problematyczne, i tego również trzeba mieć świadomość, jest także płynne przechodzenie w rozumowaniach dotyczących „śmierci mózgowej” od świadomości tego, że śmierć jest zawsze wydarzeniem (i to wydarzeniem, które orzec możemy dopiero po tym, kiedy się ono dokonało), do uznania, że jest ona procesem, utożsamionym w myśleniu z procesem umierania. Nie kwestionując tego, że proces taki rzeczywiście zachodzi, trudno zgodzić się z uznaniem, że śmierć jest „zjawiskiem” czy „procesem”, a nie wydarzeniem, i to absolutnie

fundamentalnym dla jednostki. A dokładnie takie stanowisko znajdujemy choćby w Obwieszczeniu Ministra Zdrowia (Zbigniewa Religi) z dnia 17 lipca 2007 r. w sprawie kryteriów i sposobu stwierdzania trwałego nieodwracalnego ustania czynności mózgu: „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, w których śmierć objęła już mózg, podczas gdy krążenie krwi jest jeszcze zachowane. W tych przypadkach to stan mózgu determinuje życie lub śmierć człowieka”¹⁴ – możemy przeczytać w tym oświadczeniu.

Co to oznacza w wymiarze filozoficznym? Niezmiernie mocno odpowiada na to pytanie dr Krzysztof Leśniewski, który uznaje, że sprowadzenie śmierci jedynie do zjawiska jest redukcjonizmem, który uniemożliwia prawdziwe ujmowanie śmierci: „Jeżeli człowiek jest bytem, to śmierć jest czymś o wiele więcej niż tylko zjawiskiem. To autentyczny koniec ziemskiego życia człowieka, a więc fakt jednostkowy, w wyniku którego człowiek przestaje istnieć jako byt psycho-cielesny. Z biologicznego punktu widzenia śmierć nie jest tym samym, co umieranie. O ile umieranie jest procesem, o tyle śmierć jest końcem tego procesu, a więc śmierć jest jednostkowym faktem. W tym kontekście można zadać sobie pytanie, czy z logicznego punktu widzenia jest możliwe utożsamienie faktu z procesem. Z założenia, że „śmierć jest zjawiskiem zdysocjowanym”, które w dokumencie jest

¹⁴ Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 17 lipca 2007 r. w sprawie kryteriów i sposobu stwierdzenia trwałego nieodwracalnego ustania czynności mózgu, Monitor Polski Nr 46, poz. 547.

traktowane jako proces rozłożonego w czasie obumierania tkanek i układów, w wyniku czego dochodzi do dezintegracji organizmu jako całości, wynika utożsamianie procesu umierania człowieka z faktem śmierci. Jeśli nawet niektóre funkcje lub części organizmu człowieka obumierają później od innych, to nie oznacza, że jesteśmy w stanie dokładnie określić, kiedy następuje faktyczna śmierć. Warto zauważyć, że nawet w amerykańskim dokumencie Prezydenckiej Rady Bioetycznej stwierdzono, że „przejście od żywego ciała do zwłok jest w pewnym stopniu tajemnicą, przekraczającą możliwości nauki i medycyny, bowiem nie są one w stanie dokładnie określić, kiedy większość ludzkich bytów umiera”¹⁵ – wskazuje Leśniewski. I aż trudno nie zadać, idąc jego śladami, prostego pytania, czy naprawdę, jak to ujmują amerykańska Prezydencka Rada Bioetyczna, przejście od żywego ciała do zwłok jest tajemnicą? Czy rzeczywiście nie jesteśmy w stanie odróżnić zwłok od żyjącego ciała? Czy nie wiemy, czym one się od siebie różnią? Mam świadomość problemów, jakie mogą rodzić sztucznie podtrzymywane ciała, choćby ciała matek, których funkcje życiowe podtrzymuje się, by mogły urodzić się ich dzieci, ale nie sądzę, by uzasadnione było przekonanie, że przejście od jednego do drugiego jest tajemnicą. Trudno bowiem nie dostrzec, że „tajemnica” ta ma przesłaniać prosty fakt, że pobieranie narządów potrzebuje lepszego uzasadnienia niż to, które jest mu dostępne za sprawą „śmierci mózgowej”.

Leśniewski wskazuje jednak także na inne problemy, logiczne, związane z takim pojmowaniem „śmierci”. „Jeśli zjawisko zdysocjowane pojmujemy jako proces zachodzący w organizmie chorego, to oznaczałoby, że istnieje stan pośredni pomiędzy życiem a śmiercią. Czy jednak jest możliwe,

¹⁵ K. Leśniewski, *Osoba ludzka wobec decyzji obdarowywania swoim ciałem w obliczu śmierci mózgowej*, w: *W drodze do brzegu życia*, red. E. Krajewska-Kułak, C.R. Łukaszk, J. Lewko, W. Kułak, Białystok 2015, s. 22–23.

aby chory równocześnie „żył” i „nie żył”? Na poziomie prawa można sobie zadać pytanie, czy można być równocześnie „trochę obywatelem danego państwa” i „trochę zwłokami stanowiącymi własność tego państwa”... Jeśli zostanie stwierdzona śmierć człowieka, to z punktu widzenia prawa człowiek traci status osoby ludzkiej oraz przynależnych jej praw obywatelskich. Z tego też względu w załączniku do obwieszczenia Ministra Zdrowia z 2007 r. pojawia się adnotacja, że po dokonaniu rozpoznania śmierci mózgowej „respirator wentyluje zwłoki”. Takiego sposobu uznawania chorego za zmarłego nie można traktować jako faktu biologicznego, bowiem jego „śmierć” następuje w chwili złożenia przez lekarzy podpisów na stosownych dokumentach. Trzeba bardzo mocno podkreślić, że orzekaniu o śmierci mózgowej zazwyczaj nie towarzyszy jakakolwiek zmiana w organizmie pacjenta i jedyna zmiana, jaka faktycznie następuje w momencie komisyjnego wydania orzeczenia o śmierci mózgowej określonego pacjenta, to ustanie w odniesieniu do niego obowiązku terapeutycznego oraz utrata przynależnych mu praw jako osoby ludzkiej¹⁶ – przekonuje filozof. Wagi tego argumentu nie osłabia fakt, że w istocie orzeczenie śmierci nigdy nie zmienia stanu pacjenta, a dotyczy to także orzekania śmierci w innych okolicznościach. Tu jednak mamy do czynienia z sytuacją, w której już w założeniu ingerujemy w proces umierania, by go... w pewnym sensie przyspieszyć, zakładając, że wszedł on już w stan nieodwracalnie zmierzający ku śmierci jako wydarzenia. Trudno znaleźć dla tego inne niż pragmatyczne (potrzeba zdobywania narządów) uzasadnienie.

Ciekawe, że podobne utożsamienie wydarzenia śmierci z procesem umierania mamy także w myśleniu chrześcijan, którzy chętnie i z zaangażowaniem czerpią argumenty na rzecz życia wiecznego i jego charakteru z tzw. przeżyć

¹⁶ Tamże, s. 23.

stanów bliskiej śmierci czy stanu śmierci klinicznej. Pomiędzy kwestie duchowej natury owych przeżyć (o. Seraphin Rose sugeruje, że – biorąc pod uwagę ich sprzeczność z nauczaniem chrześcijańskim – mogą mieć one charakter demoniczny), o wiele istotniejsze jest tu uznanie, że zjawiska (być może o charakterze mózgowych) związane z procesem umierania (procesem, który nie zakończył się śmiercią, bo pacjent żyje, a śmierć jest wydarzeniem nieodwracalnym) rzutuje się na śmierć. To, jak się zdaje, także błąd antropologiczny. Człowiek, który żyje, nie umarł, był, owszem, w procesie umierania, ale śmierci nie doświadczył. A skoro tak, nie ma wiedzy o tym, co wydarzy się lub nie po śmierci.

Kościół wobec śmierci mózgowej

Na koniec trudno nie wskazać, że wiele z elementów sporu etycznego wokół definicji śmierci mózgowej czy – nieco węższej rzecz ujmując – etyki transplantacji (narządów poje-dynczych) wpisuje się w o wiele szerszy kontekst filozoficzno-etyczny sporu bioetycznego. Ciekawe jednak, że w odróżnieniu od sporów wokół aborcji czy eutanazji, nigdy nie rozpałał on emocji społecznych. Od samego początku nie brakowało uczonych (by wymienić tylko wybitnego etyka Hansa Jona-sa), którzy krytykowali, i to niezwykle ostro, nową definicję śmierci, ale... nie udało się im zainteresować owym sporem opinii publicznej, i nie włączyli się w nią ani politycy, ani ludzie Kościoła, ani nawet obrońcy życia. Dlaczego? Wiele wskazuje na to, że powody są przynajmniej dwa.

1. Sytuacja, o której mowa, jest klasycznym przykładem wyboru niezmiernie trudnego etycznie. Z jednej strony mamy do czynienia z ludźmi, których da się uratować dzięki przeszczepom, a z drugiej – z osobami, których interesów nie ma już kto bronić i które nieuchronnie zbliżają się ku śmierci. Nie jest łatwo, w imię istotnych wprowadzić, ale

niezrozumiałych społecznie argumentacji filozoficznych wyciągać wnioski sprzeciwiające się transplantacjom. W efekcie niestety, choć debata powoli ożywa, nadal nie ma sensownych, racjonalnie prowadzonych sporów na ten temat, a to osłabia także stronę zwolenników definicji śmierci mózgowej, bowiem nie skłania ich do formułowania lepszych, filozoficznie i antropologicznie umocowanych, uzasadnień do zmiany definicji śmierci.

2. Kościoły i związki wyznaniowe uznały, skądinąd słusznie, że określenie momentu śmierci przynależy do medycyny, a nie filozofii czy teologii i wycofały się z całej dyskusji, pozostawiając ją specjalistom. Niestety w dyskusji tej zabrakło spojrzenia zarówno teologów, jak i filozofów, a Kościół katolicki (nie tylko) ograniczył się do nieistotnych z doktrynalnego punktu widzenia, niezmiernie ogólnych wypowiedzi papieży czy stanowisk Papieskiej Akademii Nauk¹⁷, Papieskiej Rady ds. Duszpasterstwa Służby Zdrowia czy Papieskiej Rady Cor Unum. Wszystkie one zawierają akceptację kryterium śmierci mózgowej, ale... warto mieć świadomość, że żadna z nich nie jest nauczaniem nieomylnym. W ostatnich latach życia św. Jana Pawła II, a także za pontyfikatu Benedykta XVI dyskusja powróciła bardzo mocno, a watykański „L'Osservatore Romano” zamieścił kilka tekstów, których autorzy kwestionowali kryterium śmierci mózgowej¹⁸. I wiele wskazuje na to, że debata ta będzie trwać, bowiem – mimo niewątpliwych sukcesów transplantologii, które związane są ze zmianą definicji śmierci – jej uzasadnienie z punktu widzenia filozofii klasycznej, o teologii moralnej nie wspominając, pozostaje słabe.

¹⁷ Papieska Akademia Nauk, *Deklaracja o sztucznym przedłużaniu życia i dokładnym ustaleniu momentu śmierci*, 21.10.1985, w: *W trosce o życie. Dokumenty Kościoła*, Tarnów 1998, s. 453–455.

¹⁸ J.M. Norkowski OP, *Medycyna na krawędzi. Ewolucja definicji śmierci człowieka w kontekście transplantacji narządów*, Radom 2011, s. 405.

MAŁGORZATA CHUDZIŃSKA
ANNA GRZANKA-TYKWIŃSKA

Dylematy prawne śmierci mózgowej

Znaczenie momentu śmierci w świetle prawa

Stwierdzenie śmierci mózgu kojarzone jest często, głównie w opinii publicznej, z procedurami transplantacyjnymi. Jednak dokładne określenie momentu śmierci ważne jest również ze względu na fakt, iż wywołuje ona skutki istotne nie tylko z punktu widzenia medycyny, ale również prawa.

Jedną z takich konsekwencji jest m.in. utrata zdolności prawnej. Od chwili stwierdzenia zgonu pojęcie „osoba fizyczna” (która od urodzenia do śmierci może być podmiotem prawa) i „ciało człowieka” zastępujemy określeniami „zmarły” oraz „zwłoki”. Z tego względu, chociażby z punktu widzenia prawa karnego, tak ważne jest ustawowe ustalenie definicji śmierci mózgowej. Kończy się bowiem prawnokarna ochrona życia człowieka, zmieniając się niejako w prawnokarną ochronę jego zwłok. Zaniechanie działań terapeutycznych w wyniku stwierdzenia śmierci mózgowej nie może być zatem uznane za przestępstwo przeciwko życiu człowieka¹.

¹ T. Kalita, *Śmierć mózgu jako granica prawno karnej ochrony życia człowieka*, „Prokuratura i Prawo” 2016, nr 7–8, s. 52.

Ustalenie momentu śmierci ma również istotne znaczenie w kontekście dziedziczenia. W momencie śmierci następuje bowiem otwarcie spadku, a bliscy zmarłego stają się jego spadkobiercami. Czas zgonu ma zatem znaczenie dla określenia kręgu osób powołanych do dziedziczenia, a tym samym ustalenia wielkości ich udziału w spadku. Skutkiem śmierci człowieka jest również ustanie małżeństwa, przez co zmienia się stan cywilny bliskich zmarłego. Ponadto, następuje ustanie przyznawania niektórych świadczeń, wygaśnięcie ochrony dóbr osobistych zmarłego, powstanie odpowiedzialności deliktowej lub kontraktowej za śmierć zmarłego oraz ustanie niektórych stosunków prawnych o charakterze osobistym (np. umowa o pracę).

Aktualizuje się również prawo do pobrania narządów, bowiem eksplantacja organów niezbędnych do życia może nastąpić dopiero po stwierdzeniu zgonu człowieka. W przeciwnym razie lekarz mógłby zostać pociągnięty do odpowiedzialności karnej w wyniku spowodowania śmierci pacjenta².

Przez wzgląd na powyższe skutki prawne widzimy, jak ważne jest dokładne określenie momentu śmierci. Nieuregulowanie przedmiotowej kwestii mogłoby bowiem doprowadzić do licznych nadużyć, ze względu na rozbieżności interpretacyjne w tym zakresie, zarówno ze strony lekarzy, jak i osoby z otoczenia zmarłego.

Ewolucja regulacji prawnych dotyczących ustalenia momentu śmierci

Aby określić moment śmierci, potrzebna jest niewątpliwie jej definicja. Ewolucja przepisów prawa w tym zakresie wskazuje na silny związek właśnie pomiędzy ustaleniem

² R. Kubiak, *Prawo medyczne*, Warszawa 2014, rozdział XIV, *Legalis* 1114325, s. 4.

momentu śmierci a procedurami transplantacyjnymi. Pierwsze rozwiązania prawne w tej materii dotyczyły bowiem głównie dokonywania przeszczepów, a podstawowym aktem prawnym było rozporządzenie Prezydenta Rzeczypospolitej z dnia 22 marca 1928 r. o zakładach leczniczych (Dz.U. Nr 38, poz. 382 ze zm.). Przepis art. 40 początkowo regulował jedynie zasady przeprowadzania sekcji zwłok pacjentów zmarłych w szpitalach publicznych. Natomiast po nowelizacji w 1949 r. do art. 40 dodano zapisy dotyczące eksplantacji tkanek ze zwłok. Konieczne stało się zatem prawne określenie momentu zgonu. Ostatecznie przyjęto kryterium śmierci mózgowej, co zostało potwierdzone w Wytycznych Krajowych Zespołów Specjalistycznych w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii, neurologii, neurochirurgii i medycyny sądowej w sprawie kryterium śmierci mózgowej z 1984 r. Za śmierć uznano w nich „zupełne, całkowite i nieodwracalne obumarcie mózgu”. Dokument ten odzwierciedlał jednak tylko pogląd środowiska medycznego w tym zakresie, nie był zaś aktem o mocy powszechnie obowiązującej³.

Definicja śmierci (tzw. nowa zmodyfikowana) pojawiła się dopiero w ustawie transplantacyjnej z 1995 r., w której, zgodnie z brzmieniem art. 7 ust. 1, pobranie komórek, tkanek i narządów do przeszczepienia było dopuszczalne po stwierdzeniu trwałego i nieodwracalnego ustania funkcji pnia mózgu (śmierci mózgowej). Ustalono bowiem, iż zaprzestanie funkcjonowania pnia mózgu rozumiane jest jako śmierć całego mózgu, czyli śmierć człowieka jako całości. Minister Zdrowia miał natomiast powołać zespół specjalistów w celu ustalenia szczegółów dotyczących kryteriów śmierci mózgowej, a następnie opublikować powyższe kryteria w postaci komunikatu, co nastąpiło w 1996 r.⁴.

³ Tamże, s. 4–6.

⁴ Tamże, s. 12.

Kolejna definicja śmierci pojawiła się w art. 9 ustawy z dnia 1 lipca 2005 r. o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów (Dz.U. z 2017 r. poz. 1000, t.j.), który podobnie jak w większości krajów Europy stanowił, iż „pobranie materiału do przeszczepienia jest dopuszczalne po stwierdzeniu trwałego nieodwracalnego ustania czynności mózgu (śmierci mózgu)”⁵. Szczegółowe wytyczne odnoszące się do kryteriów śmierci mózgowej regulował Minister Zdrowia w drodze obwieszczenia. Pod adresem definicji podniesiono jednak zarzut jej niejednoznaczności, w porównaniu z poprzednią definicją, która miała w sposób bardziej konkretny (śmierć pnia mózgu) określać moment samej śmierci, a także zarzut niekonstytucyjności, gdyż kwestie tak ważne jak przesłanki ustalenia zgonu uregulowane powinny zostać w akcie powszechnie obowiązującym, a nie jedynie w obwieszczeniu ministra. Mimo tego, jak zauważa Kubiak, wydaje się, iż forma taka przyjęta została ze względu na możliwość szybszej aktualizacji ewentualnych zmian w przyjętych kryteriach, co byłoby zdecydowanie trudniejsze w przypadku zamieszczenia przesłanek ustalenia śmierci w akcie ustawowym⁶.

Na skutek nowelizacji w 2009 r. do wspomnianej ustawy dodany został przepis art. 9a ust. 1, który wprowadził możliwość pobrania komórek, tkanek lub narządów po stwierdzeniu zgonu wskutek nieodwracalnego zatrzymania krążenia. Uzasadniono to faktem, iż „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 wynikające z braku perfuzji zachowują przez pewien czas swoją funkcję,

⁵ Ustawa z dnia 1 lipca 2005 r. o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów (Dz.U. z 2017 r. poz. 1000, t.j.) – art. 9 ust. 1.

⁶ R. Kubiak, dz. cyt., s. 12.

co stwarza możliwość ich pobrania i skutecznego przeszczepienia”⁷. Kryteria i sposób ustalenia momentu śmierci na skutek zatrzymania krążenia ogłaszane były w drodze obwieszczenia Ministra Zdrowia. Interpretacji tego przepisu również nie pozostawiono bez zastrzeżeń. Istnienie bowiem dwóch alternatywnych kryteriów śmierci (śmierć mózgu oraz nieodwracalne zatrzymanie krążenia) mogło rodzić pytanie, czy konieczne jest wystąpienie ich obu na raz, czy też wystarczy stwierdzenie tylko jednego z nich⁸. Według Kubiaka, za drugim rozwiązaniem przemawiało rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 4 grudnia 2009 r. w sprawie szczegółowych warunków pobierania, przechowywania i przeszczepiania komórek, tkanek i narządów, które w § 10 stanowiło, iż „Narządy od potencjalnych dawców, u których stwierdzono śmierć mózgu albo nieodwracalne zatrzymanie krążenia, mogą być pobierane w celu przeszczepienia w zakładach opieki zdrowotnej (...)”⁹. Zatem zastosowanie w przepisie spójnika „albo” potwierdzało alternatywny stosunek obu definicji śmierci¹⁰.

Kwestie te, regulowane dotychczas w ustawie transplantacyjnej (art. 9 i 9a), z początkiem maja 2017 r. przeniesione zostały do art. 43 i 43a ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz.U. z 2017 r. poz. 125, t.j.). Zmiany wprowadzone zostały m.in. ze względu na mylne wrażenie opinii publicznej, iż orzekanie o śmierci pacjenta wiąże się jedynie z chęcią jak najszybszego pobrania jego narządów do przeszczepu, co w dalszej perspektywie mogłoby stanowić barierę dla rozwoju transplantologii.

⁷ Obwieszczenie Ministra Zdrowia w sprawie kryteriów i sposobu stwierdzenia nieodwracalnego zatrzymania krążenia z dnia 9 sierpnia 2010 r. (MP Nr 59, poz. 784).

⁸ R. Kubiak, dz. cyt., s. 13.

⁹ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 4 grudnia 2009 r. w sprawie szczegółowych warunków pobierania, przechowywania i przeszczepiania komórek, tkanek i narządów (Dz.U. Nr 213, poz. 1656).

¹⁰ R. Kubiak, dz. cyt., s. 13.

Obecnie, w kwestii definicji śmierci, ustawa o zawodzie lekarza stanowi, iż może on „wystawić kartę zgonu (...) na podstawie dokumentacji stwierdzenia trwałego nieodwracalnego ustania czynności mózgu (śmierć mózgu) lub nieodwracalnego zatrzymania krążenia poprzedzającego pobranie narządów (...)”¹¹.

Kryteria i sposób stwierdzenia śmierci mózgu i nieodwracalnego zatrzymania krążenia

Pobranie narządów do przeszczepu może nastąpić dopiero po stwierdzeniu śmierci mózgu lub nieodwracalnego zatrzymania krążenia przez powołanych do tego specjalistów. Zgodnie z art. 43a ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry, kryteria i sposób stwierdzenia trwałego nieodwracalnego ustania czynności mózgu ustalają powołani przez Ministra Zdrowia specjaliści odpowiednich dziedzin medycyny przy uwzględnieniu aktualnej wiedzy medycznej. Minister Zdrowia ogłasza je w drodze obwieszczenia w Dzienniku Urzędowym Rzeczypospolitej Polskiej „Monitor Polski”. Do dnia 24 kwietnia 2017 r. obowiązywało obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 17 lipca 2007 r. w sprawie kryteriów i sposobu stwierdzenia trwałego nieodwracalnego ustania czynności mózgu (MP Nr 46, poz. 547). Obecnie, ze względu na wspomniane już zmiany w prawie i konieczność dostosowania do siebie przepisów w odpowiednich aktach prawnych, zgodnie z zarządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 13 kwietnia 2015 r. w sprawie powołania Zespołu roboczego do spraw opracowania projektu obwieszczenia w sprawie kryteriów i sposobu stwierdzenia trwałego nieodwracalnego

¹¹ Ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentystry z dnia 5 grudnia 1996 r. (Dz.U. z 2017 r. poz. 125, t.j.) – art. 43.

ustania czynności mózgu (Dz.Urz. MZ z 2015 r. poz. 20), trwają prace nad kolejną wersją obwieszczenia. Kryteria i sposób stwierdzenia nieodwracalnego zatrzymania krążenia również ogłasza Minister Zdrowia w drodze obwieszczenia w Dzienniku Urzędowym Rzeczypospolitej Polskiej „Monitor Polski”. Podobnie jak w przypadku dokumentu w sprawie kryteriów stwierdzenia śmierci mózgu, ze względu na zmiany w prawie i konieczność dostosowania przepisów, obowiązujące dotychczas obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 9 sierpnia 2010 r. (MP Nr 59, poz. 784) również traci moc z dniem 24 kwietnia 2017 r.

Zgodnie z przepisem art. 43a ust. 5 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry, śmierć mózgu stwierdza jednoznacznie dwóch lekarzy specjalistów posiadających II stopień specjalizacji lub tytuł specjalisty, w tym jeden specjalista w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii lub neonatologii, a drugi w dziedzinie neurologii, neurologii dziecięcej lub neurochirurgii¹². Jest to jednoznaczne ze stwierdzeniem zgonu¹³. Orzekający lekarze nie mogą brać udziału w postępowaniu obejmującym pobieranie i przeszczepianie komórek, tkanek lub narządów od osoby zmarłej, u której stwierdzili trwałe nieodwracalne ustanie czynności mózgu¹⁴. Postępowanie kwalifikacyjne jest dwuetapowe, gdzie etap pierwszy to wysunięcie podejrzenia śmierci mózgu, a etap drugi to wykonanie badań potwierdzających. Etap pierwszy obejmuje dokonanie odpowiednich stwierdzeń (m.in. chory jest w śpiączce, chory jest sztucznie wentylowany, przyczyna śpiączki została rozpoznana, wystąpiło uszkodzenie mózgu – pierwotne lub wtórne) i wykluczeń (dotyczących chorych zatrutych i pod wpływem niektórych środków

¹² Ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentystry z dnia 5 grudnia 1996 r. (Dz.U. z 2017 r. poz. 125, t.j.).

¹³ Tamże, art. 43a, ust. 7.

