

ks. Marian Machinek MSF  
Uniwersytet Warmińsko-Mazurski w Olsztynie

## WIELKODUSZNY DAR. TRANSPLANTACJA NARZĄDÓW W ŚWIETLE ETYKI KATOLICKIEJ

Tam, gdzie w kontekście etyki medycznej<sup>1</sup> pojawiają się poważne problemy etyczne, mamy do czynienia z sytuacjami dramatycznymi, w których nie chodzi jedynie o spełnienie oczekiwań i aspiracji jednostki, ale o kwestie życia i śmierci. Do takich kwestii należy niewątpliwie, przynajmniej w pewnym zakresie, problematyka transplantacji narządów. Nie jest to zagadnienie nowe, jednak ciągle jest ono żywo dyskutowane i dlatego wymaga pogłębionego namysłu. W niniejszym przedłożeniu zostaną w świetle etyki katolickiej<sup>2</sup> przeanalizowane najpierw podstawy oceny etycznej tego zagadnienia, a później kwestia dopuszczalności etycznej przeszczepu organów ze szczególnym uwzględnieniem kryterium śmierci mózgowej, które jest podstawowe w przypadku transplantacji organów niezbędnych do życia.

### 1. Kryteria oceny etycznej

Nie istnieje etyka bez założeń, chyba że uznałoby się za kryterium oceny etycznej intuicję jednostki. Jednak również w takim przypadku człowiek nie powinien działać jedynie pod wpływem chwilowego impulsu, ale powinien poddać swoją intuicję weryfikującej refleksji rozumowej. Sam też wybór kryterium intuicji etycznej bazuje na pewnej

---

<sup>1</sup> Nie sposób w ramach niniejszego artykułu zrekapitulować problematykę, jaka wiąże się z pojęciem „etyki medycznej”. Pojęcie to jest zastępowane przez jednych pojęciem „bioetyka” (wtedy jednak trzeba by zapytać, czy problematyka szerszego odniesienia do życia - także życia zwierząt czy w ogóle biosfery nie wchodziłaby w zakres bioetyki?), przez innych natomiast określeniem „etyka w medycynie” (z zamiarem podkreślenia, że tzw. „etyki z przymiotnikiem” w myślący sposób sugerują odmiennosc kryteriów etycznych w różnych obszarach aktywności człowieka).

<sup>2</sup> Również to „przymiotnikowe” określenie etyki może być uznane za problematyczne. Określenie „katolicki” nie chce tu być rozumiane jako wąskie, konfesyjne i wynikające wyłącznie z prawd wiary podejście do zagadnień etycznych. Chodzi raczej o dookreślenie i pogłębienie podejścia personalistycznego, które jest wprawdzie spójne z wiarą chrześcijańską, ale może być zrozumiałe i zaakceptowane także przez kogoś, kto chrześcijańskich przekonań nie podziela.

wizji człowieka, a więc wskazuje na pewne uprzednio przyjęte założenia. Ocena etyczna byłaby niemożliwa, gdyby nie została umieszczona w kontekście antropologii. Zdanie sobie i czytelnikowi sprawy z przyjętych założeń antropologicznych należy do obowiązku każdego autora zajmującego się problematyką etyczną. W ramach niniejszego artykułu nie będzie oczywiście chodziło o szeroko zakreślony wykład, ale o szkicowe naświetlenie tych elementów, które są istotne dla oceny etycznej transplantacji.

Zgodnie z antropologią chrześcijańską człowiek jest cielesno-duchową jednością, jest „jeden ciałem i duszą” (*corpore anima unus*)<sup>3</sup>, jednak oba wymiary bytu ludzkiego (cielesny i duchowy) są do siebie nawzajem nieredukowalne. Oznacza to z jednej strony, że różne formy monizmu materialistycznego czy też spirytualistycznego muszą być traktowane jako niedopuszczalna redukcja, ontologiczne „spłaszczenie” osoby ludzkiej. Również różne formy dualizmu, jakie pojawiały się na przełomie dziejów, nie oddają adekwatnie chrześcijańskiej wizji człowieka. Zazwyczaj wymienia się w tym kontekście starożytny dualizm Platona, którego echa można wprawdzie dostrzec w dziełach niektórych (szczególnie wczesnych) autorów chrześcijańskich, a obok niego przede wszystkim prądy myślowe będące pokłosiem koncepcji kartezyjskiej. To właśnie te ostatnie prowadzą do takiego wyakcentowania funkcjonującego umysłu (Kartezjusz mówił jeszcze o duszy) jako niezbędnego warunku człowieczeństwa, że sfera cielesna zostaje zredukowana do roli żywej maszyny, biologicznego substratu, nie wystarczającego, by uznać istotę ludzką za byt osobowy.

W odróżnieniu od nich antropologia chrześcijańska jest rodzajem „antropologii konwergencyjnej”, zakładającej istnienie podwójnego wymiaru osoby ludzkiej: cielesnego i duchowego, gdzie relacja ciała i duszy jest wyrażona w pojęciu istotowego złączenia, a nie jedynie koegzystencji<sup>4</sup>. W kontekście wiary chrześcijańskiej „człowiek staje się naprawdę sobą, kiedy ciało i dusza odnajdują się w wewnętrznej jedności”. Uznawany jest zatem jako „byt jedyny, a zarazem podwójny, w którym duch i materia przenikają się wzajemnie, doświadczając w ten

<sup>3</sup> *Katechizm Kościoła Katolickiego*, nr 362 i n.

