

B o g u s ł a w W ó j c i k

Czy śmierć mózgu jest śmiercią? O jednym z wątków nieobecnej w Polsce debaty bioetycznej

Słowa kluczowe: *śmierć, śmierć mózgu, debata bioetyczna*

Konstatacja, iż na początku XXI wieku wciąż nie posiadamy satysfakcjonujących odpowiedzi na fundamentalne pytania dotyczące natury życia i śmierci, wywołuje zdziwienie, podobne, załóżmy, do tego, które natchnęło pierwszych filozofów (Arystoteles 1990: 620). Oczekiwany przełom w tym zakresie nie nastąpił w związku z sekwencjonowaniem ludzkiego genomu, które ujawniło „zaledwie” kolejne aspekty związane z tajemnicą „drzewa życia”. Ma to też bezpośrednio przełożenie na zrozumienie zjawiska śmierci. Pytanie, czy „te dwuznaczne sytuacje [życie i śmierć] nie zostały wymyślone przez nas samych?” (Brèhant 1980: 152), ma jednak sens o tyle, o ile służy racjonalnym analizom. Podobnie jak zastanawianie się, czy popularne w Stanach Zjednoczonych powiedzenie, że „w życiu tylko śmierć i podatki są pewne”, rzeczywiście zaczyna być stosowane z mniejszą kategorycznością ze względu na zastrzeżenia dotyczące adekwatności neurologicznego sposobu oznaczania granicy pomiędzy życiem a śmiercią?

W tym kontekście problem definicji i kryteriów śmierci mózgu, dodajmy od razu: marginalizowany w polskiej debacie publicznej, można rozpatrywać w tradycyjny sposób. Najczęściej następują w takim wypadku odwołania do różnego typu trudności, które pojawiły się w następstwie wprowadzenia do praktyki medycznej pod koniec lat sześćdziesiątych ubiegłego stulecia kryterium śmierci mózgu. Są to między innymi następujące kwestie: (1) Czy śmierć to zdarzenie, czy proces? (2) Czy śmierć krążeniowa i śmierć mózgo- wa posiadają taki sam status? (3) Czy kryterium śmierci mózgu wyższego

może w przyszłości uzupełnić usankcjonowane prawnie kryteria śmierci (krążeniowe i mózgowe)? (4) Czy można zignorować niektóre funkcje mózgowe (lub funkcje organizmu, które wcześniej przypisywano mózgowi)? (5) Czy dotychczasowe rozumienie integracyjnej funkcji mózgu nie ulega istotnej zmianie? (6) Czy jesteśmy w stanie precyzyjnie określić czas (moment) śmierci, czy też zgadzamy się na konwencjonalne rozstrzygnięcia w tym względzie? (7) Dlaczego mamy problemy ze zdefiniowaniem podstawowego dla koncepcji śmierci mózgu pojęcia nieodwracalności? (Youngner, Arnold 2001: 527–537).

Samo opracowanie podobnego katalogu trudności w prezentowanym tekście jest mniej ważne, chociaż warto zauważyć, że niektóre z nich wracają z nową siłą. Ciekawsza wydaje się uwaga, iż postępująca złożoność tych trudności pozostaje w relacji do stabilności punktów odniesienia, bez których mamy poważne problemy z ujęciem i rozwiązaniem całego zagadnienia. Sytuację tę ilustruje trafnie wypowiedź Martina Heideggera z 1966 r., który odnosząc się do technokratycznej rzeczywistości stwierdzał: „Filozofia nie oferuje już żadnej możliwości myślowego uchwycenia zasadniczych rysów epoki ani też ich sprobematyzowania” (Geier 2000: 13). Wzrostowi wiedzy specjalistycznej, sprzężonej z zaawansowaną technologią, towarzyszy słabsze zrozumienie generalistów. Skutkiem tej sytuacji w omawianym zagadnieniu pozostaje zarzut wysuwany przez grupę bioetyków, a także przedstawicieli środowiska medycznego, że lekarze, posługujący się kryterium śmierci mózgu, nie są w stanie precyzyjnie rozgraniczyć zdarzeń, jakimi są życie i śmierć.