¹⁴ Ustawa z dnia 1 lipca 2005 r. o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów (Dz.U. z 2017 r. poz. 1000, t.j.) – art. 9, ust. 6.

farmakologicznych, chorych w stanie hipotermii, chorych z zaburzeniami metabolicznymi i endokrynologicznymi oraz noworodków poniżej 7 dnia życia). Przeprowadzenie powyższych czynności pozwala na przejście do etapu drugiego, obejmującego dwukrotne wykonanie przez ordynatora oddziału/kliniki lub upoważnionego przez niego lekarza specjalistę odpowiednich badań klinicznych i instrumentalnych badań potwierdzających. Oczywiście w przypadku jakichkolwiek wątpliwości dotyczących śmierci mózgu lekarze odstępują od jej orzeczenia¹⁵.

Zgodnie z przepisem art. 43a ust. 6, nieodwracalne zatrzymanie krążenia poprzedzające pobranie narządów stwierdza jednomyślnie dwóch lekarzy specjalistów posiadających II stopień specjalizacji lub tytuł specjalisty, w tym jeden specjalista w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii lub neonatologii, a drugi w dziedzinie medycyny ratunkowej, chorób wewnętrznych, kardiologii, kardiologii dziecięcej lub pediatrii¹⁶. Jest to również jednoznaczne ze stwierdzeniem zgonu¹⁷, a orzekający lekarze nie mogą brać udziału w procedurze transplantacji komórek, tkanek lub narządów od osoby zmarłej¹⁸.

Przeprowadzenie powyższych badań w związku ze stwierdzeniem śmierci mózgu lub nieodwracalnego zatrzymania krążenia oraz poczynione ustalenia muszą zostać udokumentowane. Dotychczas sporządzano odpowiednio protokół postępowania diagnostycznego śmierci mózgu i protokół komisji do spraw stwierdzenia śmierci mózgu lub protokół rozpoznania nieodwracalnego zatrzymania krążenia.

¹⁵ Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 17 lipca 2007 r. w sprawie kryteriów i sposobu stwierdzenia trwałego nieodwracalnego ustania czynności mózgu (MP Nr 46, poz. 547).

¹⁶ Ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentystry z dnia 5 grudnia 1996 r. (Dz.U. z 2017 r. poz. 125, t.j.).

¹⁷ Tamże, art. 43a, ust. 7.

¹⁸ Ustawa z dnia 1 lipca 2005 r. o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów (Dz.U. z 2017 r. poz. 1000, t.j.) – art. 9, ust. 2.

Legalność procedur transplantacyjnych w aspekcie ustalenia momentu śmierci

Ze względu na fakt, iż pacjent jest uznany za zmarłego od momentu stwierdzenia śmierci mózgu lub nieodwracalnego zatrzymania krążenia, a nie od momentu odłączenia go od respiratora i zatrzymania pracy serca, ustalenie dokładnego momentu zgonu ma kluczowe znaczenie dla przeprowadzenia procedury transplantacyjnej zgodnie z prawem oraz dla ewentualnego pociągnięcia lekarza do odpowiedzialności prawnej. Po stwierdzeniu zgonu lekarz może bowiem zaprzestać czynności medycznych wobec pacjenta i dokonać zabiegu eksplantacji, nie narażając się na zarzut spowodowania uszczerbku na zdrowiu lub nawet zabójstwa¹⁹.

Pociągnięcie lekarza zarówno do odpowiedzialności karnej, jak i cywilnej mogłoby zatem nastąpić m.in. w związku z błędnym ustaleniem czasu zgonu pacjenta. Chociaż, zdaniem Kubiaka, błąd w stwierdzeniu zgonu jest prawie niemożliwy, ze względu na mocno rozbudowany i precyzyjny mechanizm ustalania tej okoliczności, to gdyby jednak doszło do takiego zaniedbania, lekarzom można by postawić zarzut nieumyślnego spowodowania śmierci lub uszczerbku na zdrowiu. „Przykładowo jeżeli wskutek błędnego stwierdzenia zgonu doszłoby do pobrania serca, co w efekcie poskutkowałoby śmiercią dawcy, możliwe byłoby zastosowanie art. 155 Kodeksu karnego”²⁰. Oczywiście należy również rozważyć ewentualność popełnienia czynu umyślnego z art. 148 Kodeksu karnego, czyli zabójstwa. „Sytuacja taka mogłaby wystąpić, gdyby lekarze mając wątpliwości odnośnie do zgonu, mimo to zdecydowali się na eksplantację i godzili się na śmierć dawcy”²¹. Nie można także wykluczać, mimo

¹⁹ R. Kubiak, dz. cyt., s. 14.

²⁰ Tamże, s. 34.

²¹ Tamże.

że sytuacja ta wydaje się być również wysoce nieprawdopodobna, potencjalnej odpowiedzialności karnej z tytułu spowodowania ciężkiego uszczerbku na zdrowiu lub innego uszkodzenia ciała osoby, u której błędnie stwierdzono śmierć mózgu i przystąpiono do procedury transplantacyjnej. W takiej sytuacji zastosowanie znalazłby tutaj przepis art. 156 i 157 Kodeksu karnego, w zależności od popełnionego czynu. Odpowiedzialność karna w przypadku śmierci pacjenta w powyższych okolicznościach nie wyłączałaby oczywiście również odpowiedzialności cywilnej z przepisu art. 446 Kodeksu cywilnego, przewidującego zwrot kosztów pogrzebu dla osoby, która je poniosła, rentę dla osób bliskich, odszkodowanie dla najbliższych członków rodziny zmarłego czy zadośćuczynienie pieniężne za doznaną krzywdę²². Natomiast w przypadku uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia mogłoby zostać przyznane odszkodowanie w postaci pokrycia kosztów leczenia, kosztów przygotowania do innego zawodu lub odpowiedniej renty, a także zadośćuczynienie za doznaną krzywdę²³.

Złotek z kolei zwraca uwagę na kwestię poboru tkanek i narządów, mimo zgłoszonego za życia sprzeciwu dawcy i ustalenia podstaw odpowiedzialności prawnej w takiej sytuacji. Rozważa on m.in. zastosowanie przepisu art. 262 Kodeksu karnego, penalizującego znieważenie i ograbienie ludzkich zwłok. Podkreśla jednak, iż przedmiotem ochrony tego przepisu jest cześć i szacunek należny zmarłym, natomiast „celem wprowadzenia przepisów o sprzeciwie dawcy przy zabiegach *ex mortuo* jest ochrona systemu wartości i przekonań moralnych dawcy, który może nie życzyć sobie, aby ktokolwiek pobierał jakiegokolwiek organy z jego ciała”²⁴.

²² Ustawa z dnia 23 kwietnia 1964 r. – Kodeks cywilny (Dz.U. z 2017 r. poz. 459, t.j.).

²³ Tamże, art. 444 i art. 445.

²⁴ A. Złotek, *Odpowiedzialność karna lekarza transplantologa*, „Czasopismo Prawa Karnego i Nauk Penalnych” 2010, nr 1, s. 13–14.

Przepis art. 262 Kodeksu karnego nie znajdzie zatem zastosowania²⁵. Według Złotka, trudno posłużyć się tu również przepisem art. 192 Kodeksu karnego, przewidującym odpowiednią karę za wykonanie zabiegu bez zgody pacjenta, gdyż dawca narządów *ex mortuo* nie mieści się w kategorii znamienia „pacjent”. Odpowiednim przepisem nie jest również art. 46 ustawy transplantacyjnej, zgodnie z którym ten, „kto, bez wymaganego pozwolenia, pobiera komórkę, tkankę lub narząd w celu ich przeszczepienia albo je przeszczepia, podlega grzywnie, karze ograniczenia wolności albo pozbawienia wolności do lat 3”²⁶, gdyż użycie w nim wyrazu „pozwolenie” zamiast lub oprócz słowa „zgoda”, pozwala zastosować przepis jedynie w sytuacji pobrania narządów wbrew administracyjnemu pozwoleniu, np. ministra zdrowia. Kontrowersyjne wydaje się również zastosowanie przepisu art. 44 ust. 1 ustawy transplantacyjnej, penalizującego m.in. udział w pobieraniu, przeszczepianiu komórek, tkanek lub narządów ze zwłok ludzkich wbrew przepisom w celu uzyskania korzyści²⁷. W związku z powyższym, zdaniem Złotka, „zachowanie lekarza pobierającego organ od nieżyjącego dawcy wbrew jego wyraźnemu sprzeciwowi jest (...) niekaralne w świetle przepisów prawa karnego”²⁸.

Ustawa transplantacyjna nakłada również na lekarza obowiązek poszanowania zwłok poddanych procedurze pobrania narządów. Przepis art. 11 stanowi, iż „lekarz pobierający ze zwłok ludzkich komórki, tkanki lub narządy jest obowiązany zapewnić nadanie zwłokom należytego wyglądu”²⁹. Ich nieposzanowanie polegać może na nadmiernym

²⁵ Tamże, s. 14.

²⁶ Ustawa z dnia 1 lipca 2005 r. o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów (Dz.U. z 2017 r. poz. 1000, t.j.).

²⁷ A. Złotek, dz. cyt., s. 13.

²⁸ Tamże, s. 15–19.

²⁹ Ustawa z dnia 1 lipca 2005 r. o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów (Dz.U. z 2017 r. poz. 1000, t.j.).

zniekształceniu zwłok, niedoprowadzeniu ich zewnętrznego wyglądu do odpowiedniego stanu, czy tzw. całkowitym wyczyszczeniu zwłok, czyli pobraniu z nich wszystkich możliwych narządów i tkanek przydatnych do przeszczepu³⁰. Tutaj także, podobnie jak w sytuacji pobrania narządów bez zgody dawcy, rozważa się zastosowanie przepisu art. 262 Kodeksu karnego, w myśl którego ten, „kto znieważa zwłoki, prochy ludzkie lub miejsce spoczynku zmarłego, podlega grzywnie, karze ograniczenia wolności albo pozbawienia wolności do lat 2”³¹. Kubiak zwraca jednak uwagę, iż czyn taki sprawca może popełnić jedynie w sposób umyślny, a ponadto „powinien być ukierunkowany na wyrażenie pogardy, pohańbienie, sprofanowanie, wyszydzenie i lekceważenie zwłok”³². Zatem nienadanie zwłokom należytego wyglądu trudno byłoby zakwalifikować jako opisane powyżej przestępstwo³³. Natomiast Kodeks cywilny w art. 23 i 24 stanowi o nienaruszalności dóbr osobistych, w co wpisuje się niewątpliwie konieczność poszanowania zwłok, przez wzgląd na kult pamięci osoby bliskiej³⁴. W związku z powyższym, na mocy art. 448 Kodeksu cywilnego, w przypadku naruszenia tego dobra, bliscy zmarłego mają prawo ubiegać się o zadośćuczynienie pieniężne za doznaną krzywdę lub o odpowiednią sumę pieniężną na wskazany cel społeczny, niezależnie od innych środków potrzebnych do usunięcia skutków naruszenia³⁵.

Należy zatem uświadomić sobie, jak istotne jest ustalenie dokładnego momentu śmierci człowieka w przepisach prawa. Jej znaczenie ma bowiem wymiar wielopłaszczyznowy i wywołuje skutki nie tylko w aspekcie medycznym, ale

³⁰ R. Kubiak, dz. cyt., s. 23.

³¹ Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny (Dz.U. z 2016 r. poz. 1137, t.j.).

³² R. Kubiak, dz. cyt., s. 23.

³³ Tamże.

³⁴ Tamże.

³⁵ Ustawa z dnia 23 kwietnia 1964 r. – Kodeks cywilny (Dz.U. z 2017 r. poz. 459, t.j.).

również społecznym i prawnym. Ustalenie kryteriów i sposobu stwierdzenia zgonu musi być więc dokonane w sposób niezwykle dokładny i niepozostawiający żadnej wątpliwości, a przeprowadzenie procedury transplantacyjnej zgodne z obowiązującym ustawodawstwem, gdyż jakiegokolwiek niewłaściwe działania w tej materii mogą skutkować pociągnięciem do odpowiedzialności prawnej.

ROMAN OSSOWSKI

Człowiek w obliczu śmierci. Refleksje psychologa

*Śmierć nie jest złem,
a jedynie obowiązującym prawem.*
Seneka

Wprowadzenie

Świat pulsuje rytмами. Możemy wyróżnić rytmy dobowe roślin jedno- i wielokomórkowych, zwierząt i człowieka. Istnieją rytmy księżycowe. Doświadczamy kalendarza pór roku. W skali zegara życia człowieka możemy mówić o ludzkim przemijaniu – narodziny, dorastanie, dojrzałość, starość i wreszcie śmierć. W psychologii rozwoju człowieka omawia się okres prenatalny, narodzin, poszczególnych faz życia i wreszcie dużo uwagi poświęca się ostatniej fazie życia, jaką jest faza późnej dorosłości i umieranie. Jest to problematyka interdyscyplinarna – dziedzina nauk medycznych, społecznych, etyki oraz teologii. Narodziny i śmierć są wpisane w naturę każdego organizmu. Śmierć człowieka posiada szczególny wymiar. Tylko człowiek czyni głęboką refleksję nad śmiercią ze względu na posiadaną świadomość retrospekcyjną, introspekcyjną oraz ekstraspekcyjną. Dodatkowy

problem wiąże się z rozstaniem z osobami bliskimi i żałobą. Można powiedzieć, że umieranie, śmierć, strata, żałoba są wskaźnikami „kresu podróży”. Wyraził to lapidarnie papież Jan XXIII, gdy pojął, że zbliża się kres życia: „Moje walizki spakowane (...) jestem gotowy do podróży”.

Rozważania poprzedzające śmierć

Wiedza potoczna o życiu, umieraniu i śmierci najczęściej dotyczy kwestii krótkości i kruchości ludzkiego życia, braku kontroli nad procesem umierania, lęku przed bolesną śmiercią oraz problemu losu człowieka po śmierci. Lęk różnie się uobecnia, w zależności od wieku życia, historii własnego życia, życiowych dokonań, przekonań religijnych i ich siły. Szkoda, że w wiedzy potocznej wyraźnie oddziela się czas umierania od okresu żałoby. W naukowych rozważaniach starano się łączyć perspektywę podmiotową (problemy końca życia osoby umierającej) z perspektywą osób oplakujących stratę. W artykule zastosowano podejście systemowe, łączenia obu perspektyw.

Ważnym aspektem umierania jest kwestia słabości poprzedzającej śmierć. Wyraził to w sposób bardzo sugestywny wybitny socjolog i etyk Jan Szczepański (1913–2004) w swoim interdyscyplinarnym dziele *Sprawy ludzkie*, w którym pisze: „Mówicie, że śmierć nie jest problemem, że jest to przecież tylko krótki moment przejścia, że nie jest to żadna ostateczna próba ani żaden czyn, bo jedyny i podstawowy problem człowieka zamyka się w pytaniu: jak żyć? I jak żyć wtedy, gdy nie można działać, gdy jest się spętanym bezsiłą, bezradnością, niemożnością, cierpieniem? Bo jakże proste jest życie organizmu w pełni sprawnego, umysłu jasnego, i zmysłów bystrych, mechanizmów motorycznych

i wykonawczych reagujących na życie poprawnie i rozwiązujących sprawy bieżące”¹.

Znakomity lekarz, psychiatra, etyk z zakresu medycyny Antoni Kępiński (1918–1972) w monografii *Lęk* (wydanej w 1977 r.) wyraził swoje przemyślenia dotyczące śmierci. Oto niektóre:

- Ludzie z poczuciem spełnionego życia mniej boją się śmierci.
- Z ciałem wiąże się poczucie śmierci. Z kolei gdy oddalimy się od ciała, tym bardziej oddalamy się od śmierci. W obozach koncentracyjnych ludzie nie myśleli o śmierci, tylko o tym, jak przetrzymać. Ci pierwsi szybko umierali. Ciało jest śmiertelne, *duch* nieśmiertelny.
- Im dalej świat symboli odbiega od cielesności, tym bardziej uwalnia się on od cech związanych z ciałem. Dlatego śmierć w cywilizacji technicznej stała się obsesją.
- Nasze słowa i uczucia są nieśmiertelne. Nawet w dosłownym tego słowa znaczeniu, gdyż ludzie dawno w proch się zamienili, a ich idee trwają i zapładniają innych.

Piotr Oleś charakteryzując człowieka w okresie dorosłości, opisuje zjawisko bilansu życia, którego dokonuje osoba w połowie życia. Z jednej strony osoba ocenia własne dokonania i możliwości, zaś z drugiej – ocenia własne porażki życiowe i utracone wartości. Gdy ów bilans jest negatywny, mogą być próby konstruowania pozytywnego bilansu poprzez osobisty wysiłek. Jednak często ma miejsce poczucie utraconego życia². Sądzę, że w drugim przypadku lęk przed śmiercią łatwiej przyjmie postać depresji i rozpacz.

¹ J. Szczepański, *Sprawy ludzkie*, Warszawa 1980, s. 249.

² P. Oleś, *Psychologia człowieka dorosłego*, Warszawa 2011.

Rozumienie śmierci w zależności od wieku życia

Rozumienie śmierci na przestrzeni życia z dużą wnikliwością opisała Helen Bee³. Śmierć jest zjawiskiem nieodwracalnym. Jednakże jej rozumienie zależy od wieku życia.

Małe dziecko rozróżnia śmierć od snu. Za pomocą magii, modlitwy, pobożnego życzenia można wrócić do życia. Małe dzieci, które doświadczyły śmierci osób bliskich, posiadają rozleglejszą wiedzę o naturze śmierci. Około 7 r.ż. dziecko posiada pewien zasób pojęć dotyczących śmierci (np. wygląd ciała, brak oddechu). Od 8–10 r.ż. ma miejsce obawa przed rozstaniem z rodzicami. Pełne rozumienie następstw śmierci występuje około 11–12 r.ż. Stąd strach przed własną śmiercią. W okresie dorastania ma miejsce świadomość całkowitego unicestwienia. Trudny jest problem akceptacji śmierci osoby bliskiej i kochanej. Dla żyjących dorosłych śmierć osoby bliskiej jest przede wszystkim stratą. Zmieniają się relacje społeczne. Pojawia się poczucie czasu od urodzenia i czasu do śmierci.

W okresie późnej dorosłości ważne staje się pytanie dotyczące tego, co dzieje się po śmierci – co jest śmiertelne, a co nieśmiertelne. Ważną kwestią jest to, co poprzedza bezpośrednio śmierć, a mniejszy lęk dotyczy tego, co będzie po śmierci. Inną istotną kwestią jest proces umierania. Ludzie najbardziej boją się bólu fizycznego oraz psychicznego (cierpienia). Śmierć może być gwałtowna, ale i powolna, jak to ma miejsce w chorobach przewlekłych. Te ostatnie są przedmiotem szczególnego zainteresowania nauk medycznych, społecznych oraz teologii. Szczególny wkład do opisu powolnego umierania wniosła Elisabeth Kübler-Ross.

³ H. Bee, *Psychologia rozwoju człowieka*, Poznań 2004.

Stadia umierania według Elisabeth Kübler-Ross

Kübler-Ross wyróżnia pięć stadiów umierania⁴. Podstawą wyróżnienia pięciu etapów umierania była obserwacja około 200 pacjentów, najczęściej chorych na raka. Obserwacje i rozmowy dotyczyły procesu umierania. Jej zdaniem, zarówno dzieci, jak i dorośli przeżywają zbliżającą się śmierć. Opis dotyczy potrzeb osób umierających i zawiera charakterystykę ich cierpienia, a także różne osobowościowe dojrzewanie do śmierci.

Pierwszy etap: faza zaprzeczania. Osoba po raz pierwszy odczuwa, że zbliża się śmierć. Szuka energicznie dowodów, że jednak tak nie jest. W tej fazie poszukuje wsparcia u innych osób.

Drugi etap: gniew. W tej fazie rodzi się pytanie – dlaczego właśnie ja? Może tu pojawić się gniew, a nawet wrogość, zazdrość i uraza. Dotyczy on innych osób, a nawet Boga. Gniew bardzo negatywnie wpływa na nasze zdrowie, a nawet prowadzi do zniechęcenia samego siebie.

Trzeci etap: targowanie się. Tu problem targowania się z lekarzami lub/i z Bogiem o przedłużenie własnego życia. Wielką rolę może tu odegrać empatyczny opiekun. Targowanie jest zawsze próbą dawania czegoś i w zamian oczekiwania uzyskania pewnej wartości. Jest ono – w przypadku zagrożenia życia – ostatnią próbą jego ratowania.

Czwarty etap: depresja. Pacjent ma poczucie, że jego stan jest beznadziejny, że zbliża się nieuchronnie śmierć. Stopniowo wyrzeka się wszystkiego – pieniędzy, ukochanych osób, kariery. Dodawanie otuchy nie jest zachowaniem trafnym. Raczej należy okazywać miłość, troskę i empatię.

Piąty etap: pogodzenie się. Istotą tego etapu jest pogodzenie się ze stratą wszystkiego, co posiadało przez całe życie

⁴ E. Kübler-Ross, *Rozmowy o śmierci i umieraniu*, Poznań 1979.

wartość. Ma miejsce zgoda na rezygnację z życia. Ważne, aby słuchać chorego i reagować pozytywnie na jego prośby. Z medycznego punktu widzenia ważna jest walka z bólem.

Autorka prowadziła rozmowy często w obecności kapelana, studentów, pielęgniarek i pracowników socjalnych. Dzieło Kübler-Ross jest bardzo popularne i pomocne w opiece w fazie terminalnej i działalności hospicyjnej. Bardzo pomaga ono wspierającym osoby umierające. Dzisiaj wiemy, że reakcje na umieranie są silnie uwarunkowane kulturowo. Wiemy także, że nie zawsze osoba musi przechodzić przez wszystkie etapy. Należy zauważyć, że badania dotyczyły osób z chorobą nowotworową. Każdy żyje i umiera w sposób jedyny i niepowtarzalny.

Typy reakcji pacjentów na zbliżającą się śmierć według Stevena Greera i współpracowników

Podjęcie Kübler-Ross do procesu umierania jest krytykowane. Raczej należy mówić o typach przystosowania osoby w sytuacji poczucia kończącego się życia. Autorzy przeanalizowali 62 przypadki kobiet chorych na raka i typy ich reagowania na diagnozę o raku piersi. Oto one:

Zaprzeczanie (pozytywne unikanie). Ma miejsce odrzucenie dowodów diagnostycznych. W naszej psychice istnieje mechanizm hamujący proces zapamiętywania, gdy pewne treści są zbyt trudne lub bolesne. Wykreślamy je z naszej pamięci.

Wewnętrzna walka (pozytywne wyzwanie w walce o zdrowie). Podejście optymistyczne – choroba staje się wyzwaniem.

Stoicka akceptacja (fatalizm – lekceważenie diagnozy i próba normalnego życia). Zignorowanie diagnozy i próba normalnego życia.

Bezradność/beznadzieja. Poczucie przytłoczenia diagnozą, utrata nadziei.

Lękliwe zaabsorbowanie (silny i trwały lęk). Reakcją na diagnozę jest silny i trwały lęk. Najczęściej miała miejsce stoicka akceptacja.

Badania empiryczne wykazały, że najczęstszym typem reakcji jest stoicka akceptacja⁵. Podane opisy reakcji na zbliżającą się śmierć są względem siebie komplementarne. W pracy hospicyjnej są one pomocne przy ustalaniu strategii pomocowych.

Fazy umierania według Tadeusza Kielanowskiego – spojrzenie lekarza

Zdaniem Kielanowskiego – w sensie lekarskim – proces umierania rozpoczyna się od niedomogi czynnościowej ośrodkowego układu nerwowego lub układu krążenia, lub oddechowego. Układy te stanowią niepodzielną całość. Ich niewydolność jest sygnałem, że zaczyna się proces agonii. Oto dwie charakterystyczne cechy tego procesu.

– **Agonia** – walka życia ze śmiercią; ducha życia z duchem śmierci. Zwolnienie, a potem ustanie procesów aktywności ustroju człowieka. Stan przedśmiertny charakteryzuje się euforią i jest ona złowróżbna. Oznacza ona, że organizm przestał walczyć. Mamy tu dysproporcję między samopoczuciem a stanem fizycznym chorego. Różny jest czas agonii. Agonia nie jest pojęciem precyzyjnym, gdyż trudno określić jej początek.

– **Zaburzenia świadomości**, półsen, osoba umierająca rozmawia czasem, także z dawno zmarłymi. Jest to symptom niedokrwienia. Pod wpływem leków niekiedy ma miejsce

⁵ Cyt. za: H. Bee, dz. cyt.

wielomówność. Dotkliwym cierpieniem jest nie tyle strach przed śmiercią, co strach przed piekłem, czyśćcem i innymi wyobrażeniami ukształtowanymi w ciągu życia. Tak jak przykład francuskiego pisarza i filozofa Voltaire'a (zmarł w 1778 r.), który przed śmiercią nawrócił się oraz pojednał z Kościołem i Bogiem, choć nie należał do zwolenników Kościoła⁶.

W różnych narządach w różnym czasie następuje zanik czynności. Wyraża się to w ogólnym osłabieniu, zaburzeniach świadomości, zmniejszającym się zainteresowaniu otoczeniem, braku zainteresowania jedzeniem, wyniszczeniu organizmu, zaburzeniach ze strony układu krążenia⁷.