<sup>4</sup> Pojęcie „antropologii konwergencyjnej” pochodzi od Christiana Illiesa. Zostało tu zaadaptowane bez zamiaru utożsamiania we wszystkich punktach jego koncepcji z antropologią chrześcijańską. Zob. Ch. Illies, *Philosophische Anthropologie im biologischen Zeitalter. Zur Konvergenz von Moral und Natur*, Suhrkamp, Frankfurt am Main 2006, s. 44-49.

sposób nowej szlachetności”<sup>5</sup>. Istotną dla rozważań o transplantacji konsekwencją takiej wizji antropologicznej jest to, że ciało uczestniczy w godności osoby ludzkiej. Na żadnym etapie ludzkiej egzystencji - od jej początku w procesie zapłodnienia do jej zakończenia, które z teologicznego punktu widzenia następuje poprzez rozpad jedności ciała i duszy, ludzkie ciało nie jest jedynie strukturą biologiczną, mającą status analogiczny do ciał innych istot żywych. Ten aspekt chrześcijańskiej koncepcji człowieka będzie miał kluczowe znaczenie dla oceny etycznej różnych technik transplantacyjnych.

## 2. Wymiar daru

Postęp medyczny, który umożliwił dokonywanie udanych przeszczepów, należy z chrześcijańskiego punktu widzenia uznać za błogosławieństwo. Jak podkreślał Jan Paweł II, „winniśmy się cieszyć, że medycyna - w swojej służbie życiu - znalazła w transplantacji narządów nowy sposób służenia rodzinie ludzkiej, właśnie przez ochronę tego fundamentalnego dobra osoby”<sup>6</sup>. Ta znacząca zdobycz medycyny jest „znakiem nadziei dla wielu ludzi, którzy znajdują się w trudnych i czasami ekstremalnie klinicznych sytuacjach”<sup>7</sup>.

Stąd też w nauczaniu Magisterium Kościoła katolickiego ofiarowanie własnych organów innemu człowiekowi, pod warunkiem zachowania wymogów etycznych, jest nie tylko aktem moralnie dobrym, ale „szczególną formą świadectwa miłości bliźniego”<sup>8</sup>. Istotną religijną inspiracją i punktem odniesienia pozostaje tu ofiarowanie samego siebie z miłości i solidarności z człowiekiem, jakiego dokonał Jezus Chrystus. Jak we wszystkich innych procedurach medycznych, normatywnym kontekstem pozostaje szacunek dla godności człowieka, a więc zarówno biorcy, jak i dawcy. Wynika stąd niezbędny warunek, jakim jest dobrowolność. Prawomocność etyczna przeszczepiania organów jest ściśle związana z aktem darowania, musi zatem zakładać dobro-

---

<sup>5</sup> Benedykt XVI, Encyklika *Deus Caritas est*, nr 5, Wydawnictwo M, Kraków 2006, s. 11.

<sup>6</sup> Jan Paweł II, *Najwyższy akt miłości. Przemówienie do uczestników I Międzynarodowego Kongresu Towarzystwa Transplantacji Narządów* (20 VI 1991), w: K. Szczygieł, *W trosce o życie. Wybrane dokumenty Stolicy Apostolskiej*, Biblos, Tarnów 1998, s. 219.

<sup>7</sup> Benedykt XVI, *Dar dla życia. Przemyślenia o ofiarowaniu organów. Przemówienie do uczestników międzynarodowego kongresu zorganizowanego przez Papieską Akademię Pro Vita* (7 XI 2008), [w:] *W trosce o życie. Wybrane dokumenty Stolicy Apostolskiej*, t. 2, red. J. Brusilo, Biblos, Tarnów 2012, s. 344.

<sup>8</sup> *Ibidem*, s. 344.

wolną i świadomą zgodę dawcy. „[T]ransplantacja posiada istotną cechę ofiarowania, a nie interpretuje się jej jako przymuszone postępowanie lub jako akt wykorzystania”<sup>9</sup>. Należy wykluczyć wszelką formę nacisku czy przymusu. Warto w tym miejscu zwrócić uwagę na problematyczne sugestie, które czasami pojawiają się w społecznych kampaniach, zachęcających do oddawania organów po śmierci. Skoro oddanie organów do przeszczepu jest aktem miłości bliźniego, to - jak się sugeruje - brak takiej gotowości miałby być dowodem braku miłości, znakiem obojętności wobec cierpienia innych, czy nawet cynizmu. Kto woli, by jego organy uległy raczej rozkładowi, aniżeli przyczyniły się do zachowania życia i przywrócenia zdrowia innych, jest w myśl takiej logiki okrutny i nieczuły na dramatyczną sytuację chorych, potrzebujących pomocy. Tego typu sugestie, chociaż zapewne wypowiedziane w dobrej wierze, muszą być uznane za niedopuszczalną formę nacisku. Należy uszanować decyzje również tych osób, które z różnych względów nie są gotowe do wypełnienia deklaracji zgody na przeszczep organów po śmierci bądź nawet korzystają z możliwości wpisu w Centralnym Rejestrze Sprzeciwów<sup>10</sup>. Organy nie są po prostu czymś w rodzaju przedmiotów, które się posiada, a które mogą być przez ich właściciela podarowane komuś innemu. Widać tu wyraźnie kluczowe znaczenie koncepcji antropologicznej, na której opiera się etyczna ocena transplantacji. Jak to już wyżej podkreślono, w kontekście antropologii personalistycznej ciało nie jest po prostu przedmiotem, jedynie materialną częścią istoty ludzkiej, która mogłaby być wykorzystana i jako taka podlegała prawom wymiany towarów. Stąd wynika także niedopuszczalność handlu organami, bo byłoby równoznaczne z próbą „wycenienia” ciała ludzkiego. Problematyka ta staje się szczególnie dramatyczna, gdy pragnienie sprzedaży własnych organów spowodowane jest biedą, wykorzystywaną przez innych.

Problematyczne są także wszelkie próby „obchodzenia” zgody dawcy. W tym kontekście warto przyjrzeć się tzw. zasadzie domniemanej zgody, na której opiera się obowiązujące w Polsce ustawodawstwo

---

<sup>9</sup> *Ibidem*, s. 345.

<sup>10</sup> Swoją sprzeciw wobec oddania organów do transplantacji można wyrazić poprzez dokonanie wpisu w Centralnym Rejestrze Sprzeciwów.

Zob. <http://www.poltransplant.org.pl/crs1.html> (data dostępu: 26.05.2014).