W tym miejscu krótkie odniesienie do założeń programowych IX Zjazdu Filozoficznego w Wiśle. Przyświecała mu idea poszukiwania korelacji pomiędzy filozofią a techniką, ekonomią, kulturą, sztuką. Jedną z form ustanawiania takich korelacji pozostaje odnawianie wrażliwości, która ufundowała cywilizację zachodnią, a na którą składają się ciekawość, fascynacja rzeczywistością, poszukiwanie zrozumienia – postawy, które można wiązać z technicznym terminem „zdziwienia”. Powstanie filozofii było przełomowym momentem dla cywilizacji zachodniej, Grecy stworzyli coś nowego, „dali kulturze coś, czego ona wcześniej nie posiadała”, coś o takiej sile, że w efekcie zmieniło samą kulturę (Reale 1994: 35). Wmyślanie się w rzeczywistość było wówczas tak intensywne, że umożliwiało rozwiązywanie problemów czysto teoretycznych (takich jak np. zagadnienie identyczności, tożsamości rzeczy i osób), które współcześnie stają się jak najbardziej realne (Wójcik 2007). Warte zastanowienia jest pytanie, z czego wynikała moc eksplanacyjna powstających projektów filozoficznych? W porównaniu ze współczesnością, niewielkim możliwościom w wymiarze empirycznym towarzyszyły wówczas nieproporcjonalnie duże umiejętności związane z namysłem racjonalnym. Być może decydujące było następstwo zdarzeń, zgodnie z którym to osiągnięty poziom wiedzy teoretycz-

nej i praktycznej, matematyki, astronomii, medycyny, organizacji państwowej, kultury politycznej – wymusiły syntezę myślową, jaką stała się filozofia. W takim rozumieniu filozofia byłaby praktyczną wskazówką, jak funkcjonować z poczuciem spójności intelektualnej w realiach określonych przez wskazane uwarunkowania.

Odniesienie do okoliczności towarzyszących narodzinom filozofii przed dwoma i pół tysiącem lat w zestawieniu z problemami, na jakie natrafiamy obecnie definiując śmierć w sensie medycznym, prowadzi do szeregu spostrzeżeń. Jedno z nich dotyczy wielkiej transformacji, której od tamtego okresu ulegały ramy interpretacyjne, podstawowe paradygmaty epistemologiczne, ontologiczne, antropologiczne i aksjologiczne. Odpowiedzi na pytania: czym jest śmierć, kiedy kończy się życie, jakie są granice stosowania środków podtrzymujących życie, były udzielane z perspektywy osiągnięć myśli przeszłej epoki. Niepostrzeżenie wkraczamy jednak w świat racjonalności innego rzędu, z perspektywy którego dokonujemy rozstrzygnięć najwyżej intuicyjnie. W naszym nazywaniu rzeczywistości jest więcej umowności, niż nam się wcześniej wydawało. Sytuacja ta z perspektywy metodologicznej jest łatwiejsza do zaakceptowania niż wtedy, gdy mamy do czynienia z doświadczeniem przemijania własnym lub bliskich nam ludzi. Pojawiają się wówczas większe wymagania, nie dopuszczamy dwuznaczności, wytwarzamy pasy ochronne, których celem jest niedopuszczenie do głosu powstających wątpliwości.