Natura wsparcia w obliczu śmierci w stosunku do osoby umierającej

Szczególnym wyzwaniem dla osób bliskich w stosunku do osoby umierającej jest towarzyszenie jej w kończącym się życiu. Mówimy o **wsparciu**. Pojęcie to posiada swoje znaczenie denotacyjne i konotacyjne. Posiada swój status teoretyczny i sens empiryczny. Wsparcie jest zakorzenioną kulturowo cechą sieci społecznej. Bez wsparcia sam nie podołam!

Wsparcie posiada kierunek, czyli jest zwrócone ku komuś w określonych sytuacjach. Wsparcie jest także subiektywnie postrzegane przez osobę je otrzymującą. Jest zawsze dawca wsparcia oraz biorca. Często ma miejsce interakcja między dawcą i biorcą. Jest to sytuacja bardzo pożądana i jest szczególnie korzystna dla biorcy wsparcia. Umierający oczekuje

⁶ T. Kielanowski, *Rozmyślenia o przemijaniu*, Warszawa 1980.

⁷ D. Krzyżanowski, E. Śniechowska-Krzyżanowska, A. Fal, *Pielęgnowanie osoby umierającej*, w: *Przewlekle chory w domu. Poradnik rodzin i opiekunów*, red. P. Krakowiak, D. Krzyżanowski, A. Modlińska, Gdańsk 2010.

zrozumienia, cierpliwości, prawdy, miłości i nadziei. Także dawca wsparcia jest zadowolony, gdy zauważa, że jego wysiłki spotykają się z oddźwiękiem ze strony osoby umierającej. Wsparcie pełni rolę mediatora między wydarzeniami a jego konsekwencjami. Jest także moderatorem w relacjach między skrajnym stresem a jego konsekwencjami. W przypadku sytuacji kończącego się życia ważna jest bliskość, obecność i empatia w relacjach: osoba umierająca a osoby udzielające wsparcia. Ważne jest akceptowanie uczuć pacjenta.

Osoba umierająca staje przed wieloma wyzwaniem, których nie rozwiąże bez wsparcia najbliższych osób. Oto niektóre: wyrażenie życzeń dotyczących ceremoniału pogrzebowego, życzenia dotyczące zachowania rzeczy i drogich sercu pamiątek po zmarłym, sposobu rozwiązania zaniedbanych problemów egzystencjalnych, uregulowanie ważnych innych spraw zgodnie z wolą umierającego. Wreszcie pomoc w dialogu z Bogiem, w którym mediatorem jest głównie osoba duchowna. Dialog z Bogiem wycisza i daje nadzieję.

Warto zauważyć, że zapowiedź śmierci, wiedza o jej nadejściu potrafią wyzwolić moc twórczą i skłaniać osobę umierającą do szczególnego wysiłku twórczego. Złożył niemierną chorobą swoje najlepsze książki i przesłania napisali Antoni Kępiński, Zygmunt Bauman, Leszek Kołakowski i Józef Tischner. Wiedzieli doskonale, że zegar zaczął bić, że ich czas jest odliczany. Zdaje się wówczas rodzić w wielu z nas potrzeba zrozumienia siebie, dotarcia do prawdy o sobie.

Z najnowszych moich osobistych wspomnień pragnę przywołać postać mojego przyjaciela śp. Profesora Janka Rostowskiego. Po diagnozie złośliwego nowotworu mózgu napisał ostatnie dzieło swojego życia, monografię pt. *Rozwój mózgu człowieka w cyklu życia. Aspekty bioneuropsychologiczne*. Odmówił poddania się uporczywym zabiegom, zmarł w domu w otoczeniu bliskich. Żył z sensem, zanurzony w zadania i gdy rozmawiałem z nim na dwa tygodnie przed

śmiercią, to rozmowa przebiegała w dodatnim kolorycie uczuciowym.

Problem uczestnictwa dziecka przy śmierci i w ostatnim pożegnaniu

Czy taka sytuacja to dla dziecka wielka trauma? Wiele osób uważa, że towarzyszenie przez dziecko osobie umierającej jest zbyt wielką traumą. Tak być nie musi. Żegnanie się z osobą umierającą wywołuje bardzo silne wzruszenia, a ludzie są w intymności sobie bliscy i zjednoczeni boleścią rozstania. Uczestnictwo dziecka w rozstaniu nie zagraża jego stabilności psychicznej, lecz ją wręcz umacnia. Jeśli jednak dziecko przebywa w odosobnieniu, to powinno być z osobą bliską, do której ma zaufanie. Ostatnie spojrzenie na osobę zmarłą wprawdzie wywołuje szlochający płacz, ale i zamyka fizyczną bliskość. Pozostanie westchnienie. Ważne jest przygotowanie dziecka do pożegnania bliskiej osoby. Pożegnanie jest konieczne, tak jak ma to miejsce przy każdym rozstaniu.

Czy mówić choremu prawdę?

Stanowiska i preferencje osobiste są tu podzielone. Jedni są zwolennikami mówienia prawdy. Inni są przeciwnikami. Zwolennicy i przeciwnicy posiadają ważne argumenty i częściowo chyba mają rację. Zwolennicy mówienia prawdy podają następujące argumenty:

- W fazie terminalnej jest pierwszeństwo porządku emocjonalnego przed intelektualnym. Racjonalny dialog musi ustąpić mowie ciała. Bliskość emocjonalna, dotyk, empatia, czas dla umierającego, spojrzenie transakcyjne, szacunek, właściwa postawa ciała, stosowny

ubiór, ciepło duchowe pełnią rolę kluczową w fazie kończącego się życia. Ważna jest jakość komunikacji pozawerbalnej.

- Rozmowa z chorym powinna dotyczyć kwestii artykułowanych głównie przez osobę umierającą. Koniecznie trzeba pomóc otworzyć się umierającemu poprzez klimat bliskości i serdeczności. Treść dialogu może dotyczyć ostatnich życzeń osoby umierającej. Trzeba osobę zapewnić o woli starannego wykonania prośb i przede wszystkim umieć słuchać. To daje wielką ulgę osobie umierającej. Ważna jest akceptacja na wyrażanie ekstremalnych stanów uczuciowych przez osobę umierającą; na przykład szloch, wyrażania pretensji itp. Umierający ma prawo do wszystkich zachowań, jeśli tylko dają one poczucie ulgi.

Przeciwnicy mówienia prawdy podają następujące argumenty:

- To nie jest czas na racjonalny dialog. Osoby rozmawiające przynależą do dwóch odmiennych światów: świata ziemskiego z jego problemami oraz świata metafizycznego, nieznanego, określanego przez przekonania religijne oraz żywiony światopogląd.
- Pacjent nie chce znać prawdy. Działa mechanizm wyparcia.
- Trzeba osobę umierającą chronić przed załamaniem. Nie wolno niszczyć nadziei.
- Zapewniamy łagodniejsze umieranie.
- Nikogo się nie uczy, jak rozmawiać z osobą umierającą. Posiadamy w tym zakresie jedynie przekaz kulturowy.

Porównując oba stanowiska, można powiedzieć, że za każdym przemawiają ważne argumenty. Jeśli jednak nie posługujemy się sloganami i frazesami, jeśli okazujemy szczerze zainteresowanie osobą umierającą, wyrażamy ciepłe gesty, to raczej powinniśmy mówić prawdę. Warto wiedzieć, że

dzieci, osoby chore psychicznie i chorzy z brakiem nadziei posiadają wybitny dar odczytywania komunikatów pozawerbalnych. Dlatego mówienie prawdy i zdania szczerze powinny być jedyną rzeczywistością w relacjach w fazie kończącego się życia.

Ważne jest pytanie: gdzie umierać – w szpitalu, domu, hospicjum? Szczególna jest tu rola rodziny. Dobór odpowiedniego miejsca umierania zależy od wielu okoliczności – w zależności od wieku życia, etosu życia rodzinnego i stanu biologicznego osoby. Najkorzystniej jest umierać w domu wśród bliskich, w otoczeniu kochających osób, w mieszkaniu pełnym osobistych pamiątek.

Kryteria doboru efektywnej formy wsparcia – podejście kliniczne, indywidualne, w którym uwzględniamy wiele zmiennych interweniujących. Ważną rolę pełni tu intuicja.

Żałoba

Żałoba to konieczne i naturalne zjawisko po stracie osoby bliskiej. Potocznie mówiąc o żałobie, mamy na myśli poczucie straty po kimś bliskim. Jednakże poczucia straty, choć nie w tym najgłębszym sensie, doświadczamy także w wielu innych sytuacjach – rozstanie małżeńskie, konieczna zmiana miejsca zamieszkania. W żałobie doświadczamy straty osoby bliskiej i tego, co ona wniosła w nasze życie, wspólnoty przeżyć. Są to nasze wspólne dokonania i związane z tym radości, przeżyte porażki i często związane z tym cierpienie dające siłę do jeszcze większego przywiązania. Żałoba pozwala nam na ponowną ocenę naszych relacji ze zmarłą osobą. Uświadamiamy sobie, że ją kochaliśmy i wzajemnie się dopełnialiśmy. W biegu codziennych wydarzeń nie zauważaliśmy sensu wzajemnej bliskości i dobroczynności. Śmierć jest sytuacją ekstremalną i pozwala na życie spojrzeć z innej perspektywy, często odkrywam to, co na co dzień jest

niewidoczne. Przeżywanie żałoby jest trudną i długotrwałą pracą duchową. Trudno w rozpacz uporać się z bólem, gniewem, poczuciem niesprawiedliwości ludzkiej, niekiedy boskiej. Osoba w żałobie ma wiele pytań, na które nie ma odpowiedzi. Ważne jest wsparcie osób bliskich. Niestety – często jest „głuchy telefon”, a ważna jest wówczas bliskość, mimo że żałobę przeżywa się w sposób bardzo indywidualny. Wyjątkowe, choć nie tak rzadkie, są sytuacje żałoby, która ma miejsce przed śmiercią. To przypadki, gdy osoba bardzo cierpi przed śmiercią.

Interesujący jest opis żałoby w ujęciu Sharon McKenna.

Stadia żałoby według Sharon McKenna

Określenie stadiów żałoby posiada duże znaczenie praktyczne. Pomaga w podejmowaniu decyzji dotyczącej form wsparcia. Powinno ono być stosowne do określonego stadium żałoby. Autorka wyróżnia sześć stadiów żałoby.

Stadium 1. Szok, smutek, lęk i izolacja. Należy osobę namawiać do nawiązywania kontaktów z innymi osobami oraz do przejawiania aktywności na różnych polach.

Stadium 2. Wielki smutek. Wówczas ma miejsce doświadczanie smutku i jego manifestowanie. Trzeba rozumieć płacz i w tym nie przeszkadzać.

Stadium 3. Samotność. Samotność może wiązać się z utratą apetytu, bezsennością i nerwowością. Należy prowokować do przejawiania aktywności.

Stadium 4. Gniew i poczucie winy. Po okresie samotności sytuacja osoby nie ulega gwałtownym zmianom. Nie potrafi ona powrócić do normalnych zadań życiowych, co rodzi gniew wobec siebie. Ważne jest pomaganie choremu w generowaniu dodatnich uczuć i myśli.

Stadium 5. Depresja. Osoba dochodzi do wniosku, że utracona osoba już nigdy nie powróci. W tej fazie ważna jest

empatyczna pomoc w formie ofiarowania swego czasu na rozmowy na tematy ważne dla osoby doświadczającej straty.

Stadium 6. Zwrot ku przyszłości, czyli dalsze pełnienie ról społecznych przypisanych danej osobie oraz przez daną osobę wybranych. Są one podejmowane z wigorem i entuzjazmem⁸.

Są też swoistości przeżywania żałoby w zależności od stanu rodzinnego (śmierć współmałżonka), wieku umierania (wiek starczy, dziecko), okoliczności śmierci (samobójcza, wypadek), utrata bliskiej osoby w dzieciństwie. Znamienna jest wypowiedź wdowy: „Tak naprawdę straty nigdy nie przebolejesz, ale prawdziwym wyzwaniem jest nauczyć się z nią żyć”.

Ważnym aspektem przeżywania żałoby jest ceremoniał pogrzebowy. Kultuwyje go szczególnie Kościół. W naszej tradycji preferujemy czarny strój. Ma miejsce wspomnianie zasług osoby zmarłej, składanie stosownych kwiatów. Po ceremoniale pochówku odbywa się tzw. stypa. Od XV w. komponowano muzykę do mszy żałobnej, zwaną *Requiem*. Autorzy – Mozart, Cherubini, Berlioz, Verdi, a współcześnie Penderecki. Są to formy upamiętnienia etosu życia osoby zmarłej poprzez opis zasług, inskrypcje cmentarne. Wszystkie te formy łagodzą ból istnienia najbliższych i popularyzują dla żyjących wartości, które były drogowskazami życia osoby zmarłej. Dopiero w żałobie w całej pełni uświadamiamy sobie, co utraciliśmy.

W dzisiejszym świecie – niestety – raczej dążymy do „szybkiego uleczenia się” i powrotu do „normalnego życia”, a żal pozostaje gdzieś w tle.

Ważnym aspektem żałoby jest przeżywany okres żałoby. Psychiatra David Tomb (1998) zwraca uwagę, że przedłużająca się bądź opóźniona żałoba grozi rozwojem przewlekłych zaburzeń psychicznych. Ich źródłem jest brak wsparcia,

⁸ R. James, B. Gilliland, *Strategie interwencji kryzysowej*, Warszawa 2004.

osamotnienie, skumulowane straty w różnych dziedzinach, brak prawidłowych reakcji na straty wcześniejsze, ambiwalencja uczuć do osoby zmarłej za jej życia i w związku z tym poczucie winy i krzywdy wyrządzonej zmarłej osobie.

Problematyka osób zawodowo zajmujących się opieką paliatywną

Osoby zawodowo zajmujące się opieką nad umierającymi doświadczają wielu przykrych emocji. Ich głębokie zaangażowanie emocjonalne, towarzyszenie osobom umierającym i rozpaczającym rodzinom wywołuje poczucie zmęczenia, frustracji i smutku. Są one zagrożone wypaleniem zawodowym, ponieważ doświadczają wielu sytuacji o charakterze traumatycznym. Często osoby bliskie osobie zmarłej wyrażają nieuzasadnione pretensje, co jest przyjmowane przez osoby udzielające wsparcia jako szczególnie bolesne. Istotą wypalenia zawodowego jest emocjonalne wyczerpanie, depersonalizacja oraz obniżone poczucie osobistych dokonań. Te trzy składniki wypalenia wnikliwie opisuje Christine Maslach⁹. **Emocjonalne wyczerpanie** jest to poczucie danej osoby, że jest nadmiernie emocjonalnie obciążona i że jej zasoby emocjonalne zostały uszczuplone. **Depersonalizacja** wyraża się w poczuciu bezdusznego i obojętnego reagowania na problemy osób, którym powinno się pomagać. **Obniżone poczucie osobistych dokonań** przejawia się w poczuciu spadku własnych kompetencji pomocowych i sukcesów w pracy. Pomagający stają przed problemem godzenia współczucia z emocjonalnym dystansowaniem się. Niezdolność godzenia tych dwóch czynników jest główną przyczyną

⁹ Ch. Maslach, *Wypalenie – w perspektywie wielowymiarowej*, w: *Wypalenie zawodowe. Przyczyny, mechanizmy, zapobieganie*, red. H. Sęk, Warszawa 2000.

wypalenia zawodowego. Osoby udzielające wsparcia same potrzebują wsparcia. Dotyczy to zwłaszcza pielęgniarek, lekarzy, fizjoterapeutów, duchownych, wolontariuszy pracujących w ruchu hospicyjnym. Tworzenie środowisk wspierających jest ważnym zadaniem organizatorów opieki nad umierającymi. Należy przede wszystkim zapobiegać przeciążeniu w pracy oraz poprawiać jakość komunikacji w zespołach interdyscyplinarnych, aby pomagający mieli poczucie, że nie są sami.

Piśmiennictwo

1. Aleksandrowicz J., *Sumienie ekologiczne*, Wyd. Wiedza Powszechna, Warszawa 1979.
2. Antoszevska B., *Umieranie, śmierć, strata, żałoba – wybrane aspekty*, w: Antoszevska B. Binnebesel J. (red.). *Porozmawiajmy o śmierci*, Wydawnictwo Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego w Olsztynie, Olsztyn 2014.
3. Bee H., *Psychologia rozwoju człowieka*, Wyd. Zysk i S-ka, Poznań 2004.
4. Binnebesel J., Janowicz A., Krakowiak P., Paczkowska A., (red.). *Pozamedyczne aspekty opieki paliatywno-hospicyjnej*, Wydawnictwo Fundacja Hospicyjna, Gdańsk 2010.
5. Bortnowska H. (red.), *Sens choroby, sens śmierci, sens życia*, Wydawnictwo Znak, Kraków 1993.
6. Corey G., Corey M., *Mamy wybór. Zgłębianie osobistego rozwoju*, Wydawnictwo Zysk i S-ka, Poznań 2002.
7. Frankl V., *Człowiek w poszukiwaniu sensu*, Wydawnictwo Czarna Owca, Warszawa 2016.
8. Frankl V., *Lekarz i dusza*, Wydawnictwo Czarna Owca, Warszawa 2017.

9. James R., Gilliland B., *Strategie interwencji kryzysowej*, Wydawnictwo Edukacyjne PARPA, Warszawa 2004.
10. Kępiński A., *Lęk*. PZWL, Warszawa 1977.
11. Kielanowski T., *Rozmyślania o przemijaniu*, Wiedza Powszechna, Warszawa 1980.
12. Krakowiak P., Krzyżanowski D., Modlińska A. (red.), *Przewlekle chory w domu*, Wydawnictwo Fundacja Hospicyjna, Gdańsk 2010.
13. Krzyżanowski D., Śniechowska-Krzyżanowska E., Fal A., *Pielęgnowanie osoby umierającej*, w: P. Krakowiak, D. Krzyżanowski, A. Modlińska (red.), *Przewlekle chory w domu. Poradnik rodzin i opiekunów*. Wydawnictwo Fundacja Hospicyjna, Gdańsk 2010.
14. Kübler-Ross E., *Rozmowy o śmierci i umieraniu*, Wyd. Media Rodzina of Poznań, Poznań 1979.
15. Linn D., Linn M., *Uzdrowienie ludzkich zranień. Pięć etapów przebaczenia*, Wydawnictwo m, Kraków 1993.
16. Maslach Ch., *Wypalenie – w perspektywie wielowymiarowej*, w: H. Sęk (red.), *Wypalenie zawodowe. Przyczyny, mechanizmy, zapobieganie*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2000.
17. Maslow A., *W stronę psychologii istnienia*, Instytut Wydawniczy PAX, Warszawa 1986.
18. Michalski A., Putek I., *Rozmowy o przemijaniu*, Wyd. Ediprese Polska, Warszawa [brak roku wydania].
19. Oleś P., *Psychologia człowieka dorosłego*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2011.
20. Simonton O., Matthews-Simonton S., Creighton J., *Triumf życia*, Wydawnictwo Medyczne MED TOUR PRESS INTERNATIONAL, Warszawa 1993.
21. Steuden S., *Psychologia starzenia się i starości*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2011.
22. Steuden S., Tucholska S. (red.), *Psychologiczne aspekty doświadczania żałoby*, Wyd. KUL, Lublin 2009.
23. Szczepański J., *Sprawy ludzkie*, Wyd. Czytelnik, Warszawa 1980.
24. Tomb D., *Psychiatria*, Wydawnictwo Medyczne Urban & Partner, Wrocław 1998.

WALDEMAR IWAŃCZUK

Koncepcja śmierci mózgu – punkt widzenia anestezjologa

Wprowadzenie

Koncepcja śmierci mózgu, pomimo tego, że jest stosowana od ponad pięćdziesięciu lat, wzbudza nadal kontrowersje. Powodem tego jest zapewne jej złożoność, ponieważ koncepcja śmierci mózgu jest konstrukcją nie tylko medyczną, ale także filozoficzną. O ile jednak przejście określonej wizji życia, a co za tym idzie także i śmierci człowieka nie jest wolne od religijnych, obyczajowych i kulturowych uwarunkowań, o tyle czysto techniczny aspekt rozpoznawania śmierci, będący domeną medycyny, wydaje się zadaniem dużo łatwiejszym do wykonania. Medycyna bowiem zajmuje szczególne miejsce wśród nauk biologicznych, gdyż z jednej strony nieobce jest jej holistyczne spojrzenie na życie człowieka, ale z drugiej – posługuje się metodą empiryczną opartą na sprawdzalnych faktach. Pierwsze kryteria śmierci mózgu powstały w połowie lat 60. XX w. i do dnia dzisiejszego podlegają ciągłym zmianom, związanym przede wszystkim z rozwojem nauki i wprowadzaniem coraz doskonalszych metod

obrazowania czynności mózgu. Ta ewolucja doprowadziła do wypracowania pewnej i bezpiecznej metody diagnostycznej. Podobnie dzieje się także i w naszym kraju. Pierwsze kryteria śmierci mózgu powstały w Polsce w 1984 r. i od tego czasu były już kilkakrotnie nowelizowane. Obecnie na świecie kształty protokołów diagnostycznych śmierci mózgu nie różnią się znacząco i powoli zbliżamy się wypracowania uniwersalnego standardu diagnostycznego. Celem tego artykułu jest przedstawienie ewolucji sposobu rozpoznawania śmierci człowieka ze szczególnym zwróceniem uwagi na praktyczny aspekt tego zagadnienia.

Krótki rys historyczny

Określenie śmierć mózgową jako pierwszy użył genialny francuski histolog, anatom i fizjolog Xavier Marie Bichat w wydanym w 1800 r. swoim monumentalnym dziele pod tytułem: *Rozważania o życiu i śmierci*¹. Według Bichata, trzema krytycznymi układami dla funkcjonowania organizmu są: układ oddechowy, krążenia i nerwowy, a ustanie funkcji jednego z nich jest pierwszym zdarzeniem w procesie umierania, nieuchronnie prowadzącym do wypadnięcia pozostałych funkcji. W związku z tym Bichat śmierć dzieli na: krążeniową (synoptyczną), mózgową (apoplektyczną) i oddechową (asfiktyczną). Bichat organizm traktuje jako funkcjonalną całość, a w mózgu upatruje narząd koordynujący czynności jego poszczególnych narządów. Ponadto opisuje on dokładnie sekwencję zdarzeń, która następuje po jego krytycznym uszkodzeniu. Opis ten, niezwykle szczegółowy, ze względu na jego trafność w zasadzie mógłby bez istotnych zmian znaleźć się we współczesnych podręcznikach tanatologii. W ujęciu historycznym to właśnie Bichata

¹ X. Bichat, *Recherches physiologiques sur la vie et la mort*, 1800.

należy uznać za twórcę koncepcji śmierci mózgowej, aczkolwiek bez możliwości jej praktycznej weryfikacji. Sto lat później W. Cushing badając w warunkach doświadczalnych wpływ podwyższonego ciśnienia wewnątrzczaszkowego na przepływ mózgowy, zaobserwował, że wzrost ciśnienia w jamie czaszki, przewyższający ciśnienie systemowe, doprowadza do martwicy mózgowia, którego bezpośrednim skutkiem jest zatrzymanie czynności oddechowej². Dalsze obserwacje pochodzą już z ery „respiratorowej”. W 1953 r. Riishede i Ethelberg u pięciu chorych z pourazowym, krytycznym wzrostem ciśnienia wewnątrzczaszkowego zobrazowali za pomocą angiografii naczyń mózgowych zatrzymanie przepływu krwi w jamie czaszki³. W 1959 r. Mollaret, Goulon i Jouvot we Francji, a na początku lat 60. XX w. Schneider w Niemczech oraz Schwab w Stanach Zjednoczonych przedstawili pełny opis klinicznych cech tego stanu⁴. Do dnia dzisiejszego liczba prac naukowych, których przedmiotem jest śmierć mózgu, jest imponująca. Zjawisko to jest wszechstronnie zbadane, jego symptomatologia dogłębnie poznana, mechanizmy patofizjologiczne wyjaśnione, a badania instrumentalne wystarczająco swoiste i czułe, aby rozpoznanie śmierci mózgu było jednym z pewniejszych we współczesnej medycynie. Medycyna na przestrzeni wieków w różny sposób radziła sobie z wyzwaniem, jakim było rozpoznanie śmierci. Powszechny lęk przed pogrzebaniem żywcem świadczył jednak o tym, że metody, jakimi diagnozowano śmierć człowieka na przestrzeni wieków, nie wzbudzały większego zaufania. Do połowy XX w. funkcje układu krążenia, oddychania i ośrodkowego układu nerwowego

² H. Cushing, *Some experimental and clinical observations concerning states of increased intracranial tension*, Am J Med Sci 1902; 124, 375–400.

³ J. Riishede, S. Ethelberg, *Angiographic changes in suddan and severe herniation of the brainstem through tentorial incisure*, Arch Neurol Psychiatr 1953; 70, 399–408.