Respektowane jest także oświadczenie zaopatrzone we własnoręczny podpis lub oświadczenie ustne złożone w obecności co najmniej dwóch świadków, pisemnie przez nich potwierdzone.

regulujące prawne warunki dawstwa organów<sup>11</sup>. Zakłada się, że jeżeli osoba nie wyraziła swojego sprzeciwu wobec oddania organów, to tym samym wyraziła na nie zgodę. Takie założenie byłoby możliwe do zaakceptowania jedynie pod warunkiem, że wiedza na temat tej regulacji byłaby w społeczeństwie powszechna i stąd osoba, która nie zadeklarowała sprzeciwu, wiedziałaby, że jego brak zostanie zinterpretowany jako zgoda. Tymczasem trudno założyć powszechną wiedzę na ten temat. Stąd też taka regulacja prawna może prowadzić do zawłaszczania organów, jakby stawały się one po śmierci osoby wspólnym dobrem społeczeństwa, które państwo może dystrybuować jak inne dobra materialne. Oznaczałoby to nie tylko brak poszanowania dla woli dawcy, który zostałby pośmiertnie okradziony ze swych organów, ale także brak szacunku dla ciała ludzkiego. Po śmierci osoby nikt - ani społeczeństwo (a w nim szczególnie osoby oczekujące na transplantację), ani też najbliżsi - nie staje się właścicielem jej martwego ciała. Zwłoki już wtedy nie należą do nikogo, a społeczeństwo i rodzina mają moralny obowiązek obchodzenia się z nimi z czcią, czego wyrazem jest godny pochówek. Chociaż zmarła osoba nie może już wyrazić swojej woli, nie oznacza to jednak, że nie należy starać się jej zrekonstruować, na ile to możliwe, i w każdym wypadku respektować. Praktyka pytania rodziny zmarłego o zgodę na przeszczep organów nie opiera się zatem na założeniu, że to najbliżsi podejmują decyzję, ale że mają oni moralny obowiązek zrekonstruowania i respektowania woli zmarłego, nawet wtedy, gdyby ich zdanie było odmienne. Roszczeniowa mentalność, oparta na swoistym rachunku dóbr, zgodnie z którym lepiej jest pobrać i przeszczepić organy, niż pozwolić na ich rozkład, sprzeciwia się rozumieniu transplantacji jako wielkodusznego daru i sprawia, że cała procedura przeszczepu traci swój moralny status.

### **3. Etyczne wymogi transplantacji od dawców żywych**

W ramach medycyny transplantacyjnej rozróżnia się wiele rodzajów przeszczepów. Odmienne warunki i okoliczności przeprowadzenia transplantacji nie pozostają bez wpływu na ocenę etyczną. Do podstawowych należy rozróżnienie między transplantacją tkanek i organów od dawców żywych a transplantacją dokonaną pod warunkiem stwier-

---

<sup>11</sup> Zgodnie z Ustawą z dnia 1 lipca 2005 r. o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów, „Pobrania komórek, tkanek lub narządów ze zwłok ludzkich w celu ich przeszczepienia można dokonać, jeżeli osoba zmarła nie wyraziła za życia sprzeciwu”. Zob. [http://www.poltransplant.org.pl/ust\\_jednoli.html](http://www.poltransplant.org.pl/ust_jednoli.html) (data dostępu: 26.05.2014).

dzenia śmierci dawcy. W pierwszym przypadku chodzi o przeszczep tkanek i organów, które nie są niezbędne do życia. Należy tutaj zarówno transfuzja krwi czy przeszczep szpiku, jak też o wiele poważniejsze operacje związane np. z transplantacją części wątroby, czy też jednej z nerek<sup>12</sup>. W kontekście antropologii personalistycznej podstawowym kryterium dopuszczalności etycznej takiej procedury, obok świadomego aktu darowania przez dawcę, będzie to, by przeszczep nie wiązał się z utratą życia lub poważnym kalectwem dawcy. Oznacza to, że żyjący dawca nie może oddać organów niezbędnych do życia. Nawet najbardziej szlachetne motywacje, np. miłość łącząca dawcę i potencjalnego biorcę czy pragnienie ofiarowania życia za drugiego, nie są w stanie zmienić faktu, że oddanie organów niezbędnych do życia oznaczałoby akt samobójczy, a więc z etycznego punktu widzenia niedopuszczalny<sup>13</sup>. Istotnym aspektem będzie także kondycja zdrowotna dawcy, która może sprawić, że generalne etyczne przyzwolenie na przeszczep będzie w sytuacji konkretnego dawcy musiało być cofnięte.

W przypadku przeszczepu od dawcy żyjącego ważny jest również wymóg adekwatnej przyczyny. Dokonuje się go tylko wtedy, gdy stanowi on jedyną szansę uratowania zdrowia lub życia i gdy wyczerpano już wszystkie inne dostępne środki. Ważne będzie także określenie stopnia ryzyka, i to zarówno dla dawcy, jak i dla biorcy. Musi być ono proporcjonalne do spodziewanych wyników terapeutycznych. Dodatkowym elementem dopuszczalności etycznej będzie wymóg darmowości przeszczepu, podkreślany zarówno w ramach etyki katolickiej, jak też obowiązujących regulacji prawnych. Ścisły zakaz handlu narządami nie wyklucza oczywiście możliwości zwrotu poniesionych w trakcie przeprowadzania transplantacji kosztów.

W kontekście etyki katolickiej podkreśla się moralną niedopuszczalność przeszczepiania gonad, a więc organów odpowiedzialnych za produkcję komórek rozrodczych, a także mózgowia. Te części ciała są bowiem biologicznymi komponentami tożsamości osoby, która nie powinna być naruszona<sup>14</sup>. Odrębną kwestią, którą warto w ramach ni-

<sup>12</sup> Zob. teksty Macieja Wójcickiego i Piotra Milkiewicza dotyczące różnych aspektów przeszczepu wątroby, w: *Transplantologia. Oczekiwania - możliwości - granice*, red. A. Dwymer, Instytut Medyczny im. Jana Pawła II, Szczecin 2012, s. 79-86.