Na zaostrzający się spór pomiędzy zwolennikami i przeciwnikami kryterium śmierci mózgu nie warto reagować ani flegmą intelektualną, ani – jak to ma miejsce w naszych realiach społecznych – spór ten ignorować. Na Zachodzie zwolennicy kryterium mózgowego, podobnie jak Eelco F. Wijdicks większość zarzutów dotyczących śmierci mózgu, uznają za niepoprawne, stwierdzając, że nowe dane potwierdzają skuteczność wcześniejszych ustaleń w tym zakresie (Wijdicks, Varelas, Gronseth, Greer 2010: 1911–1918). Punkty widzenia przeciwników tego kryterium pozostają zróżnicowane. Z jednej strony wskazują oni na „przerażającą odpowiedzialność”, która spoczywa na lekarzach oraz znaczenie dyskusji na temat „nowej definicji śmierci i obiektywnych kryteriów, które pozwalają ją stwierdzić” (Vovelle 2008: 667). Z drugiej zaś strony, jak robi to Robert D. Truog, dobitnie pytają: „Czy już nie czas, by odrzucić śmierć mózgu?” (Truog 1997: 29).

Z artykułowanych opinii przedstawicieli polskiego świata medycznego można dowiedzieć się zarówno, że:

dzisiaj fakt ten [orzekanie o śmierci na podstawie kryterium śmierci mózgu] nie budzi już wątpliwości (Brzeziński 2002: 186),

jak i tego, że początek i koniec śmierci:

są nieuchwytny w ścisłym wymiarze czasowym. W każdym momencie trwania tego zjawiska można jednak przyjąć operatywne kryteria śmierci, a determinują je w dużej mierze obyczajowość, kultura, obowiązująca religia czy też techniczne możliwości diagnostyczne (Iwańczuk 2010: 16).

W schemat prezentowanych rozważań wpisuje się szczególnie refleksja Andrzeja Szczeklika, który napisał:

Wyłączenie respiratora jest dla nas, lekarzy, przyznaniem się do klęski. Każdy z nas ludzi się w duchu, że może jeszcze trochę, choć kilka dni, może organizm ruszy. A przecież nie da się tak w nieskończoność. Dlatego potrzeba obiektywnych kryteriów, które rozstrzygną wątpliwości, unikną sytuacji nie do rozwiązania, w jakiej znaleźli się fizycy kwantowi z kotem Schrödingera – półżywym, półmartwym (Szczekliki 2007: 190).

Debata będąca następstwem zestawienia poglądów polskich lekarzy – w zdecydowanej większości uznających zasadność kryterium śmierci mózgu – z poglądami wyrażonymi w książce Jacka M. Norkowskiego *Medycyna na krawędzi* – która jest pierwszym tak kompleksowym zbiorem argumentów przeciwników śmierci mózgu w Polsce – wywołałaby mniej kontrowersji niż chwilowe oddalenie dyskusji, do której wcześniej czy później powrócimy. Wspomniany autor zauważa między innymi:

Śmierć mózgowa jest koncepcją, która w Polsce i w wielu innych krajach weszła do słownika pojęć medycznych i prawnych w ciągu ostatnich trzech dekad na zasadzie pewnych rozporządzeń administracyjnych. Nie było społecznej dyskusji na ten temat, ba, nawet w środowisku lekarskim problem ‘śmierci mózgowej’ nie zaistniał w szerszej debacie. (...) Konsensus, który istnieje na temat śmierci mózgowej, ma bardzo płytką podstawę teoretyczną i opiera się raczej na tym, że prawo państwowe uznaje istnienie śmierci mózgowej, a szpitale stosują procedury, które z tego prawa wynikają” (Norkowski 2011:173, 248).

Na jednym z forów internetowych pojawiła się krótka ocena tej pozycji: „To jest zła książka”. Ocena ta jest przesadzona, również z tego względu, że za sprawą podobnych stwierdzeń łatwo w ogóle zrezygnować z dalszego roztrząsania problemów związanych ze śmiercią mózgu. Pojawiają się ponadto opinie dotyczące stopnia złożoności tego zagadnienia, który sprawia, że po jego przełożeniu na poziom dyskursu potocznego ulega ono trywializacji. Brak dyskusji posiada jednak także swoją cenę. Jak pisze Zygmunt Bauman:

Nowoczesna instrumentalność *zdekonstruowała śmiertelność*. Dekonstrukcja jednak nie znosi śmierci. Pozostawia ją nagą, bez jakichkolwiek ozdób, pozbawioną znaczenia (Bauman 1998: 158).