⁴ P. Mollaret, M. Goulon, *Le coma depasse. Memoire preliminaire*, Rev Neurol 1959; 101, 3–15.

były ze sobą bardzo ściśle powiązane w ten sposób, że wypadnięcie jednej z nich doprowadzało do natychmiastowego ustania czynności pozostałych. Ta współzależność przez wiele lat determinowała rozpoznanie śmierci na podstawie kryteriów określanych umownie krążeniowo-oddechowymi. Były one praktyczne, czytelne i zastosowanie ich nie wymagało użycia skomplikowanych metod diagnostycznych. Ponadto, co istotne, były one uchwytnie i weryfikowalne także dla laików. Jednak gwałtowny rozwój technologii medycznej, umożliwiając zastąpienie czynności niewydolnych narządów, przyniósł nowe wyzwania przez to, że doprowadził do znacznej dysocjacji procesu umierania. Możliwość mechanicznego zastąpienia czynności układu oddechowego za pomocą respiratora stworzyła nową sytuację, w której dotychczasowe kryteria stały się niewystarczające, albowiem ingerencja techniki medycznej w naturalny proces umierania u chorych z krytycznym uszkodzeniem mózgu przerwała nieuniknioną dotąd sekwencję zdarzeń w postaci natychmiastowego zatrzymania czynności układu krążenia po ustaniu czynności oddechowej. Równocześnie powstała nowa dziedzina medycyny: transplantologia. W 1963 r. belgijski chirurg Guy Alexandre pobrał od chorego z rozpoznaną śmiercią mózgu nerki celem transplantacji, a w 1967 r. kardiochirurg Christiaan Barnard przeszczepił serce⁵. W aspekcie pozyskiwania narządów do przeszczepienia wytyczenie precyzyjnej granicy pomiędzy życiem a śmiercią nabrało szczególnego znaczenia. W związku z tym zaproponowano przyjęcie nowej definicji śmierci, opartej na kryteriach neurologicznych, możliwej do zastosowania u chorych z krytycznie uszkodzonym mózgiem (martwym mózgiem), ale jednocześnie z utrzymaną w sposób mechaniczny czynnością układu oddychania.

⁵ R. Hoffenberg, *Christiaan Barnard: his first transplants and their impact on concepts of death*, BMJ 2001; 323: 1478–1480.

W poszukiwaniu nowej definicji śmierci

Przełomowym momentem w poszukiwaniu nowej definicji śmierci człowieka w odpowiedzi na wyzwanie jakie stanowił rozwój technologii medycznej był Raport Komisji Harwardzkiej z 1968 r., który ukazał się pod tytułem *Nieodwracalna śpiączka jako nowe kryterium śmierci*⁶. Grupa 13 wybitnych naukowców, w tym 11 przedstawicieli nauk medycznych, skupionych wokół Wydziału Medycznego Uniwersytetu Harvarda, pod przewodnictwem profesora anestezjologii H. Beechera, wskazała na mózg jako narząd konstytuujący życie człowieka, zarówno fizyczne, jak i osobowe. Autorzy tego dokumentu potrzebę stworzenia nowej definicji śmierci uzasadniali następująco:

„Naszym pierwotnym celem jest określenie nieodwracalnej śpiączki jako nowego kryterium śmierci. Są dwie przyczyny, dla których ta definicja jest potrzebna:

1) Usprawnienie resuscytacji przynosi czasem częściowy sukces i w rezultacie serce pracuje, chociaż mózg jest nieodwracalnie uszkodzony. Powoduje to wielkie obciążenie dla pacjentów, ich rodzin, dla szpitali i dla tych, co potrzebują łóżek szpitalnych zajętych przez pacjentów w śpiączce.

2) Niejasne kryteria śmierci prowadzą do kontrowersji w pozyskiwaniu organów do transplantacji”.

Takie uzasadnienie dla stworzenia nowej definicji śmierci, odnoszące się wprost do potrzeb transplantologii, przez krytyków koncepcji śmierci mózgu jest nadal traktowane jako jej grzech pierworodny. Tym niemniej znaczenie tej deklaracji dla pojmowania fenomenu śmierci człowieka jest ogromne. Raport Komisji Harwardzkiej zwrócił uwagę na fakt, że życie człowieka ma dwa podstawowe wymiary: biologiczny i psychiczny oraz zasugerował, że brak tylko

⁶ *A Definition of Irreversible Coma. Report of the Ad Hoc Committee of the Harvard Medical School to Examine the Definition of Brain Death*, JAMA 1968; 6, 85–88.

jednego z nich, którego centralną osią jest samoświadomość, jest wystarczający dla stwierdzenia śmierci człowieka, nawet wtedy, gdy procesy biologiczne jeszcze częściowo trwają. Komisja wskazała ponadto, że mózg to nie tylko strukturalne podłoże procesów decydujących o powstaniu świadomości, ale także narząd integrujący fizyczne i cielesne funkcje organizmu ludzkiego. W czysto medycznej treści raportu przedstawiono jeden z pierwszych algorytmów diagnostycznych śmierci mózgu, determinujący kształt wielu późniejszych protokołów rozpoznawczych na całym świecie, jeszcze do połowy lat 80. XX w. W 1968 r. na XXII Światowym Zjeździe Towarzystw Medycznych w Sydney przyjęto doktrynę o zdysocjowanym charakterze śmierci oraz krążeniowe kryteria śmierci uzupełniono kryteriami neurologicznymi⁷. Stwierdzono, że z punktu widzenia biologii śmierć jest procesem, w którym nie można wskazać z absolutną dokładnością jego punktu początkowego, natomiast można ustalić z całkowitą pewnością cechy nieodwracalności tego procesu. W myśl tej doktryny, określanej jako Deklaracja z Sydney: „śmierć jest procesem postępującym, ponieważ poszczególne komórki i tkanki różnie reagują na brak dopływu tlenu. Zadaniem lekarza nie jest utrzymanie zdolności życiowej poszczególnych komórek, w zdecydowanie większym stopniu chodzi o los człowieka jako całości. Moment śmierci poszczególnych komórek i narządów nie odgrywa tak ważnej roli, chodzi raczej o pewność, że proces postępującej śmierci jest nieodwracalny i że żadne środki techniczne nie zdołają przywrócić życia. Nieodzowne jest stwierdzenie zaniku wszystkich funkcji mózgu, z pniem mózgu włącznie. Stwierdzenie śmierci opiera się na ocenie klinicznej, uzupełnionej, gdy to konieczne, badaniem przyrządowym. W obecnym stanie wiedzy medycznej ustalenie śmierci może być dokonane za pomocą kryteriów technicznych, można także za ich

⁷ Declaration of twenty-second World Medical Assembly at Sydney, September 1968.

pomocą potwierdzić ogólną ocenę dokonaną przez lekarza lub zespół lekarski”.

Postrzeganie zjawiska śmierci jako procesu, postęp w technologii medycznej, a także powstanie transplantologii przyczyniły się ostatecznie do przyjęcia koncepcji śmierci mózgowej. Jej powstanie było niewątpliwie jednym z bardziej rewolucyjnych zmian paradygmatów współczesnej medycyny. Zdecydowana większość lekarzy, etyków, duchownych różnych religii oraz prawników uważa, że stosowanie neurologicznego kryterium śmierci wobec chorych z krytycznie i nieodwracalnie uszkodzonym mózgiem jest uprawnione. Tym niemniej koncepcja śmierci mózgu nadal wzbudza kontrowersje zarówno wśród laików, co nie dziwi, ale także w środowisku medycznym i co jakiś czas jest przedmiotem ostrego sporu. Przykładem tego jest debata, jaka odbyła się w Stanach Zjednoczonych. W tym kraju w 1981 i 2008 r. koncepcja śmierci mózgu była przedmiotem dociekań etyków, biologów, filozofów, prawników i lekarzy skupionych wokół Komisji Prezydenckiej ds. Problemów Etycznych w Medycynie oraz Badań Biomedycznych i Behawioralnych, powołanej do rozstrzygania fundamentalnych kwestii etycznych. Dwukrotnie przyjęto stanowisko, że brak funkcji mózgu jest rzeczywistym kryterium śmierci człowieka. Stanowisko z 2008 r., opublikowane w tzw. Białej Księdze, wymaga szerszego komentarza, gdyż odnosi się do obserwacji utrzymywania się funkcji somatycznych organizmu przez dłuższy czas po rozpoznaniu śmierci mózgu, co zdaniem krytyków koncepcji śmierci mózgu podważa jej biologiczne uzasadnienie⁸. Komisja przyjęła dwa stanowiska. W przeważającym uznano, że obecny standard neurologiczny rozpoznania śmierci jest uzasadniony

⁸ Controversies in the Determination of Death: A White Paper By President's Council on Bioethics. Washington, D.C., December 2008.

biologicznie, gdyż całkowita niewydolność funkcji mózgu wiąże się utratą takich fundamentalnych właściwości charakteryzujących żywy organizm, jak: percepcja bodźców ze środowiska zewnętrznego oraz zdolność interakcji z otoczeniem. Jednocześnie stwierdzono, że zasadniczym kryterium integralności organizmu jako całości jest jego aktywność ukierunkowana na samozachowanie, odbywająca się przez wymianę z otaczającym światem przede wszystkim dzięki czynności oddechowej. Jednak w zdaniu odrębnym stwierdzono, że takie uzasadnienie jest niewystarczające oraz nie odpowiada w pełni biologicznej naturze śmierci i wobec tych wątpliwości należy uznać, że organizm dopóty pozostaje żywy, dopóki krąży w nim krew, nawet wtedy, gdy przestaje on być zintegrowaną całością i doszło do całkowitego ustania funkcji mózgu. Warto w tym miejscu przytoczyć jeszcze jeden niezwykle trafny głos uzasadniający przyjęcie koncepcji śmierci mózgowej, pochodzący od biskupów niemieckich:

„Śmierć mózgu, jak i śmierć serca oznacza dokładnie to samo, śmierć człowieka. Wraz ze śmiercią mózgu dochodzi do utraty niezastąpionego i z powrotem nieosiągalnego strukturalnego nośnika jego duchowego istnienia. Jedyne w swoim rodzaju pośród istot żywych duch ludzki jest związany w końcu z mózgiem. Wraz ze śmiercią mózgu człowiek traci organiczne podłoże dla swojego duchowego bytu w tym świecie. Po śmierci mózgu dochodzi do utraty integracji funkcji poszczególnych organów i związania ich w jedną wyspecjalizowaną i wyżej zorganizowaną samodzielną całość, odtąd organizm stanowi już tylko sumę swoich części”⁹.

Z perspektywy medycyny poszukiwanie kryteriów śmierci jest niezwykle trudnym zadaniem, zważywszy na

⁹ Rat der Evangelischen Kirche in Deutschland. Deutsche Bischofskonferenz: Gemeinsame Texte 1990; 1: 39.

to, że zjawisko to ma charakter zdysocjowany i w rozciągniętym w czasie procesie umierania należy wyabstrahować przysłowiowy punkt bez powrotu (*point no return*). Konfrontacja zjawiska biologicznego, którego cechą jest ciągłość z potrzebą stworzenia operacyjnego kryterium śmierci, cechującego się punktowym charakterem, powoduje, że nie do uniknięcia jest przyjęcie rozwiązania cechującego się pewną dozą arbitralności. Od kilku lat trwają intensywne wysiłki, których zwieńczeniem ma być stworzenie międzynarodowego konsensusu odnośnie do operacyjnej definicji śmierci. Niezwykle ważnym głosem w tej dyskusji jest stanowisko wypracowane podczas spotkania, które odbyło się pod patronatem WHO w 2012 r. w Montrealu¹⁰. Międzynarodowa grupa ekspercka, w której Polskę reprezentował prof. R. Bohatyrewicz, pod kierownictwem S. Shemie, australijskiego intensywyisty, zajęła się opracowaniem uniwersalnego, operacyjnego kryterium śmierci. Postanowiono skupić się, o ile to w ogóle możliwe, zważywszy na złożoność koncepcji śmierci człowieka, wyłącznie na jej biologicznych aspektach, uznając, że filozoficzne, religijne, kulturowe czy też obyczajowe jej uwarunkowania nie powinny w istotnym stopniu wpływać na przebieg dyskusji. Przyjęto założenie, że z praktycznego punktu widzenia śmierć jest zdarzeniem, a więc ma charakter punktowy, w biologicznym, a więc rozciągniętym w czasie, procesie umierania. Tym samym odwołano się do deklaracji o zdysocjowanym charakterze śmierci przyjętej podczas 22. Światowego Zjazdu Organizacji Medycznych w 1968 r. w Sydney. Śmierć zdefiniowano jako trwałą utratę świadomości, zdolności do oddychania i funkcji pnia mózgu. Uznano, że trwały brak klinicznie rozpoznawalnych funkcji mózgu powinien być medycznym kryterium śmierci,

¹⁰ D.S. Shemie, *International guideline development for the determination of death*, *Intensive Care Med.* 2014; 40(6): 788–797.

niezależnie od przyczyny, która do tego stanu doprowadza. Za kryterium nieodwracalności stanu uznano brak możliwości samoistnego lub wskutek zabiegów medycznych powrotu funkcji układu krążenia lub/i mózgu. Takie podejście zrywa z dotychczasowym, w którym śmierć krążeniową (sercową) przeciwstawiano śmierci mózgowej. Mając na uwadze, że do krytycznego uszkodzenia mózgu może dojść w wyniku dwóch odmiennych scenariuszy, systemowego lub regionalnego (tylko w jamie czaszki) zatrzymania krążenia, zaproponowano, aby sposób diagnozowania śmierci był uniwersalny i oparty przede wszystkim na testach neurologicznych. Podkreślono także, że rozpoznanie śmierci powinno być przede wszystkim diagnozą kliniczną, w związku z czym istotne jest rozróżnienie funkcji narządu od jego czynności. Funkcje zdefiniowano jako klinicznie rozpoznawalny przejaw czynności narządu. I wreszcie zaproponowano, aby zrezygnować z powszechnie używanego określenia śmierć mózgu, kojarzącego się z martwicą wszystkich struktur w jamie czaszki, a zastąpić go innym: krytyczne uszkodzenie mózgu, które zdecydowanie bardziej odzwierciedla funkcjonalne podejście do kryteriów śmierci człowieka.

Rozpoznanie śmierci mózgu. Aspekt medyczny

Protokoły rozpoznawcze śmierci mózgu są niezwykle wiarygodną i bezpieczną procedurą diagnostyczną. Podlegają one ewolucji w miarę poszerzania naszej wiedzy i powstawania coraz doskonalszych metod obrazowania czynności ośrodkowego układu nerwowego. Także wytyczne w sprawie kryteriów śmierci mózgu obowiązujące w naszym kraju zmieniają swój kształt. Od powstania pierwszego protokołu diagnostycznego w 1984 r. były one już kilkakrotnie nowelizowane, także w tym roku planowana

jest ich kolejna aktualizacja¹¹. Polskie wytyczne należą do bardzo restrykcyjnych na tle innych regulacji na świecie. Proces diagnostyczny prowadzący do rozpoznania śmierci mózgu jest długotrwałą i wieloetapową procedurą, mającą różne warianty, zależnie od przyczyny i patofizjologii uszkodzenia mózgu, wieku chorego i stosowanej terapii. Algorytm diagnostyczny śmierci mózgu dzięki swojej konstrukcji pozwala w sposób pewny uniknąć fałszywie dodatniego rozpoznania. W naukowym piśmiennictwie światowym problem czułości i swoistości testów diagnostycznych był wielokrotnie poddany wszechstronnej analizie i brak opisu chorego, u którego doszłoby do powrotu funkcji neurologicznych po zgodnym z aktualnym stanem wiedzy rozpoznaniu śmierci mózgu. Pierwszym zabezpieczeniem przed fałszywie dodatnim rozpoznaniem śmierci mózgu jest bezwzględny wymóg pewnego rozpoznania przyczyny jego krytycznego uszkodzenia. Bez rozpoznania przyczyny dysfunkcji mózgu nie można przejść do dalszych etapów postępowania. Przyczyna śpiączki musi być ustalona, strukturalne uszkodzenie mózgu musi być wykazane badaniem obrazowym, a anoksyczno-ischemiczne mieć potwierdzenie w wywiadzie chorobowym. Na tym etapie postępowania należy także wykluczyć wszystkie potencjalnie odwracalne stany, które mogą manifestować się klinicznie objawami identycznymi jak w śmierci mózgu. Drugim zabezpieczeniem jest odpowiednio długi okres obserwacji wstępnej przed rozpoczęciem badań, dostosowany do wieku chorego i mechanizmu uszkodzenia mózgu. Następnym elementem podnoszącym stopień bezpieczeństwa procedury diagnostycznej jest wymóg wykonania badania przyrządowego, wtedy gdy badanie neurologiczne jest niemożliwe

¹¹ Wytyczne krajowych zespołów specjalistycznych w dziedzinach: anestezjologii i intensywnej terapii, neurologii, neurochirurgii i medycyny sądowej w sprawie kryteriów śmierci mózgu, Dz.U. MZiOS Nr 6 z dnia 26 czerwca 1984 r.

do przeprowadzenia lub jego wynik zakłócony czynnikami depresyjnie oddziałującymi na funkcje mózgu, takimi jak zatrucie, sedacja, hipotermia, zaburzenia metaboliczne i endokrynologiczne. Badanie przyrządowe jest obowiązkowe u dzieci i u chorych, u których uszkodzenie mózgu jest zlokalizowane podnamiotowo. Wreszcie, badania kliniczne są wykonywane powtórnie w określonych odstępach czasowych, co dodatkowo zwiększa stopień bezpieczeństwa procedury diagnostycznej.

Z praktycznego punktu widzenia można wyróżnić następujące cztery główne etapy postępowania diagnostycznego:

1. Wykazanie przyczyny uszkodzenia mózgu, w tym wykluczenie stanów doprowadzających do potencjalnie odwracalnej dysfunkcji układu nerwowego (stany „naśladujące” kliniczny obraz śmierci mózgu).
2. Identyfikacja czynników utrudniających proces diagnostyczny (uniemożliwiających pełne wykonanie badania klinicznego lub wiarygodną jego ocenę).
3. Badanie diagnostyczne (kliniczne), w uzasadnionych przypadkach uzupełnione lub zastąpione badaniem instrumentalnym (w razie obecności czynników utrudniających lub uniemożliwiających badanie kliniczne).
4. Uzyskanie dowodów na nieodwracalność stanu.

Stan uważa się za nieodwracalny po upływie określonego okresu obserwacji wstępnej i wyczerpaniu możliwości terapeutycznych. W przypadku braku możliwości wykonania wiarygodnego badania klinicznego rozpoznanie śmierci mózgu stawia się na podstawie wyniku badania instrumentalnego. Ponieważ krytyczne uszkodzenie mózgu może być wywołane przez różne z punktu widzenia patofizjologii zdarzenia (uszkodzenie pierwotne: nad- i podnamiotowe oraz wtórne), każdej z tych sytuacji przypisano odrębną ścieżkę diagnostyczną.

Czy rozpoznanie śmierci mózgu jest pewne?

Wiarygodność metody prowadzącej do rozpoznania śmierci mózgu była wielokrotnie poddawana krytycznej ocenie. Szereg prac badawczych bezspornie udowodniło, że rozpoznanie śmierci mózgu, pod warunkiem rygorystycznego przestrzegania algorytmu diagnostycznego, jest pewną procedurą medyczną. Pierwszą analizę opublikowano już w 1969 r. Był to raport Amerykańskiego Towarzystwa Elektroencefalografii oparty na 1667 przypadkach śmierci mózgu¹². Znalaziono wówczas tylko trzy przypadki odwracalnej depresji funkcji mózgowych u chorych spełniających kliniczne kryteria śmierci mózgowej i jednocześnie z płaskim zapisem EEG. Wszyscy oni byli zatruci barbituranami. U pozostałych nie obserwowano powrotu jakiegokolwiek czynności układu nerwowego. Podobną analizę opartą na 609 przypadkach śmierci mózgu z trzech brytyjskich ośrodków akademickich (Cambridge, Glasgow, Swansea) przedstawili w 1981 r. Jennet i wsp.¹³. W żadnym z przypadków nie doszło do powrotu jakiegokolwiek funkcji neurologicznych, a do samoistnego zatrzymania krążenia krwi doszło przeważnie po upływie 3–4 dni od momentu pojawienia się klinicznych objawów śmierci mózgu. Podobne duże zestawienie oparte na ponad tysiącu chorych z rozpoznaniem śmierci mózgu przedstawił brytyjski uczoney Ch. Pallis¹⁴. Takich prac oceniających wiarygodność kryteriów diagnostycznych śmierci mózgu, opartych na bardzo dużej liczbie przypadków, było jeszcze co najmniej kilkadziesiąt. Ostatnią z nich opublikowano

¹² D. Silverman, M.G. Saunders, R.S. Schwab, *Cerebral death and the electroencephalogram. Report of the ad hoc committee of the American Electroencephalographic Society on EEG Criteria for determination of cerebral death*, JAMA 1969; 209, 1515–1510.

¹³ B. Jennet i wsp., *Brain death in three neurosurgical units*, BMJ 1981; 282: 533–539.

¹⁴ C. Pallis, *ABC of brain death*. BMJ, 1983, 286, 209–284.

w 2010 r.¹⁵. Autorzy dokonali krytycznego przeglądu piśmiennictwa (Medline i EMBASE z lat 1996–2009) dotyczącego sposobu rozpoznania śmierci mózgu z całego świata (rozpatrywano tylko artykuły recenzowane). Poszukiwano opisu chorego spełniającego kryteria śmierci mózgu, u którego doszłoby do powrotu jakiejkolwiek z funkcji neurologicznych. Podobnie jak w wielu innych pracach badawczych, nie znaleziono wiarygodnego opisu chorego z fałszywie dodatnim rozpoznaniem śmierci mózgu. Ciekawe obserwacje na temat wiarygodności kryteriów śmierci mózgu pochodzą z Japonii. W tym kraju rozpoznanie śmierci mózgu ma następstwa formalno-prawne w postaci stwierdzenia zgonu i ewentualnego pobrania narządów do transplantacji tylko u tych chorych, którzy wyrazili taką wolę. W pozostałych przypadkach prowadzi się terapię do czasu samoistnego zatrzymania krążenia. U żadnego z chorych, u których nadal kontynuowano terapię, nie zaobserwowano jakiejkolwiek poprawy neurologicznej, pomimo tego, że w skrajnych przypadkach okres od rozpoznania śmierci mózgu do samoistnego zatrzymania krążenia wynosił ponad 100 dni¹⁶. Podobne obserwacje poczyniono także u kobiet z objawami śmierci mózgu, będącymi jednocześnie w ciąży. Opisano ponad sto takich przypadków wielotygodniowego utrzymywania funkcji somatycznych po rozpoznaniu śmierci mózgu. Najdłuższy okres obserwacji wyniósł 110 dni¹⁷.

¹⁵ F.M. Wijdicks 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: 1911–1918.

¹⁶ *Report of the Study Group on Brain Death: Guidelines and criteria for diagnosis of brain death*, *JJMA* 1985, 94, 1949–1972.

¹⁷ A. Said i wsp., *A brain-dead pregnant woman with prolonged somatic support and successful neonatal outcome: A grand rounds case with a detailed review of literature and ethical considerations*, *Int J Crit Illn Inj Sci* 2013; 3 (3): 220–224.

Podsumowanie

Od strony medycznej koncepcja śmierci mózgu nie budzi wątpliwości. Zjawisko biologicznej śmierci mózgu jest dokładnie poznane, a protokoły diagnostyczne starannie opracowane. Kontrowersje, które wzbudza koncepcja śmierci mózgu, nie dotyczą jej warstwy medycznej, ale przede wszystkim płaszczyzny filozoficznej.

ZBIGNIEW WŁODARCZYK

Śmierć mózgu – spojrzenie lekarza transplantologa

Czy transplantolog może wypowiadać się na temat śmierci mózgu? To przecież domena neurologów, neurochirurgów, anestezjologów, a więc lekarzy praktyków, a koncepcja śmierci człowieka dotyczy zakresu wiedzy filozofów i filozofii. To filozofia, „umiłowanie mądrości”, umiejscawia nas w realnym świecie. Filozofowie powinni mówić o koncepcji śmierci, anestezjolog i neurochirurg powinni wypowiadać się o śmierci mózgu, ale myślę, że każdy lekarz, co więcej każdy człowiek, może mówić o pewnych dylematach i wątpliwościach, a lekarz praktyk tym bardziej. Moje refleksje będą refleksjami bardzo osobistymi i jako takie proszę je traktować. Dwa dni temu miałem urodziny i pomyślałem sobie, że chciałbym, żeby spełniło się kilka moich życzeń, życzeń dotyczących transplantologii. Życzenia składamy złotym rybkom, moje życzenia złożyłem więc mojej złotej rybce – nie była zachwycona, kiedy je usłyszała. Widocznie uważała je za dosyć trudne do spełnienia. Czego chciałbym w związku z tą dziedziną wiedzy i medycyny, której poświęciłem ostatnie 24 lata mojego życia, i pewnie którą będę zajmował się do jego końca?