<sup>13</sup> Por. Ch. Götz, *Medizinische Ethik und katholische Kirche. Die Aussagen des päpstlichen Lehramtes zur Fragen der medizinischen Ethik seit dem Zweiten Vaticanum*, LIT, Münster-Hamburg-London 2000, s. 189; K.-H. Peschke, *Christliche Ethik. Spezielle Moralthologie*, Paulinus Verlag, Trier 1995, s. 300-301.

<sup>14</sup> Zob. Papieska Rada ds. Duszpasterstwa Służby Zdrowia, *Karta Pracowników Służby Zdrowia*, nr 88, w: K. Szczygieł, *W trosce o życie...*, t. 1, s. 595: „Etyka zabrania ofia-

niejszego artykułu choćby na marginesie poruszyć jest wykorzystanie w medycynie transplantacyjnej ludzkich embrionów. Problematyka ta związana jest z potencjałem rozwojowym embrionalnych komórek macierzystych. W kontekście utilitaryzmu preferencyjnego<sup>15</sup>, którego zwolennicy nie uznają osobowego statusu embrionu, zużycie go jako materiału do transplantacji jest nie tylko dopuszczalne, ale właściwie w ogóle nie mieści się w ramach powyższego podziału na dawców żywych i martwych. Raczej mamy tu do czynienia z wykorzystaniem materiału biologicznego, za którego właściciele uznawani są dawcy gamet, z których embrion powstał. Z punktu widzenia etyki personalistycznej podejście takie jest niedopuszczalne, sprzeczne z poszanowaniem godności osoby i wartości życia ludzkiego. Ze względu na uznanie osobowej godności istoty ludzkiej od początku jego istnienia, „techniki, które wiążą się z manipulacją ludzkimi embrionami i niszczeniem ich, nie są moralnie dopuszczalne nawet wówczas, gdy ich zamierzony cel jest sam w sobie dobry”<sup>16</sup>.

#### 4. „Po śmierci”

Transplantacja organów od dawcy martwego stwarza cały szereg dodatkowych problemów medyczno-technicznych, których wzięcie pod uwagę jest istotne dla oceny etycznej. Możliwość dokonania transplantacji ma dla rozwoju medycyny transplantacyjnej kluczowe znaczenie, ponieważ umożliwia skuteczną pomoc chorym, którzy bez wymiany organów, np. serca, płuc czy trzustki nie mieliby żadnych szans przeżycia bądź też ich jakość życia<sup>17</sup> byłaby bardzo niska. By tego dokonać,

---

rowywania wszystkich narządów. Dotyczy to przeszczepiania mózgowia i gruczołów płciowych, które zapewniają odpowiednio osobową i prokreacyjną tożsamość osoby. Chodzi o narządy, dzięki którym realizuje się niepowtarzalna tożsamość osoby, którą medycyna winna ochraniać”.

<sup>15</sup> W odróżnieniu od klasycznego utilitaryzmu, w ramach którego etyczną kwalifikację działania ustala się w zależności od maksymalizacji przyjemności i minimalizacji cierpienia, w utilitaryzmie preferencyjnym istotna jest maksymalizacja możliwości działania zgodnie z preferencjami osób, których dane działanie dotyczy. Por. P. Singer, *Praktische Ethik*, Reclam, Stuttgart 1994, s. 128.

<sup>16</sup> Jan Paweł II, *Poszukiwania naukowe muszą szanować godność każdej ludzkiej istoty. Przemówienie do uczestników Kongresu Światowego Towarzystwa Transplantologicznego* (29 VIII 2000), nr 8, [w:] J. Brusiło, *W trosce o życie...*, t. 2, s. 262.

<sup>17</sup> We współczesnej dyskusji bioetycznej pojęcie „jakość życia” może stanowić przedmiot sporu, jeżeli rozumie się je jako główne kryterium wartościowania moralnego i wiąże z pojęciem „interes pacjenta”, rozumianym jako wyłączna i zobowiązująca norma dla działań i zaniechań lekarza. Takie rozumienie jakości życia, alternatywne dla pojęcia „świętość życia”, jest sprzeczne z etyką katolicką. W niniejszym przedłożeniu pojęcie jakości życia jest używane jedynie w sensie opisującym, a nie wartościującym.

organy dawcy muszą być zdadne do przeszczepu, a biorąc pod uwagę, jak gwałtownie po ustaniu naturalnego krążenia ich zdadność się pogarsza, muszą być podjęte zabiegi zastępujące naturalne funkcjonowanie organizmu. Dzięki podłączeniu osoby, która np. uległa poważnemu wypadkowi, do maszyn, można zastąpić normalne funkcjonowanie serca, zapewnić wentylację organizmu oraz krążenie krwi. Dzięki temu stworzona zostaje luka czasowa, umożliwiająca stwierdzenie śmierci dawcy, przygotowanie jego zwłok do eksplantacji organów, a także przygotowanie organizmu biorcy do ich przyjęcia, a przede wszystkim uczynienie zadość wymaganiom etycznym, umożliwiającym dokonanie procedury transplantacyjnej<sup>18</sup>.

Kluczową kwestią jest tu rozumienie kryterium śmierci mózgowej, któremu trzeba poświęcić nieco więcej uwagi. Warunkiem dokonania transplantacji jest całkowite i nieodwracalne ustanie integrujących czynności mózgu, a więc jego śmierć, która może być stwierdzona poprzez całkowity brak jego bioelektrycznej czynności<sup>19</sup>. Kryterium to stanowi podstawę stwierdzenia śmierci osobniczej, a więc uznania osoby za zmarłą. Jego rozumienie oraz praktyczna implementacja będzie z punktu widzenia etyki katolickiej decydująca dla oceny etycznej dopuszczalności transplantacji organów niezbędnych do życia. Jan Paweł II podkreślał wielokrotnie, że organy niezbędne dla życia „mogą być usunięte dopiero po śmierci, to znaczy pobrane z ciała kogoś, kto z całą pewnością nie żyje. Ten warunek jest oczywisty, ponieważ odmienne postępowanie oznaczałoby umyślne spowodowanie śmierci dawcy przez pozbawienie go organów”<sup>20</sup>.