Przejawem degrengolady semantycznej pozostają na przykład próby promowania medycyny transplantacyjnej za pomocą mody na tatuaże w kształcie znaku nieskończoności, które mają wyrażać gotowość oddawania organów do przeszczepu. Paradoksalnie tatuowanie czegokolwiek w pierwszej kolejności powoduje, że potencjalny dawca znajduje się w grupie osób o podwyższonym ryzyku zachorowań, więc o mniejszej przydatności z punktu widzenia transplantologii (Kowalski 2012).

Brak szerszej debaty społecznej w wielu kwestiach bioetycznych pozostaje dowodem, że wrażliwość filozoficzna słabnie, że potrzeba „dziwienia się” nie jest odczuwalna, ludziom zaś wystarcza zastąpienie niepokoju poznawczego pozorną sytością duszy i ciała. „Kto się tym przejmuje?” Gdy kryzys, gdy nuda, gdy pustka? Lekarze (Rowiński 2011: 128) jak i bioetycy (Hartman 2012: 36–37) wskazują na potrzebę takich wąsko i szeroko tematycznych debat. Sama dyskusja społeczna nie rozwiąże wszystkich problemów. Na Zachodzie również mamy do czynienia z pewnym niedosytem w tym obszarze, pojawiają się jednak przynajmniej jakieś wnioski, na przykład, że w przypadku śmierci mózgu „brak wystarczającego wyjaśnienia ze strony świata nauki tego pojęcia opinii publicznej” (Battro, Bernat 2006: XXIII), i postulaty, by „nie mieszać empirycznej definicji śmierci, jeżeli chcemy używać tego pojęcia w działalności psychologicznej, medycznej, socjologicznej itp., z nieempiryczną, formalistyczną jej definicją” (Kastenbaum 1975: 22).

Stwierdzanie śmierci wyłącznie za pomocą tradycyjnego kryterium krążeńiowo-oddechowego lub przy zastosowaniu wyłącznie kryterium śmierci mózgu wyższego okazują się z obecnej perspektywy anachroniczne (Chiong 2005: 21). Inna odpowiedź wydaje się nieracjonalna – nawet jeżeli niektóre ze zgłaszanych pod adresem definicji i kryteriów śmierci mózgu zastrzeżeń należy uznać za sensowne i je rozważyć. Ten stan rzeczy może być efektem słabości pola racjonalności, które utraciło pierwotną moc eksplanacyjną. Okazuje się ono zbyt słabe, nie tylko, aby wykraczać myślą w przyszłość, tak jak kiedyś czynili to Grecy, ale by zrozumieć z jego pomocą współczesne pole faktualne. Wątpliwości natury filozoficznej pojawiające się w związku z „nieokreślonością” zdarzenia śmierci można więc próbować porównywać z napięciami towarzyszącymi fizykom oczekującym na „teorię wszystkiego” (TOE). Niewykluczone, że pewnego dnia stwierdzając śmierć, będziemy odwoływać się do innych paradygmatów niż te, które stosujemy obecnie, a wtedy „nasze metody, o których tak uczenie rozprawiamy, staną się przestarzałe, jak te, które stosowano przed nami” (Brèhant 1980: 294). Pocieszające dla filozofów jest to, że nigdy podobne wybory nie będą dokonywane „tylko na bazie wiedzy naukowej” (Truog, Robinson 2003: 2392).