Chciałbym, żeby politycy nie wykorzystywali transplantologii do swoich partykularnych celów politycznych, nawet jeżeli znajdują do tego formalne podstawy prawne. Wiele osób pamięta dramatyczną zapaść polskiej transplantologii i gwałtowny spadek liczby pobrań narządów, której niejedynym, ale istotnym sprawcą był ówczesny minister sprawiedliwości i słynna konferencja prasowa. Wystarczyło kilka słów – być może efektownych, w świetle jupiterów, ale jakże krzywdzących – aby pośrednio przyczynić się do śmierci tych pacjentów, którzy zmarli, oczekując na przeszczep.

Chciałbym, aby nie łączyć koncepcji śmierci człowieka w efekcie śmierci mózgu i samej śmierci mózgu z transplantologią. Koncepcje śmierci człowieka łączone ze śmiercią mózgu pojawiały się już w XII w. Majmonides, urodzony w Kordobie rabinacki uczony, uważał, że śmierć mózgu może być równoznaczna ze śmiercią człowieka. Podobne prace pojawiały się w XIX w. Francuski fizjolog Bichat w 1800 r. zwrócił uwagę na zmiany zachodzące podczas śmierci, podkreślając, że świadomość i oddychanie ustają dokładnie w chwili śmierci mózgu, podczas gdy organiczne czynności życiowe trwają jeszcze przez jakiś czas. Oznacza to, że na możliwość śmierci człowieka w efekcie śmierci mózgu zwracano uwagę znacznie wcześniej niż słynna konferencja w Sydney i Deklaracja Harwardzka, o której mówi się, że powstała tylko i wyłącznie w wyniku zapotrzebowania transplantologów. Na przełomie XIX i XX w. brytyjski lekarz wojskowy, pułkownik sir Victor Horsley opublikował pracę przedstawiającą pacjenta, który wykazywał wszystkie cechy śmierci mózgu w efekcie narastającego i niewyleczalnego obrzęku mózgu. Podobne wzmianki pojawiały się w publikacjach medycznych coraz częściej. Przełom w leczeniu chorych, u których dochodziło do samoistnego zatrzymania oddychania, pojawił się w latach 50. XX w.,

kiedy pracujący w kopenhaskim szpitalu Björn Ibsen wynalazł aparat oddychający – sztuczne płuco. W medycynie często wynalazki i odkrycia, definicje i koncepcje pojawiają się jako odpowiedź na powstające problemy. Sztuczne płuco pojawiło się jako odpowiedź na masową epidemię polio. Tysiące dzieci doznawało porażenia opuszkowego i nie mogło samodzielnie oddychać. To niewątpliwie przyspieszyło prace nad sztucznym płucem i takie było początkowe zastosowanie tego aparatu. Dopiero później okazało się, że podtrzymywanie oddechu przy pomocy „sztucznego płuca” – respiratora, może być stosowane również w sytuacjach, kiedy brak oddychania nie wynika z porażenia opuszkowego, ale ze śmierci mózgu. Koncepcja śmierci mózgu miała umożliwić rozróżnienie pomiędzy sytuacją, w której dalsze podtrzymywanie działania respiratora ma sens z punktu widzenia medycznego, od stanu, w którym dalsze utrzymywanie respiratora tego sensu już nie ma. W 1956 r. Lofstedt i von Reis opisali sześciu pacjentów z bezdechem, czyli wentylowanych mechanicznie, z cechami odpowiadającymi śmierci mózgu. W 1960 r., a więc jeszcze przed Deklaracją Harvardzką i przed konferencją w Sydney, Lundberg opublikował pracę, w której opisał zmiany mózgowego ciśnienia perfuzyjnego, i wyraźnie przedstawił zjawisko, w którym ciśnienie śródczaszkowe czaszki przekracza ciśnienie perfuzyjne krwi, a to powoduje gwałtowny, albo narastający w ciągu kilkunastu minut, spadek perfuzji krwi i następującą śmierć mózgu.

Chciałbym, aby dyskurs na temat śmierci mózgu, a więc zjawiska biologicznego, prowadzili specjaliści. Nie myślę tu o dyskusji natury etycznej. Nie myślę tu o debacie na temat koncepcji śmierci, ale dyskusji na temat samego zjawiska biologicznego, jakim jest śmierć mózgu. To lekarze specjaliści, doświadczeni anestezjolodzy, neurochirurdzy, neurobiolodzy, neurologicy posiadają odpowiednie

kompetencje, żeby tę dyskusję prowadzić. Inaczej wprowadzimy zamęt w umysłach tych, którzy z natury rzeczy do takiej dyskusji nie są przygotowani. Nie możemy przecież oczekiwać od społeczeństwa, żeby wiedziało, jak interpretować obrazy arteriografii mózgowej. To my lekarze, my naukowcy, neurobiolodzy taką wiedzę posiadamy i powinniśmy ją w dyskusji wykorzystywać.

Chciałbym, żebyśmy zaakceptowali, że śmierć mózgu jest faktem biologicznym. Śmierć mózgu nie jest kwestią wiary i nie jest kwestią filozofii, nie jest też kwestią antropologii. Jest sprawą biologii, tak samo jak śmierć serca w efekcie zawału czy śmierć wątroby w efekcie martwiczego zapalenia wątroby. To jest fakt biologiczny, któremu zaprzeczyć nie można. To, czy jest to równoznaczne ze śmiercią człowieka, jest zupełnie inną sprawą i pozostaje w zakresie dyskusji ontologicznej. Przytoczę tutaj drastyczny przykład samobójcy, który dokonał tego aktu, strzelając w usta z broni kulowej. Pocisk rozerwał podniebienie, spenetrował do czaszki i całkowicie zniszczył mózg. Pomimo tego serce jego było jeszcze przez dziewięć godzin po postrzale. Czy naprawdę zdrowy rozsądek nakazuje nam wierzyć, że ten człowiek żył w tym czasie?

Chciałbym, aby w tych dyskusjach unikać populizmu i taniej popularności. Zapewne pamiętamy przypadek siedemnastoletniego Mateusza z Wrocławia, który doznał rozległego urazu mózgu. Arteriografia potwierdziła brak przepływu krwi przez mózg, natomiast rodzina nie wyraziła zgody na pobranie narządów. Ponieważ zgodnie z prawem w przypadku małoletniego zgoda rodziców była wymagana, na żadnym z dalszych etapów postępowania nie rozważano możliwości pobrania narządu. Wobec oczywistych objawów śmierci mózgu rozpoznano zgon i zgodnie z przepisami i zdrowym rozsądkiem, ale również etyką, chciano

zakończyć leczenie i odłączyć respirator. Chciałbym wierzyć, że nie dla taniego populizmu w dyskusję włączyły się autorytety lekarskie, a młodzież, która jest naturalnie podatna na perswazje z różnych stron, zajęła stanowisko bardzo emocjonalne, szermując hasłami „Handel organami zamiast ratowania życia” czy „Morderstwo w majestacie prawa”.

Chciałbym, aby przyjmować nauczanie Kościoła katolickiego dotyczące aspektów śmierci człowieka z taką samą pokorą i zaufaniem, jak wtedy, kiedy mówi o jego początku. Niestety, jakże często traktujemy wykładnie etyczne jak wielkanocną babkę z rodzynkami, z której wybieramy tylko te części, które odpowiadają naszemu indywidualnemu pojmowaniu świata. Już Jan XXIII powiedział: „(...) Magisterium Kościoła od samego początku z niezmiennym zainteresowaniem śledzi uważnie rozwój chirurgii i praktyki przeszczepu organów. Zważywszy, że jest to na pewno zagadnienie o podstawowym znaczeniu, w pierwszym rzędzie należy zapoznać się z rzetelnie wyważonym stanowiskiem nauki...”. Mówił o tym 11 lat przed Deklaracją Harwardzką i przed konferencją w Sydney również poprzednik Jana XXIII, Pius XII, stwierdzając, że to do lekarzy należy podanie jasnej, precyzyjnej definicji śmierci oraz określenie momentu śmierci pacjenta, który popada w stan nieświadomości. Jan Paweł II w 2000 r. powiedział, że „(...) przyjęte w ostatnim czasie kryterium, na podstawie którego stwierdza się śmierć, mianowicie całkowite, nieodwracalne ustanie aktywności mózgowej, jeżeli jest rygorystycznie stosowane, nie pozostaje w sprzeczności z istotnymi założeniami rzetelnej antropologii. A zatem pracownik służby zdrowia, którego zawodową powinnością jest stwierdzanie śmierci, może posługiwać się tymi kryteriami w każdym indywidualnym przypadku, jako podstawę pozwalającą uzyskać pewność osądu etycznego. Ta pewność moralna jest uważana za niezbędną, ale i wystarczającą podstawę dla

etycznie poprawnego działania”. Bardzo podobne stanowisko wyraziła Konferencja Episkopatu Polski, która zachęciła wiernych, by deklarowali wolę przekazania po śmierci swoich narządów do przeszczepienia.

Chciałbym, aby media zachowały rozwagę i powagę w dyskusji, bowiem społeczeństwo jest bardzo podatne na manipulacje, a czwarta władza w tych manipulacjach potrafi być mistrzem. Konferencja Episkopatu pisała: „(...) w szczególny sposób apelujemy do ludzi mediów, aby w poczuciu odpowiedzialności współtworzyli właściwy klimat, sprzyjający lepszemu tworzeniu tych trudnych spraw i kształtowaniu postaw otwartych na pomoc człowiekowi cierpiącemu i potrzebującemu”.

Na jednej z okładek „Ozonu”, czasopisma już w tej chwili niewydawanego, ale lokującego się w owym czasie na prawej stronie sceny politycznej, umieszczono zdjęcie pięknej dziewczyny z tytułem: *Żyje chociaż przeznaczyli ją na części zamienne*. Straszny tytuł: kto przeznaczył na części zamienne żywego człowieka? Dlaczego? Kto miał sumienie coś takiego zrobić? Później wielokrotnie wykorzystywano przypadek tej pacjentki dla udowodnienia tezy, że ze śmierci mózgu można pacjenta wyleczyć. W rzeczywistości – i wykazała to dogłębna analiza dokumentacji medycznej – chora nigdy nie miała nie tylko rozpoznanej śmierci mózgu, ale nawet wysuniętego podejrzenia śmierci mózgu. Pacjentka została prawidłowo i w pełni zrehabilitowana, a wykorzystywanie tego zdarzenia do udowodnienia, że śmierć mózgu nie istnieje lub że można pacjenta ze śmierci mózgu wyprowadzić, wynika albo z niewiedzy, a więc ignorancji, albo z celowego działania wbrew faktom, czyli arogancji. Zarówno jedno, jak i drugie w medycynie jest niedopuszczalne.

I wreszcie bardzo, jeszcze bardziej osobista refleksja.

Chciałbym, żebyśmy pamiętali, że transplantacje to jest pewien akt. Co do tego nie mamy wątpliwości, ale czy rzeczywiście oddanie swojego narządu po śmierci jest aktem wielkiej miłości, wielkiego wyrzeczenia? Jeżeli przyjrzymy się istocie aktu miłości, to niewątpliwie powinien spełniać przynajmniej cztery cechy: powinien być wolny i nieprzymuszony, nie powinien oczekiwać korzyści w zamian (co tak pięknie wybrzmiewa w Liście św. Pawła do Koryntian), celem aktu miłości nie powinien być darczyńca tylko obdarowany. I wreszcie, w moim przekonaniu, akt miłości powinien się wiązać z pewną rezygnacją, wyrzeczeniem. Czy akt decyzji o oddaniu swojego narządu po swojej śmierci jest aktem miłości? Niewątpliwie, takim aktem miłości jest oddanie swojej nerki albo fragmentu wątroby za życia, nawet jeżeli robimy to w stosunku do najbliższej osoby. W przypadku dawcy żywego oddanie narządu parzystego albo fragmentu wątroby niewątpliwie wypełnia definicję aktu miłości – wiąże się z wyrzeczeniem, bólem, a nawet ryzykiem dla zdrowia, w skrajnych przypadkach życia. I zawsze wtedy przypomina mi się ta przypowieść o biednej wdowie, która w cichości, tak, żeby nikt nie widział, wrzuciła trzy grosze, bo tylko tyle miała. W istocie, wdowa dała więcej niż wszyscy, „(...) bo złożyła z niedostatku swojego...”. Ale czy dokonujemy takiego samego aktu miłości, kiedy decydujemy o oddaniu swojego narządu po śmierci? Czy ta decyzja, podjęta jeszcze za życia, a realizowana już po naszej śmierci, wypełnia wszystkie cechy aktu miłości? Czy jesteśmy właścicielami naszego ciała, czy mamy prawo dysponować naszym ciałem w całkowicie dowolny sposób, a więc powiedzieć: nie, nie zamierzam oddać nikomu niczego? Przecież po naszej śmierci nie będziemy potrzebować naszych narządów, a zmartwychwstanie będzie miało charakter metafizyczny, mistyczny.

Czy oddanie naszych narządów po naszej śmierci jest istotną rezygnacją, bo oddajemy istotną część autonomii? Chcemy wierzyć, że autonomia jest bardzo ważnym, być

może najważniejszym przywilejem człowieka. Ale przecież tak wcale nie jest w życiu praktycznym. Jakże często oddajemy naszą autonomię dla celów mniej ważnych niż bezpośrednio ratowanie życia i zdrowia innego człowieka. Oddajemy – lub zabierają nam tę autonomię, kiedy jesteśmy powoływani do wojska i wysyłani na front. Oddajemy naszą autonomię, kiedy zamykają nas w kwarantannie z powodu epidemii choroby zakaźnej. Pozwalamy na to, żeby ratować pozostałą część społeczeństwa. Wydaje się więc, że ofiarowanie tego małego fragmentu naszej autonomii, jakim jest pobranie narządów po naszej śmierci, żeby ratować zdrowie i życie innego człowieka, jest w pełni uzasadnione.

Czy naruszenie *sacrum* śmierci może być argumentem przeciwko oddaniu narządu? Rzeczywiście, pobranie narządów wiąże się z otwarciem ciała po jego śmierci. Ale czy jest to istotne naruszenie *sacrum* śmierci? Czy *sacrum* śmierci, czy świętość ciała ludzkiego ma charakter całkowicie bezwzględny? Wbrew intuicji i przekonaniom, jest to wartość zmienna kulturowo i czasowo. Kiedyś uważano, że autopsja narusza świętość ciała ludzkiego, a do połowy XVII w. za wykonanie sekcji zwłok groziła kara śmierci. Dlaczego więc współcześnie akceptujemy badanie pośmiertne, pomimo że sekcja w niewątpliwy sposób narusza ciało zmarłego? Ponieważ poświęcamy jedno dobro, jakim jest naruszenie ciała zmarłego, dla innego, wyższego dobra, którym w przypadku sekcji jest pozyskanie wiedzy mogącej w przyszłości uratować innego człowieka. Jeżeli więc dopuszczamy możliwość sekcjonowania zmarłego człowieka, to dlaczego nie dopuścić możliwości pobrania narządów od zmarłego?

Widzimy więc, że oddanie narządu po śmierci nie jest aż tak wielkim aktem miłości, jak chcielibyśmy uważać, bowiem decydując się na oddanie narządów po swojej śmierci, darujemy coś, co tak naprawdę w życiu pozagrobowym nie będzie nam już potrzebne. Nazywając to aktem i darem miłości, postępujemy jak ci faryzeusze, „piece pobielane”,

które deklarują swoją dobroduszość i darczynienie, „(...) dorzucając z tego, na czym im tak naprawdę zbywa...”. Co więcej, to stanowisko możemy odszukać w tekście Katechizmu Kościoła Katolickiego: „Oddawanie narządów po śmierci jest czynem szlachetnym, godnym pochwały, należy do niego zachęcać, ponieważ jest przejawem wielkodusznej solidarności”. Nie miłości, ale właśnie solidarności. Jeżeli ci, którzy wierzą i praktykują, zwracają się do siebie w czasie mszy – bracie i siostrzo, to niech traktują tych, którzy czekają na narząd, jak brata i siostrę. Niech on będzie naszym bratem i siostrą i oddajmy mu to, z czego nam zbywa. Aktu miłości wymagać nie można, ale aktu solidarności można oczekiwać, bo jest naszym obowiązkiem moralnym. Solidarność jest naszym obowiązkiem i tę solidarność wyrażamy w czasie naszego życia w różny sposób, również deklarując oddanie swoich narządów po śmierci. Prostą konsekwencją logiczną jest stwierdzenie, że umożliwienie pobrania narządów jest obowiązkiem lekarza, a zaniechanie takiego działania jest zaniechaniem leczenia i zaniechaniem ratowania życia.

Chciałbym powiedzieć, że transplantacja jest cudem medycznym, a ludzie z przeszczepionym narządem nie należą do ludzi drugiej kategorii. Używam tego zdania nie bez powodu. W czasie jednego ze spotkań usłyszałem zdanie, które mnie zmroziło: „Transplantacje są nieetyczne, bo dzięki transplantacjom produkujemy ludzi drugiej kategorii”. Wiem, że dla tych, którzy dzielą ludzi na kategorie, jest specjalny krąg w piekle i specjalny kocioł z napisem „piętnasta kategoria”. Czy rzeczywiście transplantologia produkuje pacjentów drugiej kategorii? Przeszczepienie narządów należy obecnie do jednej z najskuteczniejszych – a czasami jest jedynym sposobem – leczenia schyłkowej niewydolności narządów. Chorzy po przeszczepieniu nerki, serca czy wątroby wracają do aktywności zawodowej. W licznych zawodach sportowych chorych po transplantacjach pacjenci osiągają

wyniki niedostępne dla wielu zdrowych ludzi. Kobiety mogą rodzić zdrowe dzieci i tworzyć normalne, szczęśliwe rodziny. To wszystko jest dzisiaj możliwe – dzięki osiągnięciom medycyny, ale również – a może przede wszystkim – dzięki altruizmowi, solidarności i miłości tych, którzy kiedyś, teraz i w przyszłości powiedzą – TAK.

Piśmiennictwo

1. Marie-François Xavier Bichat (1771–1802) and his contributions to the foundations of pathological anatomy and modern medicine. Shoja MM¹, Tubbs RS, Loukas M, Shokouhi G, Ardalan MR. *Ann Anat.* 2008 Nov 20; 190 (5): 413–20.
2. Sir Victor Horsley (1857–1916): pioneer of neurological surgery. Tan TC¹, Black PM. *Neurosurgery.* 2002 Mar; 50 (3): 607–11; discussion 611–2.
3. The birth of intensive care medicine: Björn Ibsen's records.
4. Reisner-Sénélar L. *Intensive Care Med.* 2011 Jul; 37 (7): 1084–6
Deep hypothermia in intracranial surgery. Lundberg N, Nielsen Kc, Nilsson E. *J Neurosurg.* 1956 May; 13 (3): 235–47.
5. Historia i idee neurocentrycznych koncepcji śmierci człowieka, Robert Roczeń, *Otwarte Referarium Filozoficzne* 3, 5–19 (2010) [online], [dostępny: <http://swiatopoglady.pl>]
6. [online], [dostępny: <http://www.diecezja.opole.pl/index.php/wiadomosci/listy-pasterskie/episkopatu-polski/269-sowo-biskupow-polskich-w-sprawie-przeszczepiania-narzdow>].
7. „L'Osservatore Romano”, wydanie polskie, Nr 11 12 (228) 2000.

MAREK HARAT
KAMIL KRYSKIEWICZ

Czy śmierć mózgu jest śmiercią człowieka? Spojrzenie lekarza neurochirurga

Koncepcja śmierci mózgu jest przykładem wpływu rozwoju medycyny i technologii na podstawowe elementy dotyczące życia człowieka jako jednostki. Śmierć osobnicza jest wydarzeniem, które jest głęboko osadzone w społeczeństwie i każdej kulturze. Jest zawsze związana z emocjami, otoczona szeregiem zwyczajów charakterystycznych dla danej populacji. Przed erą intensywnej terapii i mechanicznej wentylacji oczywistym momentem, który uznawany był za śmierć człowieka, było nieodwracalne zatrzymanie oddechu i bicia serca. W ujęciu ideologicznym był to punkt, granica odcięcia, po przekroczeniu której można było uznać człowieka za zmarłego. Naturalny rozwój technologii i idący za tym rozwój sztuki leczenia wymusił zmianę tej instynktownej i dość oczywistej definicji.

Historia

Impulsem do rozwoju respiratoroterapii stała się wirusowa choroba, której celem były motoneurony α rdzenia

kręgowego – polio. Powodowała ona niewydolność oddechową na poziomie mięśni wdechowych. Początkowo wspomaganie wentylacji oparte było na generowaniu ujemnego ciśnienia atmosferycznego na zewnątrz klatki piersiowej, co biernie powodowało jej rozprężenie i wdech. Aparatury te, nazywane kolokwialnie „żelaznymi płucami”, miały wiele wad, które uniemożliwiały ich zastosowanie na szeroką skalę w medycynie. Przełomem okazały się lata 50. XX w., kiedy zastosowano inne podejście do wentylacji płuc. Motorem była olbrzymia, prawie 80% śmiertelność chorych na polio. Z uwagi na niewielką dostępność ówczesnych respiratorów o ujemnym ciśnieniu, zaproponowano wentylację dodatnimi wartościami ciśnień po wykonaniu tracheostomii. Miało to miejsce w Blegdams Infectious Disease Hospital, gdzie około 1500 studentów brało udział w manualnej wentylacji nawet do 70 pacjentów na raz [1]. Z uwagi na ogromny nakład pracy, trudność w jej organizacji oraz znaczącą poprawę przeżycia pacjentów, koncepcja wentylacji dodatnimi ciśnieniami wymagała usprawnienia samej metody jej prowadzenia. Dzięki postępowi technicznemu powstały oddziały intensywnej terapii oraz szeroko dostępne, cały czas ulepszane respiratory. Od tej pory zmieniła się skala problemu niewydolności oddechowej spowodowanej przez uszkodzenie m.in. ośrodka oddechowego. Nagle pojawiła się populacja pacjentów niepodlegających samodzielnie akcji oddechowej z powodu uszkodzenia mózgu, z zachowaną akcją serca. Z tego powodu rozwój intensywnej terapii wymusił skupienie się na problemie uszkodzenia mózgu, definicji śmierci mózgu i jej wpływie na śmierć człowieka. Kulminacyjnym momentem dla rozwoju definicji śmierci mózgu była data 5 sierpnia 1968 r. Ukazała się wtedy publikacja w „Journal of the American Medical Association” Komisji Harvardzkiej dotycząca definicji nieodwracalnej śpiączki [2] oraz miała miejsce deklaracja z Sydney podczas 22. Światowego Zjazdu Towarzystw Medycznych [3]. Podkreślono w nich fakt, iż

do kryteriów krążeniowych śmierci osobniczej należy dołączyć jeszcze jeden element – śmierć mózgu, która jest ekwiwalentem śmierci człowieka. Obydwa dokumenty podkreśliły to zagadnienie, stając się motorem dla rozwoju badań w tym zakresie i udoskonalenia rozwijających się kryteriów diagnostycznych.

Podstawy anatomiczne

Podstawą do zrozumienia patofizjologii śmierci mózgu jest znajomość anatomii funkcjonalnej mózgowia. Mózgowie dzieli się na mózg, pień mózgu i mózdzek. Mózg zbudowany jest z kresomózgowia i międzymózgowia. Do pnia mózgu należy śródmózgowie, most i rdzeń przedłużony. Anatomicznie mózg zbudowany jest z płatów, które posiadają ośrodki korowe dla różnorodnych funkcji neurologicznych. Wyróżniamy pięć płatów: czołowy, ciemieniowy, skroniowy, potyliczny i wyspę.

Płat czołowy znajduje się w przedniej części mózgu, oddzielony jest od pozostałych płatów dwoma bruzdami: od płata ciemieniowego bruzdą środkową i od płata skroniowego bruzdą boczną. W jego obrębie znajdują się dwa ważne ośrodki elokwentne: pierwszorzędowa kora ruchowa zlokalizowana w zakręcie przedśrodkowym i ośrodek mowy, który wykazuje lateralizację co do półkuli mózgu. Dodatkowo lokalizują się tu niezwykle ważne ośrodki regulujące zachowanie człowieka, inteligencję społeczną i emocjonalną, myślenie abstrakcyjne.

Płat skroniowy jest oddzielony od płata czołowego bruzdą boczną, od płata ciemieniowego tylnym odcinkiem bruzdy bocznej, a od płata potylicznego arbitralnie ustaloną linią łączącą bruzdę przedpotyliczną z bruzdą ciemieniowo-potyliczną. W jego korze możemy wyróżnić ośrodki korowe dla słuchu oraz mowy. Wyjątkowo interesującymi



Zdjęcie 1. Przekrój strzałkowy MRI prawidłowego mózgowia.

ze względów funkcjonalnych i anatomicznych są struktury części przyśrodkowej płata skroniowego – hipokamp i ciało migdałowate. Są one elementami układu limbicznego, odpowiadają za konsolidację pamięci świeżej do długotrwałej, emocje oraz zachowanie.