---

<sup>18</sup> Por P. Nowacki, *Śmierć mózgu - ewolucja koncepcji z uwzględnieniem potrzeb transplantologii*, [w:] *Transplantologia ...*, s. 39-48.

<sup>19</sup> Por. określenie słownikowe Polskiej Akademii Nauk: „Trwałe wygaśnięcie wszystkich integracyjnych czynności ośrodkowego układu nerwowego (śmierć pnia mózgu) przy sztucznie podtrzymywanej lub samoistnej akcji serca i oddychania [...] przy uwzględnieniu aktualnie obowiązujących kryteriów rozpoznawczych (m.in. całkowity zanik czynności bioelektrycznych mózgu)”. (Polska Akademia Nauk. Wydział Nauk Medycznych, *Wielki Słownik Medyczny*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL: Warszawa 1996, s. 1309). Gdyby stwierdzono występowanie na tyle *samoistnej* akcji serca i oddychania, że należałoby uznać zdolność organizmu do zachowania czynności integrujących, wtedy dokonanie eksplantacji organów oznaczałoby oczywiście zabicie człowieka.

<sup>20</sup> Jan Paweł II, *Poszukiwania naukowe muszą szanować godność każdej ludzkiej istoty*, nr 4, s. 260. Por. także *Katechizm Kościoła Katolickiego*, nr 2296: „Jest rzeczą moralnie niedopuszczalną bezpośrednie powodowanie trwałego kalectwa lub śmierci jednej istoty ludzkiej, nawet gdyby to miało przedłużyć życie innych osób”.



Magisterium Kościoła nie rości sobie wprawdzie prawa formułowania definicji czy określania kryteriów śmierci, pozostawiając to zadanie medycynie. Z punktu widzenia etyki katolickiej można jedynie stwierdzić kompatybilność (bądź jej brak) proponowanego kryterium śmierci mózgowej z właściwą dla etyki personalistycznej koncepcją śmierci człowieka. Generalnie można stwierdzić, że wprowadzone w 1968 roku oraz przyjęte powszechnie i doskonalone w późniejszym czasie kryterium śmierci mózgowej zostało zaakceptowane przez Magisterium Kościoła. Można w tym miejscu wskazać chociażby na deklaracje Papieskiej Akademii Nauk z 1985<sup>21</sup> oraz 1989 roku<sup>22</sup>. Jest to wprawdzie instytucja, której wypowiedzi same w sobie nie stają się automatycznie oficjalnym nauczaniem Magisterium Kościoła, jednak zaaprobowane przez papieża, stanowią punkt odniesienia dla oceny etycznej. Zgodnie z nimi „[o]sobę uznaje się za zmarłą, gdy doznała nieodwracalnej utraty wszelkiej zdolności utrzymania czynności ustrojów integracyjnych i koordynacyjnych – tak fizycznych, jak i umysłowych”<sup>23</sup>.

W ostatnich latach nasiliła się krytyka prawomocności kryterium śmierci mózgowej jako podstawy etycznej dopuszczalności transplantacji organów niezbędnych do życia. Koncentruje się ona wokół trzech istotnych pytań. Pierwsze i zasadnicze pytanie dotyczy adekwatności wspomnianego kryterium i jego utożsamienia z faktem śmierci osobniczej. Chociaż jest to w zasadzie kwestia z obszaru antropologii filozoficznej, jednak istotny dla jej rozstrzygnięcia jest również komponent medyczny. Krytycy wskazują na to, że nie można dekretować śmierci człowieka, gdy poza mózgiem, stanowiącym jedynie 3% ciała, procesy życiowe przebiegają nadal, a pozostałe tkanki i organy jeszcze żyją<sup>24</sup>. Dzieje się tak jednak dzięki sztuczному wspomaganium i dlatego zachodzi uzasadnione podejrzenie nieodwracalnej utraty zdolności koordynacyjnych całego organizmu. Należy podkreślić, że przyjęcie kryterium śmierci mózgowej nie oznacza utożsamiania śmierci człowieka ze śmiercią jednego z jego organów, co byłoby w kontekście chrześcijań-

---

<sup>21</sup> Papieska Akademia Nauk, *Deklaracja o sztuczным przedłużaniu życia i dokładnym ustaleniu momentu śmierci*, [w:] *W trosce o życie...*, t. 1, s. 453-454.

<sup>22</sup> *Final Considerations formulated by the Scientific Participants*, [w:] *Working Group on the Determination of Brain Death and its Relationship to Human Death*, ed. R. J. White, H. Angstwurm, I. Carasco de Paula, Pontificia Academia Scientiarum, Vatican City 1992, s. 81-82.

<sup>23</sup> Papieska Akademia Nauk, *Deklaracja o sztuczным przedłużaniu życia i dokładnym ustaleniu momentu śmierci...*, s. 453.

<sup>24</sup> Zob. przegląd dyskusji argumentów zwolenników i przeciwników w: J. Schumacher, *Hirntod und Organtransplantation*, „Ethica” 2013, 21, s. 243-282.

skiej antropologii rzeczywiście niedopuszczalne. Chodzi raczej o określenie symptomów, wskazujących na to, że śmierć organizmu już nastąpiła.