Bibliografia

- Arystoteles (1990), *Metafizyka*, w: tenże, *Dzieła wszystkie*, t. 2, przeł. K. Leśniak, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN, s. 615–856.
- Battro A., Bernat J.L. i in. (2006), *Why the Concept of Brain Death is Valid as a Definition of Death. Statement by Neurologists and Others*, w: M. Sánchez Sorondo (red.), *The Signs of Death. The Proceedings of the Working Group, 11–12 September*, Vatican City: Pontificia Academia Scientiarum, s. XXI–XXIX.
- Bauman Z. (1998), *Śmierć i nieśmiertelność. O wielości strategii życia*, przeł. N. Leśniewski, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Brèhant J. (1980), *Thanatos. Chory i lekarz w obliczu śmierci*, przeł. U. Sudolska, Warszawa: Instytut Wydawniczy PAX.
- Brzeziński T. (2002), *Etyka lekarska*, Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
- Chiong W. (2005), *Brain Death without Definition*, „Hastings Center Report” 35, 6, s. 20–60.
- Geier M. (2000), *Gra językowa filozofów. Od Parmenidesa do Wittgensteina*, przeł. J. Sidorek, Warszawa: Fundacja Aletheia.
- Hartman J. (2012), *Władza i medycyna*, „Polityka” 5 (2844), 1.02–7.02.2012, s. 36–37.
- Iwańczuk W. (2010), *Śmierć mózgu*, Wrocław: Cornetis sp. z o.o.
- Kastenbaum R. (1975), *Śmierć psychologiczna*, w: L. Pearson (red.), *Śmierć i umieranie. Postępowanie z człowiekiem umierającym*, przeł. B. Kamiński, Warszawa: Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich.
- Kowalski J. (2012), *Celebryci i filantropi*, „Gazeta Wyborcza”, 01.09.2012.
- Norkowski J.M. (2011), *Medycyna na krawędzi. Ewolucja definicji śmierci człowieka w kontekście transplantacji narządów*, Radom: POLWEN.
- Reale G. (1994), *Historia filozofii starożytnej*, t. 1, przeł. E.I. Zieliński, Lublin: Redakcja Wydawnictw KUL.
- Rowiński W. (2011), *Komentarz*, „Medycyna Praktyczna” 3 (241), s. 126–128.
- Szczeklik A. (2007), *Kore. O chorych, chorobach i poszukiwaniu duszy medycyny*, Kraków: Znak.
- Truog R.D. (1997), *Is it time to abandon brain death*, „Hastings Center Report”, 27, s. 29–37.
- Truog R.D., Robinson W.M. (2003), *Role of brain death and the dead-donor rule in the ethics of organ transplantation*, „Critical Care Medicine”, 31, 9, s. 2391–2396.
- Vovelle M. (2008), *Śmierć w cywilizacji Zachodu. Od roku 1300 po współczesność*, przeł. T. Swoboda i in., Gdańsk: Słowo/obraz terytoria.

Wijdicks E.F., Varelas P.N., Gronseth G.S., Greer D.M. (2010), *Evidence-based guideline update: determining brain death in adults: report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology*, „Neurology”, June 8, 74 (23), s. 1911–1918.

Wójcik B. (2007), *Bioetyka i tożsamość człowieka*, Tarnów: Biblos.

Youngner S.J., Arnold R.M. (2001), *Philosophical Debates About the Definition of Death: Who Cares?*, „Journal of Medicine and Philosophy”, vol. 26, no. 5, s. 527–537.

Streszczenie

Z bieżącej perspektywy anachroniczne okazują się koncepcje stwierdzania śmierci wyłącznie za pomocą tradycyjnego kryterium krążeniowo-oddechowego, jak i jedynie przy użyciu kryterium śmierci mózgu wyższego. Uznając obecne w Polsce *status quo*, unikające tych skrajnych rozwiązań, powinniśmy równocześnie zastanowić się nad konsekwencją braku społecznej recepcji toczących się w tym obszarze dyskusji bioetycznych poza granicami naszego kraju.