Płat ciemieniowy znajduje się do tyłu od bruzdy środkowej i posiada w swoich granicach ośrodki czucia powierzchniowego i głębokiego, część ośrodków mowy, ośrodek liczenia, czytania oraz pisanie.

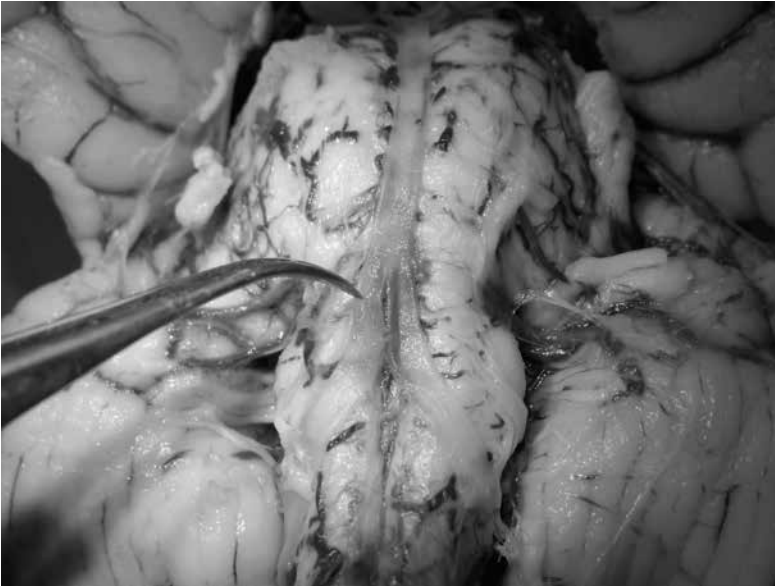
W płacie potylicznym znajduje się kora wzrokowa i część ośrodków odpowiedzialnych za czytanie.

Wyspa jest płatem ukrytym pod płaszczem powierzchniowych zakrętów kresomózgowia. Jej środek rzutuje się na bruzdę boczną, a jej kora na tzw. trzy wieczka wyspy, które należą do przylegających płatów: czołowego, ciemniowego i skroniowego. Funkcją wyspy jest koordynacja niektórych czynności ruchowych, kontrola i modulowanie układu współczulnego i przywspółczulnego oraz odczuwaniu podstawowych emocji: strachu, lęku, złości, radości czy smutku.

Z uwagi na szczególną rolę niektórych ośrodków ww. wymienionych płatów, możemy czynnościowo zebrać je w jeden kompleks – płat limbiczny. Jego rola jest szczególna, stąd w opracowaniach anatomicznych jest wyróżniony jako osobny płat, pomimo faktu, że jego składowe należą topograficznie do innych części mózgu. Płat limbiczny składa się z zakrętu obręczy, kompleksu hipokampa, ciała migdałowatego, obszaru podspoidłowego i zakrętu okołokręcowego. Każdy z jego elementów pełni nieco inną funkcję, ale wszystkie składają się na kontrolę i generowanie zachowań typowych dla człowieka: zapamiętywania, przywoływania zapamiętanych wspomnień i informacji, zachowania w społeczeństwie, kontroli emocji i uczuć. Współdziała on z korą płata czołowego w jego przednim odcinku.

Kolejną strukturą, która współtworzy mózgowie, jest mózdzek. Jego główną funkcją jest koordynacja napięcia i złożoności ruchów, zapewnienie ich płynności oraz częściowa kontrola nad ruchami gałek ocznych i mową.

W skład pnia mózgu wchodzi śródmózgowie, most i rdzeń przedłużony. Na niewielkiej objętości, jaką stanowią te struktury, znajduje się wiele życiowo ważnych ośrodków. Drogi korowo-rdzeniowe, korowo-jądrowe, rdzeniowo-korowe przebiegają przez istotę białą pnia mózgu. Dodatkowo w jej obrębie znajdują się wyspy ciał komórek nerwowych formujących jądra. Tworzą one zarówno nerwy czaszkowe, jak i struktury tworzą siatkowatego. Twór



Zdjęcie 2. Zdjęcie preparatu pnia mózgu.

siatkowaty jest pojęciem odnoszącym się do sieci jąder komórkowych mózgowia i rdzenia kręgowego, który moduluje wiele funkcji ośrodkowego układu nerwowego. W jego skład wchodzi część wstępująca i zstępująca. Część wstępująca pełni funkcję aktywującą, moduluje neurony kory przed otrzymaniem impulsu z długich dróg nerwowych. Część zstępująca reguluje funkcje rdzenia kręgowego i pnia mózgu, wpływając na neurony zarówno w sposób pobudzający, jak i hamujący. Twór siatkowaty moduluje aktywność dwóch ważnych ośrodków pnia mózgu: ośrodka naczynioruchowego i oddechowego. W skład pierwszego wchodzi neurony formujące dwie części: górno-boczną (rostral ventrolateral medulla – RVLM) i dolno-przyśrodkową (caudal ventrolateral medulla – CVLM). RVLM pełni funkcję aktywującą przez układ współczulny, CVLM przez układ współczulny i przywspółczulny pełni funkcję hamującą.

Dzięki pobudzeniom płynącym z baroreceptorów z naczyń obwodowych obydwa ośrodki są w stanie modulować układ sercowo-naczyniowy, by dostosować go do adekwatnej sytuacji. Drugim niezwykle istotnym ośrodkiem jest ośrodek oddechowy, który lokalizacyjnie i czynnościowo jest ściśle powiązany z jądrami nerwów czaszkowych: jądrem dwuznacznym i jądrem pasma samotnego oraz z mostem i śródmózgowiem.

Mózg jest oddzielony od pnia mózgu i mózdzku sztywną płytą wytworzoną z wypustki opony twardej – namiotu mózdzku. Struktura ta dzieli jamę czaszki na dwa duże przedziały: część nadnamiotową i podnamiotową. Część podnamiotowa znajduje się w tylnym dole czaszki, jest ograniczona od góry przez namiot mózdzku, a od przodu, boku i dołu przez struktury podstawy czaszki. W tej niewielkiej przestrzeni znajdują się życiowo najważniejsze struktury tworzące pień mózgu.

Wyjątkowość mózgowia jako narządu

To, co stanowi o wyjątkowości ośrodkowego układu nerwowego, to brak klinicznie istotnej zdolności do tworzenia nowych komórek nerwowych. Ciągłe mitozy i tworzenie nowych neuronów ma miejsce w warstwie podziarnistej zakrętu zębatego kompleksu hipokampa i strefy podkomorowej [4]. Kwestia neurogenezy u osób dorosłych jest szeroko badana w ostatnich czasach. Sporo wiadomo na temat komórek prekursorowych, etapach neurogenezy czy środowisku do tego potrzebnym, ale nadal nie ma to przełożenia na zastosowanie tej wiedzy w klinice [5]. Pewne jest, że neurogeneza jest zjawiskiem dynamicznym, ale o marginalnym znaczeniu w przypadku uszkodzenia ośrodkowego układu nerwowego i jego ewentualnej regeneracji. Pewnym pośrednim dowodem na ograniczoną zdolność do tworzenia

nowych neuronów jest fakt, że nowotwory wywodzące się z komórek nerwowych są niezwykle rzadkie.

Neurogenezę należy odróżnić od pojęcia neuroplastyczności, która jest ogólnym pojęciem określającym zmienność układu nerwowego po zakończeniu jego rozwoju zarodkowego i płodowego. Pod tym szerokim terminem kryje się zdolność do tworzenia nowych połączeń synaptycznych, reorganizacji już istniejących pod postacią zmniejszenia lub zwiększenia gęstości synaps w określonych ośrodkach. Zjawisko to jest nieocenione w trakcie rehabilitacji pacjentów po uszkodzeniu ośrodkowego układu nerwowego. Niestety, zdolności kompensacyjne, które potrafi rozwinąć tkanka nerwowa są ograniczone. W dobie rozwiniętej transplantologii i intensywnej terapii jesteśmy w stanie zapewnić z dużą skutecznością leczenie nerkozastępcze w schyłkowej chorobie nerek czy czasowe zastąpienie funkcji wątroby. Co więcej, jesteśmy w stanie zastąpić uszkodzony organ innym, pobranym od dawcy. Układ nerwowy i tkanka nerwowa wykazują pewną wyjątkowość również i w tym względzie. Nie ma klinicznej możliwości przeszczepienia mózgowia od dawcy, nie istnieje również skuteczna metoda zastąpienia jego funkcji z wykorzystaniem aparatury. Te wszystkie aspekty stanowią o wyjątkowości układu nerwowego, jak i są przyczyną wielu problemów medycznych, z którymi boryka się nowoczesna medycyna.

Patofizjologia śmierci mózgu

Podstawą zrozumienia patofizjologii śmierci mózgu jest zrozumienie podstaw fizjologii na poziomie tkanki. Funkcjonowanie neuronów jest ściśle zależne od ciągłego i płynnego dostarczenia tlenu i glukozy przez układ krwionośny. Procesy zachodzące w tkance nerwowej zużywają 20% całkowitego spoczynkowego zużycia tlenu przez organizm, pomimo że

jego masa to 2% całkowitej masy ciała. Podstawą ukrwienia mózgu jest ciśnienie perfuzyjne (CPP – Cerebral Perfusion Pressure). Jest to różnica pomiędzy średnim ciśnieniem tętniczym (MAP – Mean Arterial Pressure) a ciśnieniem wewnątrzczaszkowym (ICP – IntraCranial Pressure).

$$\text{CPP} = \text{MAP} - \text{ICP}.$$

Ciśnienie perfuzyjne jest czynnikiem niezbędnym do utrzymania przepływu mózgowego (CBF – Cerebral Blood Flow). Utrzymanie CBF w zakresie fizjologicznych wartości jest niezbędne do przeżycia tkanki nerwowej. Uśredniona wartość dla mózgowia wynosi 50–55 ml/100 g tkanki/ minutę. Spadek do 25 ml/min powodu zaburzenia na poziomie błony komórkowej, co manifestuje się klinicznie deficytami neurologicznymi, zaburzeniami świadomości, zwolnieniem zapisu w EEG. Granicą przeżycia dla neuronów jest 15 ml/min, poniżej 8 ml/min jest nieodwracalne uszkodzenie związane z ich śmiercią [6]. Mózgowie ma opracowane pewne mechanizmy kompensacyjne polegające na zwiększeniu przepływu krwi przez mózg czy do wzrostu frakcji uwolnionego tlenu, ale są to mechanizmy, które mają pewien zakres wydolności. Dzięki nim istnieje pewne okno czasowe, w którego zakresie podjęcie odpowiedniej terapii ma szansę nie dopuścić do nieodwracalnego uszkodzenia neuronów. Jeśli do niej dojdzie, reperfuzja i powrót skutecznego przepływu nie wpływa na odwrócenie tego procesu.

Patrząc na wzór ciśnienia perfuzyjnego, można wskazać dwa mechanizmy, które prowadzą do niedokrwienia tkanki nerwowej. Pierwszym z nich jest spadek ciśnienia tętniczego, który powoduje spadek MAP i wtórnie spadek przepływu mózgowego. Jest to wtórny proces uszkadzający ośrodkowy układ nerwowy, zależny od układu sercowo-naczyniowego lub metabolizmu ogólnoustrojowego. Główną przyczyną tego stanu to nagłe zatrzymanie krążenia, neuroglikopenia, hipoksja. Drugą składową równania jest ciśnienie wewnątrzczaszkowe, którego wzrost jest pierwotną

przyczyną niedokrwienia. W przypadku jego wzrostu przekraczającego mechanizmy kompensacyjne spada ciśnienie perfuzyjne mózgu i przepływ mózgowy, doprowadzając do uszkodzenia neuronów.

Symptomatologia

W wyniku uszkodzenia pnia mózgu dochodzi do szeregu objawów klinicznych, które nieco się różnią w zależności od aktualnego poziomu uszkodzenia. W przypadku, kiedy rozpatrujemy pierwotnie nadnamiotowe uszkodzenie mózgu, nadciśnienie wewnątrzczaszkowe przenosi się przez wcięcie namiotu na śródmózgowie. Do występujących już zaburzeń świadomości dołączają prężenia wyprostne, zaburzenia wegetatywne o cechach pobudzenia układu adrenergicznego: hipertensja, tachykardia, hipertermia, uszkodzenie nerwu okoruchowego – zarówno przez jego bezpośredni ucisk, jak i niedokrwienie jąder ruchowych i autonomicznych, które lokalizują się w śródmózgowiu. Jeśli uszkodzenie pnia mózgu postępuje niżej, to dochodzi do niedokrwienia rdzenia przedłużonego. Skutkuje to uszkodzeniem ośrodka oddechowego i naczyniowego. Klinicznie obserwuje się hipotensję, bezdech, ustąpienie zaburzeń wegetatywnych, brak odruchów z nerwów czaszkowych zlokalizowanych w moście i rdzeniu przedłużonym, hipotermię. Trzeba podkreślić, że podstawowym objawem śmierci mózgu są głębokie zaburzenia świadomości pod postacią śpiączki. Chory nie reaguje na bodźce zewnętrzne, nie przetwarza ich, nie ma z nim kontaktu. Charakterystyczne dla śmierci mózgu jest stwierdzenie braku przepływu w tętnicach mózgowia w badaniu angiografii, brak czynności elektrycznej w badaniu EEG, brak sygnału charakterystycznego dla metabolizmu mózgowego w badaniu PET.

Diagnostyka

Rozpoznanie śmierci mózgu jest ściśle określoną procedurą diagnostyczną. Wyróżniono w niej dwa etapy. Pierwszy etap polega na wysunięciu podejrzenia śmierci mózgu. Podstawowym krokiem jest rozpoznanie przyczyny śpiączki i wykluczenie stanów, które mogłyby symulować śmierć mózgu lub wpływać na jej ocenę. Kolejną rzeczą jest wykazanie braku jakiejkolwiek funkcji mózgu oraz potwierdzenie ich braku w określonym czasie. Należy podkreślić ogromną wagę postawienia rozpoznania przyczyny uszkodzenia mózgu. Jest to warunek niezbędny do tego, by rozpoznać śmierć mózgu. Co więcej, stwierdzona patologia musi być na tyle poważna, by mogła być uznana za przyczynę śmierci. Na etapie stawiania diagnozy śmierci mózgu trzeba wziąć pod uwagę w różnicowaniu stany chorobowe, które mogą ją imitować. Klasycznym przykładem jest głęboka hipotermia, zatrucie lekami: barbituranami, benzodiazepinami czy opioidami. W sytuacji, kiedy demielinizacja w zespole Guillaina-Barrego obejmuje jądra nerwów czaszkowych, obraz kliniczny w tej chorobie może imitować uszkodzenie pnia mózgu w śmierci mózgu. Podobnie wygląda sytuacja w udarach pnia mózgu i klinicznym zespole *locked-in*. Istnieje wiele stanów chorobowych, które mogą utrudniać postawienie rozpoznania: zaburzenia metaboliczne (hipoglikemia, mocznica, hiperamonemia), uraz kręgosłupa szyjnego, masywne urazy twarzoczaszki, gałek ocznych, wstrząs, hipotensja, skrajne zaburzenia jonowe, zatrucia toksynami egzogennymi.

Etap I obejmuje dokonanie u chorych następujących stwierdzeń i wykluczeń [7]:

1. Stwierdzenia:
 - a) chory jest w śpiączce,
 - b) sztucznie wentylowany,
 - c) rozpoznano przyczynę śpiączki,

- d) wykazano strukturalne uszkodzenie mózgu,
 - e) uszkodzenie strukturalne mózgu jest nieodwracalne wobec wyczerpania możliwości terapeutycznych i upływu czasu.
2. Wykluczenia:
- a) chorych zatrutych i pod wpływem niektórych środków farmakologicznych (narkotyki, neuroleptyki, środki nasenne, usypiające, zwiotczające mięśnie poprzecznie prążkowane),
 - b) w stanie hipotermii wywołanej przyczynami zewnętrznymi,
 - c) z zaburzeniami metabolicznymi i endokrynologicznymi,
 - d) z drgawkami i prężeniami,
 - e) noworodki donoszone poniżej 7 dnia życia.

Dopiero spełnienie powyższych kryteriów pozwala na przejście do drugiego etapu, czyli wykonania badań potwierdzających śmierć mózgu.

Etap II obejmuje dwukrotne wykonanie przez ordynatora oddziału/kliniki w odstępach 3-godzinnych następujących badań potwierdzających [7]:

- 1) nieobecność odruchów pniowych,
- 2) bezdech.

Badanie odruchów pniowych wykazuje:

- 1) brak reakcji źrenic na światło,
- 2) brak odruchu rogówkowego,
- 3) brak ruchów gałek ocznych spontanicznych, brak ruchów gałek ocznych przy próbie kalorycznej,
- 4) brak jakichkolwiek reakcji ruchowych na bodziec bólowy w zakresie unerwienia nerwów czaszkowych,
- 5) brak odruchów wymiotnych i kaszlowych,
- 6) brak odruchu oczno-mózgowego.

Badanie bezdechu wykazuje brak reaktywności ośrodka oddechowego.

Metodyka badania cech klinicznych śmierci pnia mózgu jest wystandaryzowana i określona w obwieszczeniu Ministra Zdrowia [7]. Nie ma możliwości modyfikowania warunków przeprowadzania testów, są jasno określone warunki badania, czasy prób i efekt, jakiego się poszukuje. Wszystkie badania potwierdzające należy powtórzyć po trzech godzinach od chwili zakończenia pierwszej serii badań. Spełnione wszystkie kryteria i właściwe, dwukrotne wykonanie prób zezwalają komisji złożonej z trzech lekarzy, w tym co najmniej jednego specjalisty w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii oraz jednego specjalisty w dziedzinie neurologii lub neurochirurgii, na uznanie badanego za zmarłego w wyniku śmierci mózgowej.

Warto zwrócić uwagę na brak badania odruchów rdzeniowych w ww. wytycznych. Jest to szczególnie istotna rzecz, ponieważ w pierwszych kryteriach śmierci mózgu badanie odruchów rdzeniowych występowało jako element diagnostyki. W 1977 r. opublikowano raport National Institute of Neurological Diseases and Stroke, w którym rekomendowano wykluczenie badania odruchów pochodzenia rdzeniowego [8]. Wynikało to z faktu, że odruchy te są stwierdzane u nawet 22–80% pacjentów ze stwierdzoną śmiercią mózgu [9, 10]. Spektakularną manifestacją odruchów rdzeniowych jest odruch Łazarza. Objawia się najczęściej obustronnym odwiedzeniem ramion, a następnie zgięciem w stawach łokciowych, nadgarstkowych i międzypaliczkowych, w końcu zgięciem ramion i złożeniem dłoni na klatce piersiowej. Jego częstość występowania może wynosić nawet do 2.6% [10]. Kolejnym ważnym aspektem, który należy podkreślić, jest brak konieczności wykonania badań instrumentalnych – angiografii, EEG, PET – w celu stwierdzenia śmierci mózgu. Diagnoza stawiana jest głównie na podstawie badania klinicznego. Można rozważyć poszerzenie diagnostyki w przypadkach, kiedy są wątpliwości kliniczne lub utrudniona ocena spowodowana dodatkowymi stanami pacjenta,

np. masywny uraz twarzoczaszki, uszkodzenia obwodowych części nerwów czaszkowych czy uraz rdzenia kręgowego w odcinku szyjnym.

Wokół śmierci mózgu istnieje wiele kontrowersji. Jej koncepcja opiera się na wielu warstwach: medycznej, filozoficznej [11], społecznej. Krytyka dotyczy każdej z płaszczyzn, jest naturalną konsekwencją poruszania się w zagadnieniach delikatnych, dotyczących końca życia osób, które odchodzą często w sposób nagły, nie dając czasu najbliższym na przygotowanie się na przyjęcie informacji o śmierci. Pomimo złożonej argumentacji przeciwników i zwolenników koncepcji śmierci mózgu, trzeba podkreślić fakt, iż jest to zjawisko empiryczne, które da się wykazać instrumentalnymi, obiektywnymi badaniami. Interesujące i unikalne jest badanie pochodzące z Japonii, gdzie w latach 80. XX w. badano 718 przypadków śmierci mózgu u dorosłych. Podjęmowano u nich intensywną terapię aż do momentu zatrzymania krążenia, które nastąpiło w każdym przypadku [12]. Badanie to wykazuje, iż pomimo podjęcia intensywnej terapii, wspomagania układu sercowo-naczyniowego i oddechowego, dochodzi do zatrzymania krążenia. Stosowanie katecholamin znacząco wydłuża zachowanie funkcji układu krążenia, ale nie jest w stanie zapobiec jego zatrzymaniu. I co najważniejsze, nie udało odzyskać się świadomości u żadnego z pacjentów objętych badaniem.

Brak akceptacji koncepcji śmierci mózgu będzie powodować długotrwały proces umierania, bez precyzyjnie ustalonego jego końca, często z towarzyszącym już rozkładem ciała. Stąd też głównym celem rozpoznania śmierci mózgu u osoby, u której podtrzymywane są sztucznie oddech i krążenie, jest zachowanie godności człowieka w okresie umierania.

Piśmiennictwo

1. Sykes MK, Bunker JP. The anaesthetist and the fever hospital. In: Sykes MK, Bunker JP, editors. *Anaesthesia and the practice of medicine: historical perspectives*. London: The Royal Society of Medicine Press Ltd. 2007. pp. 161.
2. A definition of irreversible coma Report of the Ad Hoc Committee of the Harvard Medical School to Examine the Definition of Brain Death. *JAMA* 1968;205:337–340.
3. Gilder S S B. Twenty-second World Medical Assembly. *Br Med J* 1968 Aug 24; 3 (5616): 493–4.
4. Lim, DA, Alvarez-Buylla, A. Interaction between astrocytes and adult subventricular zone precursors stimulates neurogenesis. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*. 96 (13): 7526–31.
5. Ming G, Song H. Adult Neurogenesis in the Mammalian Brain: Significant Answers and Significant Questions. *Neuron*. 2011; 70 (4): 687–702.
6. Lassen N., Astrup J. Normal regulation of ischemic thresholds, w: Wenstein P., Faden A.I.: *Protection of the brain from ischemia*. Baltimore 1990. 37–41.
7. Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 17 lipca 2007 r. w sprawie kryteriów i sposobu stwierdzenia trwałego nieodwracalnego ustania czynności mózgu. M.P. 2007 nr 46 poz. 547.
8. An appraisal of the criteria of cerebral death. A summary statement. A Collaborative Study. *JAMA*, 1977, 237, 982–986.
9. Beckmann, Y, Çiftçi, Y., İncesu, T.K. et al. Spinal reflexes in brain death. *Acta Neurol Belg* 2014, 114: 303.
10. Saposnik G, Basile VS, Young GB, Movements in brain death: a systematic review. *Can J Neurol Sci*. 2009, 36 (2): 154–60.
11. Iwańczuk W, *Śmierć mózgu*, wyd. Cornetis. Wrocław 2010.
12. Report of the Study Group on Brain Death: Guidelines and criteria for diagnosis of brain death. *The Journal of the Japan Medical Association* 1985, 94: 1949–1972.

MILENA ŚWITOŃSKA

Śpiączka i śmierć mózgu w praktyce neurologicznej

W praktyce neurologicznej niezmiernie ważna jest prawidłowa ocena stanu czuwania i przytomności. Najczęściej zdarza się to podczas badania chorego po urazie czaszkowo-mózgowym, kiedy to może dojść do rozległego uszkodzenia tkanki mózgowej. Postępy w intensywnej terapii spowodowały, że coraz więcej pacjentów przeżywa ciężkie uszkodzenie mózgu. Pomimo tego, iż większość tych pacjentów wychodzi ze stanu śpiączki w ciągu pierwszych kilku dni po uszkodzeniu, u niektórych dochodzi do stałej utraty wszystkich funkcji mózgu (śmierć mózgu), a u innych następuje poprawa do stanu wegetatywnego bądź zaburzeń pokrewnych. Często na tym etapie trudno jest prawidłowo rozpoznać rodzaj zaburzeń świadomości. Kliniczna, przyłóżkowa ocena takiego pacjenta polega na wnioskowaniu z reakcji na bodźce zewnętrzne, które obserwuje się w trakcie badania. W rozdziale tym zostanie wyjaśniony mechanizm powstawania śpiączki. Podane zostaną kryteria nozologiczne i podstawy neurofizjologiczne śmierci mózgu, śpiączki, stanu wegetatywnego, stanu minimalnej świadomości oraz zespołu zamknięcia (ang. *locked-in state*).

Zaburzenia przytomności i świadomości

Przytomność i świadomość traktuje się w języku medycznym często jako pojęcia jednoznaczne. Jednak tak nie jest.