Z biologicznego punktu widzenia śmierć jest *procesem*, w trakcie którego kolejno obumierają organy i tkanki aż do całkowitego ustania czynności życiowych w ostatniej komórce organizmu. Natomiast z filozoficzno-teologicznego punktu widzenia śmierć jest *wydarzeniem* rozdzielenia jedności ciała i duszy<sup>25</sup>. Podstawą akceptacji kryterium śmierci mózgowej ze strony etyki katolickiej nie może być i nie jest jedynie zniszczenie jakiejś części ciała, bez której prawidłowego funkcjonowania istotne przejawy aktywności osobowej, jak np. komunikacja z otoczeniem, nie byłyby możliwe. Nie chodzi także o procentowe określenie procesu obumierania poszczególnych części organizmu. Podstawą jest tu nieodwracalna utrata zdolności integracyjnych ludzkiego organizmu. Bez tej zdolności nie mamy już do czynienia z żyjącym organizmem, a jedynie ze sztucznie podtrzymywanym życiem poszczególnych organów. Skoro nie istnieje już zintegrowany żywy organizm, życie tej konkretnej osoby się zakończyło. Istotnym elementem antropologicznej akceptacji kryterium śmierci mózgowej będzie zatem wiedza medyczna o centralnej integracyjnej i kierowniczej funkcji (niem. *zentrale Integrations- und Steuerungsfunktion*), jaką pełni w organizmie ludzkim mózg. Należy tu podkreślić zasadniczą różnicę między *śmiercią organizmu jako całości*, która następuje wtedy, gdy mózg ludzki całkowicie obumiera, a *śmiercią całego organizmu*, tzn. wszystkich jego komórek, która rozciąga się w czasie i znacznie przekracza również standardowy moment wystawienia aktu zgonu. Pojedyncze organy mogą jeszcze jakiś czas funkcjonować, ale już nie jako elementy całości<sup>26</sup>. Biokonserwacja tych organów za pomocą techniki medycznej nie oznacza kontynuowania życia całości cielesno-duchowej osoby.

Uznając prawomocność kryterium śmierci mózgowej, należy jednocześnie podkreślić niewystarczalność tzw. częściowej śmierci mózgu (niem. *Teilhirtod*) jako kryterium wystarczającego do pobrania orga-

---

<sup>25</sup> Por. C. Breuer, *Wann ist der Mensch tot? Der Tod des Menschen in der Auseinandersetzung und die Verwertung seines Körpers*, „Zeitschrift für medizinische Ethik“ 1996, 42, s. 99-101.

<sup>26</sup> Jak stwierdza Jan P. Beckmann, człowiek nie umiera, gdy umiera serce czy mózg, ale umiera wtedy, gdy jedność organiczna, jaką stanowi, nieodwołalnie się rozpada. Por. J. P. Beckmann, *Aspekte der Organtransplantation*, [w:] *Organtransplantation. Medizinische, rechtliche und ethische Aspekte*, hrsg. v. J. P. Beckmann, Freiburg i Br.-München 2008, s. 98.

nów<sup>27</sup>. Stąd też niedopuszczalne jest określanie osób, które trwale utraciły pewne zdolności psychiczne, a czasem nawet samą możliwość kontaktu z otoczeniem, jako „żyjące roślinki” czy „życie wegetatywne”, jeżeli tylko ich organizm funkcjonuje jako całość i zachowuje zdolność integracji czynności życiowych. Nie ma dwóch śmierci: mózgowej i osobniczej. Jeśli śmierć mózgu ma być zaakceptowana jako kryterium pobrania organów niezbędnych do życia, musi oznaczać śmierć człowieka. Nie wystarczy obumarcie części mózgu (np. kory mózgowej powodująca nieodwołalną utratę zdolności umysłowych oraz komunikacji z otoczeniem), by uznać go za zmarłego. Jan Paweł II stwierdził w 2000 roku, że 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”<sup>28</sup>. W stwierdzeniu tym pobrzmiewa pewna nuta ostrożności, oraz zastrzeżenie, że kryterium tego nie można traktować szeroko, ale ściśle.

Druga kwestia, jaką podnoszą krytycy, dotyczy możliwości diagnozowania i stwierdzenia śmierci mózgu. Chodzi zatem o to, czy dostępne możliwości diagnostyczne są wystarczające, czy też ich niedokładność jest na tyle poważna, że czyni kryterium śmierci mózgowej nieprzydatnym w kontekście transplantacji<sup>29</sup>. Jest to bardzo istotne, by z najwyższym prawdopodobieństwem wykluczyć ewentualność uznania za zmarłe osoby, które jeszcze żyją. W tym kontekście podaje się przykłady błędnych diagnoz, jak też doniesienia dotyczące możliwości zachowania czynności życiowych mózgu, który już nie wykazuje w badaniu

<sup>27</sup> Zob. E. Schockenhoff, *Ethik des Lebens. Grundlagen und neue Herausforderungen*, Herder, Freiburg-Basel-Wien 2009, s. 409.

<sup>28</sup> Jan Paweł II, *Poszukiwania naukowe muszą szanować godność każdej ludzkiej istoty...*, nr 5, s. 261. Por. także głosy broniące prawomocności kryterium śmierci mózgowej: J. L. Bernat, *A Defence of the Whole-Brain Concept of Death*, Hastings Center Report, March-April 1998, s. 14-23; C. Manni, *A Report on Cerebral Death*, [w:] J. de Dios Vial Correa, E. Sgreccia, *The Dignity of the Dying Person. Proceedings of the Fifth Assembly of the Pontifical Academy for Life*, Libreria Editrice Vaticana: Città del Vaticano 1999, s. 102-118; J. Römel, *Hirntod und Organspende. Ethische Probleme der Transplantationsmedizin*, „Zeitschrift für medizinische Ethik“ 1997, 43, s. 3-16. Zob. także: A. Battro, J.L. Bernat, M.-G. Bousser i in., *Why the Concept of Brain Death is Valid as a Definition of Death. Statement by Neurologists and Others, The Signs of Death. The Proceedings of the Working Group 11-12 September 2006*, ed. M. Sanchez Sorondo, Vatican City 2007, s. XXI-XXIX. W tomie tym znaleźć można także teksty wskazujące na uszkodzenia mózgu, które nie mogą być traktowane jako śmierć mózgowa.

<sup>29</sup> E. Schockenhoff, *Ethik des Lebens...*, s. 410.

žadnej aktywności<sup>30</sup>. Zwolennicy kryterium śmierci mózgowej wskazują, że przypadki powrotu do życia osób uznanych za mózgowo martwe należy rozpatrywać w kategoriach błędów medycznych czy też braku dokładności i staranności diagnostycznej.