Świadomość to zachowany pełny kontakt z otoczeniem i rozumienie znaczenia słów. Można być w stanie przytomności z ograniczoną świadomością lub bez świadomości. Świadomość znika wraz z utratą przytomności. Wyróżnia się zaburzenia ilościowe i jakościowe świadomości. Ilościowe zaburzenia świadomości to ograniczenie świadomości, zwykle związane ze stanem przytomności. Zaburzenia jakościowe to urojenia i omamy występujące w chorobach psychicznych i organicznych uszkodzeniach mózgu, szczególnie płata skroniowego w padaczkę skroniową, a także na skutek działania różnych substancji psychoaktywnych.

Przytomność to stan czuwania. Jego zaburzenia ilościowe mierzy się w różnych skalach, od pełnej przytomności przez senność, z zachowaną reakcją na słowa, polecenia, aż do śpiączki z zachowaną reakcją na ból lub brakiem reakcji na wszelkie bodźce. Przytomności nie można utożsamiać ze świadomością.

Przełomowym krokiem na drodze poznania mechanizmów zaburzeń przytomności były przede wszystkim dokonane w połowie naszego stulecia (1949) odkrycia G. Moruzziego i H.W. Magouna, dotyczące funkcji tzw. **tworu siatkowatego**, mieszczącego się w centralnej części pnia mózgu, oraz niektórych innych struktur związanych czynnościowo z tym tworem, którym łącznie nadano nazwę **układu siatkowatego** [1]. Funkcje te polegają na regulacji pobudliwości innych struktur mózgowia (w szczególności kory mózgu), na zwiększaniu lub zmniejszaniu stanu gotowości czynnościowej tych struktur. Źródłem informacji o świecie zewnętrznym i procesach zachodzących we wnętrzu ciała są dla organizmu bodźce, czyli czynniki fizyczne

lub chemiczne działające na narządy zwane receptorami. Działanie bodźca na receptor i wysłanie impulsów nie oznacza jeszcze, że przesłana do określonych ośrodków korowych informacja wywoła w nich reakcję w postaci wrażenia. Żeby reakcja taka wystąpiła, kora musi być przygotowana do przyjęcia tych impulsów przez odpowiednie pobudzenie. Otóż sygnały wysłane przez receptory docierają nie tylko do kory, lecz jednocześnie do układu siatkowatego, który obserwując płynące do kory sygnały, „rozbudza” ją w razie potrzeby. Owo „budzenie” ogarnia przy tym całą korę, umożliwiając rozpoznanie bodźca w odpowiednim ośrodku mózgu. Ścisłej: układ siatkowaty – działając pod wpływem bodźców płynących z obwodu – wywołuje w korze i innych strukturach mózgowia stan „gotowości czynnościowej”, zwany napięciem (tonusem), niezbędny do prawidłowego funkcjonowania ośrodków spostrzegania, kojarzenia i ruchu. Działanie to polega prawdopodobnie na podprogowym pobudzeniu neuronów korowych, których wrażliwość na impulsy wzrasta zależnie od stopnia tego pobudzenia. Przytomność zależy zatem od aktywności wstępującego układu siatkowatego pnia mózgu oraz kory mózgowej. Spadek aktywności układu siatkowatego, niezależnie od jego przyczyny, powoduje zaburzenia przytomności.

Twór siatkowaty (łac. *formatio reticularis*) stanowi sieć połączonych ze sobą neuronów rozproszonych w całym pniu mózgu. Nie tworzy on konkretnej całości w konkretnej przestrzeni. Jest układem nieswoistym. Rozciąga się od międzymózgowia do rdzenia przedłużonego, a następnie przechodzi w twór siatkowaty rdzenia kręgowego. Ma połączenia niemalże ze wszystkimi częściami ośrodkowego układu nerwowego. Neurony tworzą siatkowatego tworzą skomplikowaną sieć, złożoną z polisynaptycznych układów częściowo skrzyżowanych, o nie do końca poznanim znaczeniu funkcjonalnym. Przewodzą one impulsy drogami nieswoistymi. W skład tego układu wchodzi neuron

pobudzające lub hamujące impulsacje za pośrednictwem niemalże wszystkich rodzajów neurotransmiterów.

Układ siatkowaty pełni funkcje czynnościowe. Zawia-
duje wieloma czynnościami, ma możliwość wpływania na
jądra nerwów czaszkowych i ośrodki autonomiczne oraz na
stan aktywności kory mózgowej. Twór siatkowaty wpływa
na czuwanie, sen i stan świadomości [2].

Fizjologicznie układ siatkowaty dzieli się na:

A. Część zstępująca – kontroluje czynność odruchową
rdzenia kręgowego, wpływa na czynność ośrodków
oddechowych, krążeniowych oraz na napięcie mię-
śniowe.

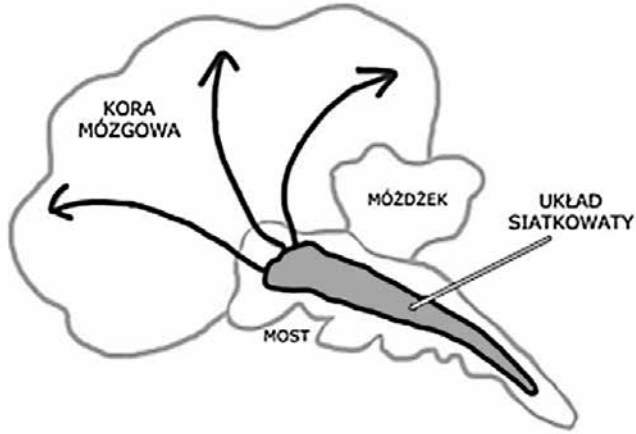
Dzieli się na :

- pobudzającą,
- hamującą

B. Część wstępująca – przewodzi impulsy dośrodkowe
jako droga nieswoista, kontroluje czynność neuronów jąder
ruchowych mostu oraz jąder ruchowych nerwów kontrolu-
jących ruch gałek ocznych.

Dzieli się na:

- układ siatkowaty wstępujący pobudzający (RAS,
aktywujący układ śródmózgowia) – prowadzi im-
pulsację do wszystkich pól korowych, ośrodków
autonomicznych oraz ośrodków podkorowych.
RAS odbiera impulsację ze wszystkich receptorów
organizmu, posiada obustronne połączenia z korą
mózgową. Pobudzenia te następnie przekazuje do
rozległych obszarów kory i ośrodków podkoro-
wych wytwarzających w nich stan gotowości czyn-
nościowej, czyli wzbudzenia niezbędnego do pra-
widłowego funkcjonowania okolic czuciowych,
ruchowych i kojarzeniowych kory;
- układ wstępujący hamujący, czyli układ rekrutu-
jący wzgórza – działa antagonistycznie do RAS,
synchronizuje czynność bioelektryczną mózgu.



Ryc. 1. Układ siatkowaty.

Ciężkie uszkodzenie tworu siatkowatego może prowadzić do śpiączki, zwykle w ciągu 2–4 tygodni przechodzącej w stan śmierci mózgu lub stan wegetatywny. Stan śmierci mózgu wiąże się z całkowitym brakiem aktywności mózgu, łącznie z pniem, a więc również samodzielnej kontroli oddechania.

Klinicznie wyróżnia się trzy kategorie głębokości zaburzeń przytomności. Rozpoznanie polega na ocenie reakcji chorego na bodziec zewnętrzny.

Senność patologiczna (sommolencja) – chory wykazuje nadmierną senność, która nie jest związana z rytmem dobowym. Chorego można wybudzić, spełnia on wówczas proste polecenia. Po zaprzestaniu bodźca, ponownie zasypia.

Półśpiączka (sopor) – chorego nie można wybudzić żadnym bodźcem, ale reaguje on celowo w odpowiedzi na bodziec bólowy (np. cofnięciem kończyny).

Śpiączka (coma) – chorego nie można wybudzić, nie reaguje też na bodziec bólowy.

Metody badania określające głębokość utraty przytomności są różne. Istotą tych badań jest kompleksowa ocena reaktywności odruchowej, samoistnej bądź indukowanej różnymi bodźcami w zakresie czynności somatycznych i wegetatywnych. W zakres badań wchodzi: próby proste – przy zastosowaniu bodźców np. słuchowych, wzrokowych bądź bólowych, albo badania złożone – np. przy użyciu EEG, PET z zastosowaniem ^{18}F – fluorodezoksyglukozy czy fMRI.

Śpiączka

Śpiączka charakteryzuje się brakiem czuwania i stąd także brakiem świadomości. Pacjent leży z zamkniętymi oczami, nie można go wybudzić i nie ma świadomości siebie i otoczenia. U pacjenta w śpiączce za pomocą stymulacji nie da się osiągnąć spontanicznych okresów czuwania i otwierania oczu, tak jak u osób w stanie wegetatywnym [3]. Śpiączka musi utrzymywać się co najmniej godzinę, aby można było ją wyraźnie odróżnić od omdlenia, wstrząśnienia mózgu i pozostałych stanów przemijającego stanu nieprzytomności. Pacjenci w śpiączce, którzy przeżyją, na ogół w ciągu 4 tygodni zaczynają się budzić i wracać stopniowo do zdrowia [4]. W niektórych przypadkach śpiączka może przechodzić w stan wegetatywny, zespół zamknięcia albo możemy rozpoznać śmierć mózgu.

Zarówno śpiączka, jak i zaburzenia świadomości mogą być spowodowane wieloma pierwotnymi lub wtórnymi procesami obejmującymi układ nerwowy. Poniżej zostały wymienione niektóre z tych najistotniejszych problemów klinicznych.

A. *Ogniskowe uszkodzenie mózgu nadnamiotowe:*

- Podkorowe zmiany uszkadzające;

- Krwotok: nadwardówkowy, podwardówkowy, podpajęczynówkowy; śródmózgowy, malformacja naczyniowa;
 - Zawał mózgu;
 - Guz: pierwotny, przerzutowy;
 - Ropień: śródmózgowy, podwardówkowy;
 - Zamknięty uraz głowy;
- B. Ogniskowe uszkodzenie mózgu podnamiotowe:**
- Powodujące ucisk: krwotok, zawał, guz lub ropień mózdzku, krwihak podwardówkowy lub nadwardówkowy w tylnej jamie, tętniak tętnicy podstawnej;
 - Uszkodzające: krwotok, zawał, guz, demielinizacja lub ropień pnia mózgu;
- C. Rozlane zaburzenie czynności mózgu:**
- Wewnątrzpochodne: zapalenie mózgu, postępująca wielogniskowa leukoencefalopatia, zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych, wstrząśnienie mózgu, napad padaczkowy lub stan ponapadowy, wgłobienie;
 - Niedotlenieniowe lub metaboliczne: niedotlenienie, niedokrwienie, niedobory żywieniowe, encefalopatia wątrobowa, mocznica, choroba płuc;
 - Choroby endokrynologiczne: nieketonowa hiperosmolarna śpiączka hiperglikemiczna, kwasica ketonowa, rozsiane wykrzepianie wewnątrznaczyniowe, hipoglikemia, choroba Addisona, obrzęk śluzakowaty, nadczynność tarczycy, uogólniona niedoczynność przysadki;
 - Toksyczne, spowodowane lekami: amfetaminy, kokaina, trójpierścieniowe leki przeciwdepresyjne, fenotiazyny, lit, benzodiazepiny, metakwalon, barbiturany, alkohol, opioidy, ibuprofen, kwas acetylosalicylowy;

- Zaburzenia jonowe i równowagi kwasowo-zasadowej: hiposmolarność lub hiperosmolarność, hiponatremia lub hipernatremia, hipokalcemia lub hiperkalcemia, hipofosfatemia, kwasica mleczanowa, obrzęk mózgu;
 - Hipotermia, hipertermia;
 - Zespoły paranowotworowe: zapalenie układu limbicznego.
- D. **Śpiączka psychogenna**: reakcja konwersyjna, osłupienie katatoniczne, symulowanie.

Rokowanie w śpiączce

Skala Glasgow, GCS (ang. *Glasgow Coma Scale – GCS*) jest używana w medycynie w celu oceny poziomu przytomności. Została opracowana przez Teasdale'a i Jennetta w 1974 r., a następnie rozwinięto ją jako wystandaryzowaną skalę kliniczną, która pozwala na niezawodną i powtarzalną ocenę neurologiczną chorych z pourazowym uszkodzeniem mózgu w śpiączce [5]. Początkowo wprowadzono ją w celu umożliwienia szybkiej oceny stanu pacjentów po urazie głowy i wstępnego ustalenia rokowania. Obecnie jest powszechnie stosowana zarówno w medycynie ratunkowej, jak i do śledzenia zmian poziomu świadomości pacjentów w czasie leczenia. Opiera się ona na ocenie trzech parametrów: otwierania oczu, odpowiedzi słownej i czynności ruchowych.

Ocenie podlega:

- Otwieranie oczu:
 - 4 punkty – spontaniczne
 - 3 punkty – na polecenie
 - 2 punkty – na bodźce bólowe
 - 1 punkt – nie otwiera oczu
- Kontakt słowny:

- 5 punktów – odpowiedź logiczna, pacjent zorientowany co do miejsca, czasu i własnej osoby
- 4 punkty – odpowiedź splątana, pacjent zdeorientowany
- 3 punkty – odpowiedź nieadekwatna, nie na temat lub krzyk
- 2 punkty – niezrozumiałe dźwięki, pojękiwanie
- 1 punkt – bez reakcji
- Reakcja ruchowa:
 - 6 punktów – spełnianie ruchowych poleceń słownych, migowych
 - 5 punktów – ruchy celowe, pacjent lokalizuje bodziec bólowy
 - 4 punkty – reakcja obronna na ból, wycofanie, próba usunięcia bodźca bólowego
 - 3 punkty – patologiczna reakcja zgięciowa, odkorowanie (przywiedzenie ramion, zgięcie w stawach łokciowych i ręki, przeprost w stawach kończyn dolnych)
 - 2 punkty – patologiczna reakcja wyprostna, odmóżdzenie (odwiedzenie i obrót ramion do wewnątrz, wyprost w stawach łokciowych, nawrócenie przedramion i zgięcie stawów ręki, przeprost w stawach kończyn dolnych, odwrócenie stopy)
 - 1 punkt – bez reakcji.

Łącznie można uzyskać od 3 do 15 punktów. Na podstawie skali Glasgow zaburzenia przytomności najczęściej dzieli się na:

- GCS 13–15 – łagodne,
- GCS 9–12 – umiarkowane,
- GCS 3–8 – ciężkie.

Jednorazowa ocena w skali GCS ma ograniczoną wartość i nie wystarcza do określenia stopnia uszkodzenia mózgu po urazie, nie ma także wartości prognostycznej. Natomiast powtarzane badanie za pomocą GCS jest

wartościowym narzędziem klinicznym. Utrzymywanie się niskiej punktacji GCS wskazuje zdecydowanie na gorsze rokowanie [6].

Inne stany, które mogą przypominać śpiączkę

Stan wegetatywny (ang. *vegetative state* – VS)

Jest to stan zejściowy po ciężkim uszkodzeniu mózgu, może stanowić zejście śpiączki i może utrzymywać się przez lata. Cechuje się zachowaną przytomnością bez świadomości, zachowany jest cykl dobowy snu i czuwania oraz otwieranie oczu na bodźce dźwiękowe. Ciśnienie tętnicze i oddech są wydolne. Terminem przetrwały stan wegetatywny (ang. *persistent vegetative state*) określa się stan wegetatywny utrzymujący się miesiąc po ostrym uszkodzeniu mózgu urazowym lub nieurazowym. Utrwalony stan wegetatywny (ang. *permanent vegetative state*) jest nieodwracalny. Według Wielodyscyplinarnej Grupy Specjalnej zajmującej się Utrwalonym Stanem Wegetatywnym (ang. *Multi-Society Task Force on Permanent Vegetative State*), stan wegetatywny można uznać za utrwalony po trzech miesiącach od wystąpienia nieurazowego uszkodzenia mózgu lub po 12 miesiącach od uszkodzenia urazowego [7]. Termin „permanentny” oznacza głównie rokowanie niż konkretne rozpoznanie i świadczy o mniejszym prawdopodobieństwie wyzdrowienia. Częstość występowania stanu wegetatywnego wśród pacjentów hospitalizowanych szacuje się w Europie na 0,5–2 przypadków na 100 tys. populacji rocznie. Wśród nich 30% stanowią pacjenci po urazowym uszkodzeniu mózgu, natomiast pozostałe 70% to osoby z krwotokami śródczaszkowymi, guzami, niedokrwieniem mózgu w wyniku zatrzymania krążenia oraz stany końcowe niektórych postępujących schorzeń neurologicznych [8, 9].

W stanie wegetatywnym pień mózgu zostaje w większości oszczędzony, natomiast rozległe i ciężko uszkodzone są istota szara i biała obu półkul mózgowych. Całkowity metabolizm kory mózgowej u pacjentów w stanie wegetatywnym wynosi 40–50% zakresu wartości prawidłowych [10, 11]. Względne zaoszczędzenie pnia mózgu i przyległych struktur jest charakterystyczną cechą u pacjentów w stanie wegetatywnym. Zachowanie czynności tych struktur pozwala na utrzymywanie się u tych pacjentów stanu czuwania i funkcji układu autonomicznego.

Zespół zamknięcia (ang. *locked-in syndrome*)

Plum i Posner wprowadzili termin zamknięcia w celu opisanego porażenia czterokończynowego i anartrii spowodowanych przerwaniem dróg korowo-rdzeniowych i korowo-opuszkowych. Zespół zamknięcia rozpoznajemy, kiedy zachowana jest świadomość i przytomność, oczy są otwarte, występuje bezgłos (afonia) lub hipofonia, porażenie albo niedowład czterokończynowy, są obecne pionowe ruchy gałek ocznych albo mruganie górną powieką w celu sygnalizowania odpowiedzi tak /nie [12]. Występuje zwykle przy uszkodzeniach brzusznej części mostu – zawałach, guzach i krwotokach lub mielinolizie. Może być przemijający lub utrzymywać się przewlekle. Jest to stan rzadki. Stan taki nietrudno pomylić ze śpiączką, niemniej chorzy ci mogą być w pełni świadomi tego, co dzieje się w ich otoczeniu, włącznie z tym, co mówią lekarze czy opiekunowie. Istotną wskazówką jest obecność spontanicznego otwierania oczu u pozornie nieprzytomnego chorego. Potwierdzeniem rozpoznania zespołu zamknięcia jest zdolność chorego do spojrzenia ku górze na polecenie badającego. W zespole zamknięcia uszkodzenie jest zlokalizowane poniżej śródmózgowych ośrodków kontrolujących pionowe ruchy gałek ocznych oraz ruchy otwierania oczu, te właśnie ruchy

zostają zachowane, przy jednoczesnej niemożności lub znacznym upośledzeniu wykonywania ruchów poziomych gałek ocznych.

Stan minimalnej świadomości (ang. *minimally conscious state – MCS*)

Stan minimalnej świadomości (MCS) rozpoznajemy u pacjentów, którzy nie są w stanie wegetatywnym, ale też nie są w stanie porozumiewać się w sposób w pełni logiczny. Żeby ten stan rozpoznać, u chorego musi być obecna ograniczona, ale wyraźnie widoczna w sposób powtarzalny i trwały świadomość siebie samego lub otoczenia, obserwowana w co najmniej jednej z następujących sytuacji: spełnianie prostych poleceń, reakcja gestowa lub słowna tak/nie, zrozumiała mowa, celowe zachowanie – ruchy lub reakcje emocjonalne powiązane przyczynowo z bodźcami z otoczenia, a nie spowodowane odruchami (śmiech, płacz w odpowiedzi na bodźce słowne lub wzrokowe zawierające elementy emocjonalne, wokalizacje lub gesty w odpowiedzi na zwroty lub pytania, sięganie po przedmioty, dotykanie lub chwytanie przedmiotów w sposób adekwatny do ich rozmiarów i kształtów, śledzenie wzrokiem lub fiksacja wzroku w reakcji na ruchome lub zwracające uwagę bodźce), użycie przedmiotów zgodnie z przeznaczeniem, spójna komunikacja werbalna. Badania anatomopatologiczne i neuroobrazowe wykazały, że spektrum uszkodzeń tkanki mózgowej u pacjentów z MCS jest podobne do uszkodzeń u pacjentów będących w stanie wegetatywnym, przy czym zachowana została wystarczająca ilość połączeń między korą mózgu, wzgórzem i ośrodkami aktywnymi pnia mózgu odpowiedzialna za pewien poziom reaktywności behawioralnej [13]. W Stanach Zjednoczonych żyje obecnie około 100 tys. pacjentów z MCS [14]. Najczęstszą przyczyną MCS jest urazowe uszkodzenia mózgu, gdyż rozwija się u 10–15% osób z ciężkim uszkodzeniem OUN. Przyczyny

nieurazowe u dorosłych obejmują uszkodzenie hipokse-micznie-niedokrwiennie w wyniku zatrzymania krążenia, udaru lub zapalenia mózgu i opon mózgowo-rdzeniowych, rzadko są zejściowym etapem chorób neurozwyrodnieniowych [15].

Kryteria diagnostyczne MCS zostały opracowane przez zespół ekspertów podczas konferencji Aspen Neurobehavioral Conference w 2002 r. i obejmują [16,17]:

- a) globalnie upośledzoną odpowiedź;
- b) ograniczoną, ale dostrzegalną świadomość siebie samego i otoczenia poprzez istnienie jednego lub więcej z poniższych zachowań:
 - spełnianie prostych poleceń,
 - słowna lub gestykulacyjna odpowiedź na pytania tak/nie,
 - zrozumiała werbalizacja;
- c) zachowanie celowe.

Różnicowanie MCS ze stanem wegetatywnym (VS) może nastroczać poważne trudności, o czym świadczy fakt błędnego rozpoznania VS u 30–40% pacjentów, będących w istocie w MCS [18]. Postawienie właściwego rozpoznania ma ogromne znaczenie terapeutyczne. U pacjentów z MCS rokowanie jest lepsze niż u chorych z VS, ponieważ poprawa stanu świadomości jest bardziej prawdopodobna. Rokowanie jest lepsze w przypadku etiologii urazowej niż nieurazowej. W grupie chorych z MCS w wyniku ostrego urazowego uszkodzenia mózgu 40% odzyskało pełną świadomość w ciągu 12 tygodni, natomiast do 50% uzyskało czynnościową niezależność w ciągu 1 roku [19]. Różnice pomiędzy poszczególnymi stanami zaburzeń przytomności pokazuje tabela.

Diagnostyka różnicowa śpiączki i zaburzeń pokrewnych.

	Śpiączka	Zespół zamknięcia	Stan wegetatywny	Śmierć mózgu
Oddech	Zachowany lub zaburzony w zależności od miejsca uszkodzenia	Zachowany najczęściej, ale może być zaburzony w zależności od miejsca uszkodzenia	Zachowany	Brak
Przytomność	Brak	Obecna	Obecna	Brak
Świadomość	Brak	Obecna	Brak	Brak
Cykl dobowy snu i czuwania	Brak	Obecny	Obecny	Brak
Otwieranie oczu na bodźce	Brak	Zachowane	Zachowane	Brak
Miejsce uszkodzenia w mózgowiu	Rozległe uszkodzenie kory mózgu i istoty białej, obustronne uszkodzenie wzgórza, ogniskowe uszkodzenie obustronne pnia mózgu	Brzuszną część mostu, albo brzuszną część śródmózgowia	Uszkodzenie przodomózgowia, płatów potylicznych i hipokampów albo rozlane uszkodzenie mózgu lub mózdziku	Konsekwencja śpiączki, nieodwracalne uszkodzenie pnia mózgu.

Śmierć mózgową (ang. *brain death* – *BD*)

Pierwszy opis śmierci mózgu przedstawili w 1959 r. Mollaret i Goulon [20] na przykładzie 23 chorych będących w głębokiej śpiączce, bez odruchów i z płaską krzywą w zapisie EEG. W 1964 r. na zjeździe chirurgicznym w Monachium podano pierwsze w Europie kryteria śmierci mózgu [21]. W 1968 r. opublikowano najbardziej znane tzw. kryteria harwardzkie. Według nich śmierć mózgu można było rozpoznać na podstawie braku percepcji i reaktywności układu nerwowego, braku odruchów (w tym rdzeniowych), braku spontanicznych ruchów w czasie godzinnej

obserwacji, bezdechu w czasie trzech minut oraz linii izoelektrycznej w badaniu EEG.

Śmierć mózgu to nieodwracalne uszkodzenie funkcji mózgu, w tym pnia mózgu. Pojęcie śmierci mózgu jako śmierci jednostki jest w dużej mierze zaakceptowane. W większości państw opublikowano rekomendacje dotyczące rozpoznania śmierci mózgu, ale kryteria diagnostyczne różnią się w zależności od kraju [22].

W niektórych krajach, np. w USA czy Szwajcarii, do oceny pacjenta z podejrzeniem śmierci mózgu wykorzystuje się badanie jednego doświadczonego lekarza, podczas gdy np. w Niemczech, Polsce czy Wielkiej Brytanii musi być dwóch doświadczonych lekarzy. Ponadto inny jest czas wymagany do powtórzenia badania klinicznego, w Niemczech i USA jest to 12 godzin, natomiast w Wielkiej Brytanii i Szwajcarii tylko 6 godzin (dotyczy to pierwotnych uszkodzeń mózgu) [23, 24].