I wreszcie trzecie pytanie, które jest pytaniem czysto praktycznym. Zakładając prawomocność kryterium śmierci mózgowej oraz możliwość jej niewątpliwego stwierdzenia, można zapytać, czy przewidziane prawem procedury kwalifikacji osób zmarłych do transplantacji są wystarczająco rygorystyczne i czy są ściśle przestrzegane. Przeciwnicy kryterium śmierci mózgowej wskazują na różnice w ustawowych regulacjach różnych krajów, które sprawiają, że osoba w jednym kraju może być uznana za zmarłą, podczas gdy w drugim będzie jeszcze traktowana jako osoba żyjąca. Wiąże się z tym kolejna kwestia, która dotyczy nacisku, jakiemu wobec notorycznego braku organów mogą podlegać ciała ustawodawcze oraz sami lekarze, by zbyt pochopnie i pośpiesznie diagnozować śmierć mózgową. Zazwyczaj taka możliwość bywa zminimalizowana przez ustawodawstwo przewidujące, że lekarze stwierdzający śmierć mózgową nie mogą wchodzić w skład zespołu dokonującego transplantacji. Zachowanie jak najdalej idącej staranności i rygorystyczne przestrzeganie procedur będzie warunkiem utrzymania akceptacji dla kryterium śmierci mózgowej.

Stanowisko Magisterium Kościoła w zakresie trzech powyższych kwestii można znaleźć w ostatniej wypowiedzi na temat transplantacji, jaką jest przemówienie Benedykta XVI z 2008 roku. Papież podtrzymuje pozytywną ocenę medycyny transplantacyjnej jako środka, dzięki któremu wspaniałomyślność i altruizm mogą być wyrażone w nowy sposób. Jednocześnie podkreśla, że „pojedyncze żywe organy mogą

---

<sup>30</sup> Jednym z prominentnych krytyków kryterium śmierci mózgowej jest amerykański neurolog Alan Shewmon. Przytacza on przykłady powrotu do życia osób uznanych za mózgowo martwe, a także neguje prawomocność traktowania mózgu jako „wielkiego integratora”. Zob. A. Shewmon, „Brainstem Death”, „Brain Death” and Death: *A Critical Re-Evaluation of the Purported Equivalence*, „Law & Medicine” 1998, 2, vol. 14, s. 125-145; *idem*, *The Brain and Somatic Integration: Insights Into the Standard Biological Rationale for Equating „Brain Death” with Death*, „Journal of Medicine and Philosophy” 2001, 5, vol. 26, s. 457-478. Por także J. Seifert, *Is „Brain Death” actually Death? A critique of Redefining Man's Death In Terms of „Brain Death”*, [w:] *Working Group on the Determination of Brain Death...*, s. 95-143. W piśmiennictwie polskim prawomocność kryterium śmierci mózgowej, jak też adekwatność obowiązujących procedur diagnozowania śmierci mózgu neguje o. Jacek Maria Norkowski OP w swojej obszernej rozprawie doktorskiej: *Medycyna na krawędzi. Ewolucja definicji śmierci człowieka w kontekście transplantacji narządów*, Polwen, Radom 2011.

zostać pobrane wyłącznie *ex cadavere* (ze zwłok), które również posiadają swoją godność, którą należy respektować”. Dalej stwierdza: „Nauka poczyniła w ostatnich latach dalszy postęp przy stwierdzeniu śmierci pacjenta. Dobrze jest aby osiągnięte wyniki otrzymały aprobatę całej naukowej wspólnoty, aby szukać najkorzystniejszego rozwiązania, które powinno dać pewność we wszystkim. W działaniu takim nie może być najmniejszego podejrzenia o samowolę. Jeśli nie można osiągnąć jeszcze pewności, musi dominować zasada ostrożności”<sup>31</sup>. Przemówienie to jest różnie komentowane przez obie strony sporu. Przeciwnicy kryterium śmierci mózgowej podkreślają konieczność ostrożności w wypadku wątpliwości, co rzekomo miałyby oznaczać wykluczenie możliwości stosowania kryterium śmierci mózgowej. Zwolennicy natomiast podkreślają uznanie dla postępu medycyny w kwestii ustalenia najbardziej adekwatnego kryterium śmierci. Nie wydaje się, by Benedykt XVI negował samo kryterium śmierci mózgowej w kontekście transplantacji, co zresztą podkreślał także jego poprzednik. Wskazuje jednak na znaczenie aprobaty środowiska medycznego dla kryteriów śmierci mózgowej oraz procedur jej stwierdzania. Opinia specjalistów będzie w tej kwestii dla Kościoła punktem odniesienia. Konieczne jest ściśle stosowanie dostępnych metod diagnostycznych. Wspominana przez papieża zasada ostrożności dotyczy raczej pojedynczego przypadku diagnozy niejednoznacznej i niepewnej, a nie samego kryterium jako takiego. Nie wydaje się także, by zalecana przez Benedykta ostrożność w wypadku wątpliwości miała ustanawiać wymaganie niemalże matematycznej, absolutnej pewności, które byłoby niemożliwe do spełnienia. Jak to już podkreślał w kontekście transplantacji jego poprzednik, Jan Paweł II, chodzi tu o uzyskanie takiego stopnia pewności osądu etycznego, „który nauczanie moralne określa jako «pewność moralna». Taka pewność jest uważana za niezbędną i wystarczającą podstawę dla etycznie poprawnego działania”<sup>32</sup>.

Przedstawione argumenty przeciwników prawomocności kryterium śmierci mózgowej skłaniają do pytania, czy Kościół katolicki może zmienić zdanie w kontekście problematyki transplantacyjnej i wycofać swoje poparcie dla kryterium śmierci mózgowej? Warto podkreślić, że tocząca się w kręgach etyków katolickich dyskusja nie jest wynikiem zmiany argumentacji filozoficzno-teologicznej. Ta argumentacja w niczym się nie zmieniła. Niepewność wynika raczej z kontrowersji,

<sup>31</sup> Benedykt XVI, *Dar dla życia ...*, s. 345.