Kryteria i szczegółowy sposób stwierdzenia trwałego, nieodwracalnego ustania czynności mózgu, ustalone przez specjalistów anestezjologii i intensywnej terapii, neurologii, neurochirurgii oraz medycyny sądowej określa załącznik do obwieszczenia Ministra Zdrowia z dnia 17 lipca 2007 r. (MP z 2007 r., Nr 46, poz. 547). W założeniach ogólnych do wymienionego załącznika wskazano, że trwałe uszkodzenie pnia mózgu ustala się na podstawie braku określonych odruchów nerwowych i braku spontanicznej czynności oddechowej. Postępowanie takie, oparte przede wszystkim na badaniach klinicznych, w przeważającej liczbie przypadków jest możliwe, a jego wynik pewny.

Niezależnie od kraju, do triady objawów śmierci mózgowej zaliczamy nieodwracalną śpiączkę, brak odruchów pniowych oraz brak własnego oddechu.

Amerykańska Akademia Neurologii opublikowała zalecenia dotyczące orzekania śmierci mózgowej u dorosłych w celu ujednoczenia tego rozpoznania.

Kryteria kliniczne śmierci mózgowej

- I. Bezwzględne warunki wstępne:
 - Kliniczne lub neuroobrazowe dowody na nieodwracalne, ciężkie uszkodzenie OUN, które jest zgodne z objawami śmierci mózgowej.
 - Należy wykluczyć obecność zaburzeń metabolicznych i endokrynologicznych. Zaburzenia elektrolitowe lub objawy wstrząsu kardiogennego muszą być wyrównane.
 - Wykluczenie zatrucia lekami. Każdy lek sedatywny musi być odstawiony, z badaniem stężenia leku potwierdzającym jego wypłukanie.
 - Skorygowanie hipotermii (temperatury ciała $< 32^{\circ}\text{C} / 90^{\circ}\text{F}$).
- II. Wymagane objawy kliniczne:
 - Przy spełnieniu warunków wstępnych, w przypadku uszkodzenia mózgu powodującego śmierć mózgową, wystarczy tylko badanie objawów śmierci mózgowej w celu postawienia rozpoznania.
 - Śpiączka: brak mózgowej odpowiedzi ruchowej na ból.
 - Brak funkcji pnia mózgu (w tym odruchów):
 - brak reakcji źrenic na światło;
 - brak odruchów rogówkowych;
 - brak odruchu oczno-przedsionkowego;
 - brak odruchu gardłowego;
 - brak innych odruchów pnia mózgu (np. mrukania, rzęskowo-rdzeniowego, kaszlowego, rykowego).
 - Badanie bezdechu.
- III. Badania potwierdzające:
 - Badania potwierdzające nie są wymagane do rozpoznania śmierci mózgowej. Można je wykonać

w sytuacji niemożności wykonania badania bezdechu ze względu na niestabilność krążenia. Zazwyczaj zaleca się wykonanie minimum jednego badania potwierdzającego.

- Izoelektryczny zapis w EEG w ciągu co najmniej 30 min, niezbędne w przypadkach podnamiotowego uszkodzenia mózgu.
- Słuchowe i somatosensoryczne potencjały wywołane mogą potwierdzić brak funkcji pnia mózgu.
- Brak krążenia mózgowego można potwierdzić arteriografią mózgową (uwidacznia jedynie łuk aorty i tętnice szyjne), przezczaszkowym badaniem dopplerowskim (TCD) lub angioscycntyografią radioizotopową.

U pacjentów ze śmiercią mózgową mogą być obecne automatyzmy rdzeniowe. Należy dokładnie poinformować rodzinę pacjenta, że te objawy nie są związane z aktywnością mózgową.

Automatyzmy rdzeniowe w przypadkach śmierci mózgu:

1. Skurcze robaczkowe przy wyzwalaniu odruchów własnych mm.
2. Zgięcie podszwowe palców stopy w odpowiedzi na drażnienie skóry.
3. Reakcja zgięciowa kończyn dolnych przy drażnieniu skóry (Th8-Th12, podszew).
4. Ruchy wyprostne kończyn górnych przy drażnieniu skóry (C8-Th4).
5. Złożone ruchy kończyn przy biernych ruchach głowy.
6. Priapizm.

Badania instrumentalne

Testy potwierdzające są wymagane głównie wtedy, kiedy istnieją czynniki, które mogą mieć istotny wpływ na badania (leki uspokajające, zaburzenia jonowe) lub uniemożliwiająca badanie (ciężki uraz twarzy lub oka). U noworodków i dzieci diagnoza śmierci mózgu jest trudna, a testy potwierdzające są zwykle zalecane [25, 26].

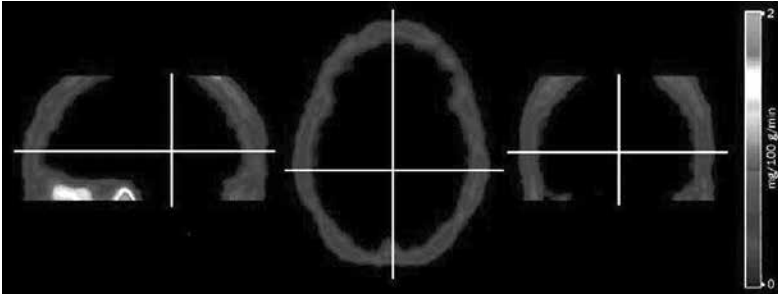
Ustalenie śmierci mózgu wymaga wówczas przeprowadzenia badań instrumentalnych, których wyniki mają istotne znaczenie w potwierdzeniu śmierci całego mózgu, a tym samym śmierci człowieka. Do badań tych zaliczamy:

- zapis elektroencefalograficzny (EEG),
- słuchowe i somatosensoryczne potencjały wywołane,
- przezczaszkowa ultrasonografia metodą Dopplera,
- scyntygrafia perfuzyjna,
- angiografia mózgowa.

Ostatnie doniesienia w literaturze potwierdziły, że wielorządowa angiografia CT jest dobrym narzędziem do wykazania braku śródczaszkowego przepływu krwi. Wykazuje ona wysoką czułość i szeroki margines bezpieczeństwa w diagnostyce śmierci mózgu. Może stać się preferowanym testem do potwierdzenia braku mózgowego przepływu krwi (Cerebral Blood Flow – CBF) [27, 28, 29].

Badaniem, które nie jest powszechnie używane, jest obrazowanie mózgu przy pomocy znaczników metabolizmu mózgowego i tomografii komputerowej emisji pojedynczego fotonu (PET). Zazwyczaj u pacjentów ze śmiercią mózgu badanie ukazuje „zjawisko pustej czaszki” (ang. *hollow skull phenomenon*) [29, 30]. Potwierdza to brak funkcji neuronów w obrębie całego mózgu.

Kryteria, które przyjęto do orzekania śmierci mózgowej, są konsekwencją rozwoju wiedzy medycznej. Kryteria te są stopniowo weryfikowane i uzupełniane przez coraz doskonalsze narzędzia diagnostyczne. Obecnie rozpoznanie zgonu



Ryc. 2. Obrazy metabolizmu mózgu w PET z zastosowaniem ^{18}F -fluorodezoksyglukozy w przekroju strzałkowym (po lewej), poprzecznym (w środku) i wieńcowym (po prawej) u pacjenta, którego mózg obumarł: obraz pustej czaszki. Skala koloru ukazuje ilość zmetabolizowanej glukozy na 100 g tkanki mózgu na minutę.

na podstawie zasad określających śmierć mózgu pozwala na przerwanie uporczywej i daremnej terapii oraz na pobranie tkanek lub narządów do przeszczepienia. Mimo ustania czynności mózgu, w innych obszarach ciała krążenie utrzymuje się jeszcze przez pewien czas. Zostaje zachowana vitalność narządów, których można użyć na potrzeby innego człowieka.

Decyzje o rezygnacji z uporczywej terapii należą do najtrudniejszych w medycynie. Jednak nie ulega wątpliwości, że aktualny poziom wiedzy medycznej pozwala na takie postępowanie. Umiejętność prawidłowego rozpoznania rodzaju zaburzeń przytomności, w tym śpiączek i zaburzeń pokrewnych, umożliwia prawidłową ocenę szans odwrócenia procesu chorobowego. Sprzyja to, w konsekwencji, prawidłowemu podejmowaniu decyzji o prowadzeniu, bądź zaprzestaniu intensywnej terapii.

Piśmiennictwo

- [1] Bidziński J.: Neurochirurgia. PZWL. 1981; 39–42.
- [2] Stępień A.: Neurologia tom I. Medical Tribune Polska. 2014; 103–105.
- [3] Plum F., Posner J.B.: The diagnosis of stupor and coma, Wyd. 3. FA Davis, Philadelphia 1982.
- [4] Laureys S., Owen A.M. and Schiff N.D.: Brain function in coma, vegetative state and related disorders. *Lancet Neurology*. 2004; 3: 537–546.
- [5] Teasdale G., Jennett B.: Assessment of coma and impaired consciousness: a practical scale. *Lancet*. 1974; 4: 81–83.
- [6] Kozubski W.: Stany nagłe w neurologii od objawu do rozpoznania. PZWL. 2007; 240–241.
- [7] The Multi-Society Task Force on PVS. Medical aspects of the persistent vegetative state. *The New England Journal of Medicine*. 1994; 330: 1499–1508, 1572–1579.
- [8] Ciszowski K., Miętka-Ciszowska A.: Zaburzenia świadomości: stan wegetatywny i stan minimalnej świadomości. *Przegląd Lekarski*. 2013/70/8; 595–599.
- [9] Wild von K., Laureys S.T.: Gerstenbrand F. et al.: The vegetative state – a syndrome in search of a name. *J. Med. Life*. 2012; 5, 3.
- [10] Tommasino C., Grana C., Lucignani G., Torri G., Fazio F.: Regional cerebral metabolism of glucose in comatose and vegetative state patients. *J. Neurosurg Anesthesiol*. 1995; 7: 109–116.
- [11] Boly M., Faymonville M.E., Peigneux P. i wsp.: Auditory processing in severely brain injured patients: differences between the minimally conscious state and the persistent vegetative state. *Arch Neurol*. 2004; 61: 233–238.
- [12] American Congress of Rehabilitation Medicine. Recommendations for use of uniform nomenclature pertinent to patients with severe alterations of consciousness. *Arch Phys Med Rehabil*. 1995; 76: 205–209.
- [13] Goldfine A.M., Schiff N.D.: Consciousness: its neurobiology and the major classes of impairment. *Neurol. Clin*. 2011; 29, 723.
- [14] Sobczak K., Janaszczyk A.: Kontrowersje wokół neurologicznego kryterium śmierci mózgu. *Forum Medycyny Rodzinnej*. 2012; 6, 182.

- [15] Bernat J.L.: Current controversies in states of chronic unconsciousness. *Neurology*. 2010; 75, Suppl. 1, s. 33.
- [16] Giacino J.T., Ashwal S., Childs N. et al.: The minimally conscious state: definition and diagnostic criteria. *Neurology*. 2002; 58, 349.
- [17] Wijdicks E.F., Cranford R.E.: Clinical diagnosis of prolonged states of impaired consciousness in adults. *Mayo Clin. Proc.* 2005; 80: 1037.
- [18] Seel R.T., Sherer M., Whyte J. et al.: Assessment scales for disorders of consciousness: evidence-based recommendations for clinical practice and research. *Arch. Phys. Med. Rehabil.* 2010; 91: 1795.
- [19] Bernat J.L.: Chronic disorders of consciousness. *Lancet*. 2006; 367, 1181.
- [20] Haupt W.F., Rudolf J.: European brain death codes: a comparison of national guidelines. *J Neurol*. 1999; 246: 432–437.
- [21] Mollaret P., Goulon M.: Le coma depasse. *Rev Neurol*. 1959; 101: 3–5.
- [22] Frowein R.A., Euler K.H., Karimi-Nejad A.: Grenzen der Wiederbelebung bei schweren Hirntraumen. *Langenb Arch Klein Chirugie*. 1964; 308: 276–281.
- [23] Medical Consultants on the Diagnosis of Death. Guidelines for the determination of death: report of the medical consultants on the diagnosis of death to the president's commission for the Study of Ethical Problems in Medicine and Biomedical and Behavioral Research. *JAMA*. 1981; 246: 2184–2186.
- [24] Wijdicks E.F.: The diagnosis of brain death. *N Engl J Med*. 2001; 344: 1215–1221.
- [25] Banasiak K.J., Lister G.: Brain death in children. *Curr Opin Pediatr*. 2003; 15: 288–293.
- [26] Jan M.M.: The neurological determination of death. *Neurosciences*. 2008; 13: 350–355.
- [27] Escudero D., Otero J., Vega P., et al.: Diagnosis of brain death by multislice CT scan: angio-CT scan and brain perfusion. *Med. Intensiva*. 2007; 31: 335–341.
- [28] Greer D.M., Strozyk D., Schwamm L.H.: False positive CT angiography in brain death. *Neurocritical Care*. 2009; 11; 272–275.

- [29] Machado C.: Diagnosis of brain death. *Neurol Int.* 2010; 2: e2.
- [30] Meyer M.A.: Evaluating brain death with positron emission tomography: case report on dynamic imaging of 18F-fluorodeoxyglucose activity after intravenous bolus injection. *J. Neuroimaging.* 1996; 6: 117–119.

NOTY O AUTORACH

Ks. dr hab. Andrzej Bohdanowicz

Profesor Uniwersytetu im. Adama Mickiewicza w Poznaniu.

Teolog moralista, główne zainteresowania badawczo-naukowe dotyczą teologii małżeństwa, etyki seksualnej oraz bioetyki. W latach 2000–2006 był członkiem Komisji Bioetycznej przy Bydgoskiej Izbie Lekarskiej. Jest Diecezjalnym Duszpasterzem Służby Zdrowia.

Dr Małgorzata Chudzińska

Absolwentka Wydziału Prawa Uniwersytetu Gdańskiego i doktor nauk o zdrowiu Collegium Medicum im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu.

Pracuje w Zakładzie Podstaw Prawa Medycznego CM w Bydgoszczy UMK w Toruniu. Zajmuje się zagadnieniami bioetyki w prawie. Autorka rozdziałów monografii w zakresie bioetyki.

Ks. dr Rafał Grabowski

Absolwent Uniwersytetu Nawarry w Pampelunie, dr nauk humanistycznych w zakresie filozofii.

Jest wykładowcą na Wydziale Teologicznym Uniwersytetu im. Adama Mickiewicza w Poznaniu. Redaktor naczelny rocznika naukowego „Studia Bydgoskie”. Od 2005 r. członek Komisji Bioetycznej przy Bydgoskiej Izbie Lekarskiej. Redaktor naukowych monografii z zakresu bioetyki w ramach Bydgoskich Dni Bioetycznych.

Dr n. med. Anna Grzanka-Tykwińska

Absolwentka prawa na Uniwersytecie Mikołaja Kopernika w Toruniu oraz pedagogiki na Uniwersytecie Kazimierza Wielkiego w Bydgoszczy.

Pracownik Zakładu Podstaw Prawa Medycznego Collegium Medicum im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy UMK w Toruniu. W 2016 r. wpisana na listę adwokatów przy Okręgowej Radzie Adwokackiej w Bydgoszczy. Współautorka publikacji z zakresu gerontologii oraz prawa medycznego.

Prof. dr hab. n. med. Marek Harat

Kierownik Kliniki Neurochirurgii 10 Wojskowego Szpitala Klinicznego z Polikliniką w Bydgoszczy. Odbýwał staże zawodowe w Toronto Western Hospital w Kanadzie, na Oddziale Chirurgii Stereotaktycznej Uniwersytetu we Freiburgu i Klinice Neurochirurgii Uniwersytetu w Amsterdamie. Członek Europejskiego Towarzystwa Stereotaksji i Neurochirurgii Czynnościowej.

Jest pionierem w Polsce w zakresie operacji z zakresu neurochirurgii czynnościowej, między innymi: pierwszych operacji psychochirurgicznych obustronnej cingulotomii, operacji obustronnej głębokiej stymulacji mózdku w leczeniu spastyczności w mózgowym porażeniu dziecięcym, założenia stymulatorów nerwu błędnego w leczeniu lekoopornej depresji, obustronnej głębokiej stymulacji w lekoopornym zespole obsesyjno-kompulsyjnym, leczenia patologicznej otyłości i pierwszej na świecie operacji leczenia samodestrukcyjnych zachowań agresywnych.

Współautor około 170 publikacji naukowych w czasopismach lub rozdziałów w książkach oraz redaktor książki *Neurochirurgia czynnościowa*.

Dr n. med. Waldemar Iwańczuk

Specjalista anestezjologii i intensywnej terapii, koordynator szpitalny ds. transplantologii w Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym w Kaliszu, związany z polską transplantologią od 1995 r.

Autor wydanej w 2010 r. monografii dotyczącej medycznych aspektów śmierci mózgu oraz autor lub współautor kilkunastu artykułów naukowych z tej dziedziny.

Lek. med. Kamil Krystkiewicz

Absolwent Wydziału Lekarskiego Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego.

Lekarz rezydent w Klinice Neurochirurgii 10 Wojskowego Szpitala Klinicznego z Polikliniką w Bydgoszczy. Laureat wielu nagród za

oryginalne prace naukowe przedstawiane na międzynarodowych konferencjach neurochirurgicznych.

Prof. dr hab. Roman Ossowski

Profesor zwyczajny Uniwersytetu Kazimierza Wielkiego w Bydgoszczy. Specjalista z zakresu psychologii zdrowia, lekarskiej i rehabilitacyjnej.

Były dyrektor Instytutu Psychologii UKW i kierownik Katedry i Zakładu Psychologii Klinicznej Collegium Medicum im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu. Były członek Rady Głównej Szkolnictwa Wyższego. Ekspert Uniwersyteckiej Komisji Akredytacyjnej w zakresie psychologii i Ministerstwa Edukacji Narodowej ds. programów i podręczników.

Autor trzech monografii i dwóch podręczników. Popularyzator wiedzy ukierunkowanej na promocję własnego zdrowia.

Prof. dr hab. n. med. Władysław Sinkiewicz

Absolwent Wydziału Lekarskiego Akademii Medycznej w Gdańsku. Specjalista chorób wewnętrznych, kardiolog.

Profesor zwyczajny II Katedry i Kliniki Kardiologii i Kliniki Kardiologii Collegium Medicum im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu. Przewodniczący Komisji Bioetycznej przy Bydgoskiej Izbie Lekarskiej. Inicjator i organizator konferencji bioetycznych w ramach Bydgoskich Dni Bioetycznych. Autor przeszło 400 artykułów naukowych i popularnonaukowych. Redaktor czterech monografii z dziedziny kardiologii oraz sześciu monografii w zakresie bioetyki.

Dr n. med. Milena Świtońska

Absolwentka Wydziału Lekarskiego Akademii Medycznej w Bydgoszczy. Specjalistka w dziedzinie neurologii.

Starszy asystent w Centrum Interwencyjnego Leczenia Udarów Mózgu Szpitala Uniwersyteckiego nr 2 w Bydgoszczy. Wiceprezes Kujawsko-Pomorskiego Oddziału Polskiego Towarzystwa Neurologicznego. Biegły sądowy przy Sądzie Okręgowym w Bydgoszczy z zakresu neurologii. Członek Sekcji Schorzeń Pozapiramidowych Polskiego Towarzystwa Neurologicznego, Sekcji Neurosonologii Polskiego Towarzystwa Neurologicznego i członek International Parkinson and Movement Disorder Society.

Zainteresowania naukowe dotyczą w szczególności udaru mózgu, spastyki poudarowej i schorzeń pozapiramidowych oraz neurosonologii.

Dr Tomasz P. Terlikowski

Doktor filozofii, publicysta, redaktor naczelny Telewizji Republika.

Autor kilkudziesięciu książek, także na tematy bioetyczne, m.in. *Nowa kultura życia. Apologia bioetyki katolickiej, Kiedy sól traci smak. Etyki protestanckie w kryzysie, Tora między życiem a śmiercią. Bioetyki żydowskie w dialogu, Faktura na zabijanie. Współczesny przemysł śmierci, Sprawa profesora Chazana. Kulisy manipulacji*. Jest także tłumaczem książek Sergiusza Bułgakowa na język polski. Publikuje w „Do Rzeczy”, „Rzeczpospolitej”, „Gazecie Polskiej”, „Frondzie LUX”, na portalu Fronda.pl. Prywatnie mąż jednej żony i ojciec piątki dzieci.

Ks. dr hab. Zbigniew Wanat

Odbył studia specjalistyczne na Katolickim Uniwersytecie Lubelskim uwieńczone doktoratem w zakresie teologii moralnej.

Od 1997 r. jest wykładowcą teologii moralnej w Wyższym Seminarium Duchownym Diecezji Toruńskiej. Od 2001 r. pracuje na Wydziale Teologicznym Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu, od 2002 r. jako adiunkt w Katedrze Teologii Moralnej i Duchowości. Habilitował się w 2012 r. na podstawie rozprawy *Sumienie w blasku prawdy. Polska teologia sumienia XX wieku*. Od 2017 r. jest kierownikiem Katedry Teologii Moralnej i Duchowości.

Prof. dr hab. n. med. Zbigniew Włodarczyk

Absolwent Wydziału Lekarskiego Akademii Medycznej w Poznaniu. Pierwsze doświadczenia jako specjalista chirurg zdobywał w czasie wieloletniej pracy na Oddziale Chirurgii Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego w Poznaniu. Po pobycie szkoleniowym w Londynie uzyskał tytuł Fellow of the Royal College of Surgeons. Pracując jako chirurg w Royal Free Hospital, specjalizował się z chirurgii naczyniowej oraz transplantologii.

Po powrocie do Polski utworzył w Poznaniu ośrodek przeszczepiania nerek, który wkrótce stał się najaktywniejszy w Polsce. W 2000 r. podjął pracę w Akademii Medycznej w Bydgoszczy, gdzie zorganizował Klinikę Transplantologii i Chirurgii Ogólnej, którą kieruje do

dzisiaj. Przez wiele lat był członkiem Krajowej Rady Transplantacyjnej oraz Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Transplantacyjnego, a w latach 2011–2013 jego prezesem. Jest Konsultantem Wojewódzkim ds. Transplantologii Klinicznej. Autor ponad 200 artykułów naukowych i publikacji zjazdowych.

WYDAWCA, REALIZACJA POLIGRAFICZNA:

Dom Wydawniczy MARGRAFSEN
85-808 Bydgoszcz, ul. Białogardzka 13

ISBN 978-83-65533-44-9

Do rąk czytelników trafia niezwykle cenna pozycja wydawnicza *Etyczne, medyczne i prawne dylematy wokół śmierci mózgu* pod redakcją Władysława Sinkiewicza i Rafała Grabowskiego. Jest to monografia, której autorami są wybitni specjaliści w swoich dziedzinach. Poszczególne rozdziały zostały napisane przez neurochirurga, anestezjologa, neurologa, a więc osoby biorące bezpośredni udział w orzekaniu śmierci mózgowej. Poznajemy punkt widzenia transplantologa, specjalisty chorób wewnętrznych i kardiologa, psychologa, teologa, prawnika, etyka, znanego dziennikarza i publicysty.

(...) Praca ta stanowi obowiązkową lekturę dla członków komisji orzekających śmierć, dla lekarzy anestezjologów, neurologów, neurochirurgów, kardiologów, wreszcie dla specjalizujących się w tych dziedzinach i studentów medycyny. Ze względu na holistyczne ujęcie tematu książka będzie inspirującą lekturą dla wszystkich biorących udział w dyskusjach o orzekaniu śmierci mózgu.

Dr hab. n. med. Paweł Sokal, CM UMK

(...) Szczegółowa analiza zaprezentowanych treści pozwala stwierdzić wysoką wartość merytoryczną przedstawionych artykułów. Zebrane refleksje prowadzone są przez osoby kompetentne, wykazujące się przygotowaniem teoretycznym, a często i praktycznym, do podejmowania tak złożonej problematyki, jaką jest zagadnienie śmierci mózgowej. Zebrane teksty posiadają charakter naukowy, wykazują poprawność metodologiczną, opatrzone są przypisami, cechuje je przejrzystość przekazu przy jednoczesnym zachowaniu akademickiego poziomu prowadzonych rozważań. Interdyscyplinarność opracowania, ukazująca medyczne, etyczne i prawne aspekty egzystencjalnie ważnego problemu, stanowi o jego oryginalności i uwydatnia wartość recenzowanej publikacji.

Mając na uwadze doniosłość omawianego zagadnienia oraz społeczne zapotrzebowanie na rzetelne wyjaśnienie wątpliwości rodzących się wokół kwestii śmierci mózgu, publikacja tego typu wydaje się szczególnie potrzebna i można przypuszczać, że wzbudzi szerokie zainteresowanie nie tylko w gronie naukowców bezpośrednio zajmujących się tą problematyką, ale także spotka się z przychylnym przyjęciem w szerszym kręgu odbiorców.

Ks. dr hab. Maciej Olczyk, prof. UAM