<sup>32</sup> Jan Paweł II, *Poszukiwania naukowe muszą szanować godność każdej ludzkiej istoty...*, nr 5, s. 261.

jakie pojawiają się w gronie przedstawicieli świata medycznego. I to ich odpowiedź na pytanie, czy twierdzenie, że śmierć mózgowa oznacza rzeczywiście nieodwołalną utratę integracji czynności życiowych organizmu jako całości, ma nadal solidne podstawy naukowe, czy też musi zostać skorygowane, będzie miała ostatecznie kluczowe znaczenie. Gdyby miało się okazać, że nowe badania medyczne nie pozwalają już tego zakładać, należałoby także uznać kryterium śmierci mózgowej jako podstawy stwierdzenia śmierci osobniczej za niemożliwe do zaakceptowania. Argumenty tych, którzy chcieliby mimo takiego werdyktu uratować moralną godziwość eksplantacji organów, wskazując na podporządkowaną wartość czysto biologicznego życia osób zdiagnozowanych jako mózgowo martwych wobec potencjalnych korzyści biorców, są argumentami utylitarnymi. Tego rodzaju rachunek dóbr byłby w kontekście podstawowej wartości życia nie do przyjęcia<sup>33</sup>.

W tym miejscu należy jeszcze zwrócić uwagę na zmiany wprowadzone do polskiego ustawodawstwa w 2009 roku, wprowadzające w Polsce możliwość transplantacji po orzeczeniu zgonu wskutek nieodwracalnego ustania akcji serca (w literaturze określa się ją jako *non heart beating donation*). Do art. 9 Ustawy z 2005 roku, zgodnie z którym „[p]obranie komórek, tkanek lub narządów do przeszczepienia jest dopuszczalne po stwierdzeniu trwałego nieodwracalnego ustania czynności mózgu (śmierci mózgu)”, został w 2009 roku dodany art. 9a stanowiący, że „[p]obranie komórek, tkanek lub narządów do przeszczepienia jest dopuszczalne po stwierdzeniu zgonu wskutek nieodwracalnego zatrzymania krążenia”<sup>34</sup>. Trudno byłoby zgłaszać sprzeciw wobec tego kryterium, gdyby było ono traktowane dodatkowo, jako wspierające dawne kryterium śmierci mózgu. Okazuje się jednak, że jest to kryterium samodzielne, na podstawie którego można podjąć decyzję o transplantacji, co przysparza wiele wątpliwości natury etycznej. Ustawodawca nakazuje "stwierdzenie zgonu", zakładając przy orzekaniu go

<sup>33</sup> W kontekście utylitaryzmu preferencyjnego możliwa jest rezygnacja z kryterium śmierci mózgowej, a jednocześnie zachowanie godziwości pobierania organów niezbędnych do życia. Wtedy należałoby oczywiście zrewidować regulację zgody na oddanie organów po śmierci (tzw. *Dead Donor Rule*) i zastąpienie jej aktem zgody do oddania narządów w przypadku nieodwołalnej utraty świadomości. Oznaczałoby to faktycznie akceptację kryterium częściowej śmierci mózgu (*Teilhirtod*), a więc zgodę na uśmiercenie dawcy poprzez pobranie organów. Por. R. D. Truog, *Is It Time to Abandon Brain Death?*, Hastings Center Report, January-February 1997, s. 29-37.

<sup>34</sup> Ustawa z dnia 1 lipca 2005 roku o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów, [http://www.poltransplant.org.pl/ust\\_jednoli.html](http://www.poltransplant.org.pl/ust_jednoli.html) (data dostępu: 30 V 2014).

całościową interpretację danych z wywiadu chorobowego i klinicznych objawów nieodwracalnego zatrzymania serca. Ustalając to kryterium zakłada się, że zatrzymanie krążenia powoduje w krótkim czasie do śmierci komórek mózgowych i ostatecznie do śmierci mózgu<sup>35</sup>. Gdy jednak praca serca jest wspomagana poprzez maszyny, powstaje pytanie o ściśle określenie granicy, która pozwoliłaby uzyskać pewność, że organy będą pobierane od osoby rzeczywiście *zmarłej*, a nie *umierającej*. Przy zastosowaniu tego kryterium, jak twierdzą krytycy, czas na ewentualne konsultacje i podjęcie decyzji zostaje znacznie skrócony. Problematyczna jest także deklarowana przyczyna wprowadzenia nowego kryterium, jakim jest pragnienie poszerzenia dostępności organów. Krytyka, z jaką kryterium nieodwracalnego zatrzymania krążenia spotyka się nie tylko wśród etyków, ale także przedstawiciele świata medycznego, każe traktować je na razie jako etycznie niepewne. Niektóre z zarzutów przeciwników kryterium śmierci mózgowej będą odnosiły się do kryterium nieodwracalnego zatrzymania krążenie w jeszcze większym stopniu, niż do kryterium śmierci mózgowej.

Podsumowując, należy stwierdzić, że w kontekście etyki katolickiej pozostaje dosyć jasno określona alternatywa: albo w przypadku dawcy mamy rzeczywiście do czynienia z osobą zmarłą i wtedy można sztucznie podtrzymać funkcjonowanie jej organizmu oraz pobrać organy do przeszczepu, albo też przyjęte kryteria uznania osoby za zmarłą są z medycznego punktu widzenia nieadekwatne, a wtedy pobranie organów jest absolutnie niedozwolone. Zgłaszane wątpliwości sprawiają, że doskonalenie metod diagnostycznych, pozwalających na coraz bardziej precyzyjne stwierdzenie oznak śmierci staje się kluczowym zadaniem. Należy też tym dokładniej stosować je w kontekście medycyny transplantacyjnej.

---

<sup>35</sup> Dane zaczerpnięte z: J. Haberko, I. Uhrynowska-Tyszkiewicz, *Ustawa o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów. Komentarz*, Wolters Kluwer, Warszawa 2014, s. 99 (w druku).