

Amadeusz Pala

## Zjawisko śmierci – zmora medycyny

Pojęciem zmory zwykło nazywać się w sposób przenośny to, z czym nie można sobie do końca poradzić. W tym sensie pojęcie to zdaje się pasować do zagadnienia śmierci, będącego przedmiotem ciągłych dociekań, głównie medycznych i filozoficznych. O ile rozważania filozoficzne mogą trwać w atmosferze „wiecznego niezdecydowania”, o tyle od medycyny wymaga się, aby podała takie ustalenie, które w jakimś stopniu rozwiąże dylematy praktyczne. Tak więc medycynie udało się ustalić, na czym polega zjawisko śmierci (owocem jest tu: definicja i kryteria śmierci mózgu), ale nie oznacza to, że jest to jej ostatnie słowo. Celem niniejszego artykułu<sup>1</sup> jest ukazanie przebiegu medycznego wyjaśniania zjawiska śmierci oraz związanej z tym problematyki.

Zagadnienie śmierci człowieka rozważa się na różne sposoby. Wszystkie z nich można umieścić w zakresie dociekań określanych pojęciem *tanatologia*<sup>2</sup> (gr. *thanatos* – śmierć; *logos* – słowo). Można także próbować wyróżnić dwa podstawowe bieguny tanatologii: pierwszy empiryczny (biologia i medycyna), opisujący i definiujący zjawisko śmierci, oraz drugi egzystencjalno-ideowy (filozofia i religia), który prowadzi krytyczny namysł nad dokonaniem tego pierwszego

---

<sup>1</sup> Artykuł jest oparty na fragmentach pracy magisterskiej pt. *Etyczny i antropologiczny wymiar śmierci mózkowej człowieka*, obronionej w 2013 roku na Wydziale Filozoficznym Uniwersytetu Papieskiego Jana Pawła II w Krakowie.

<sup>2</sup> Należy zaznaczyć, że istnieje kilka sposobów definiowania tanatologii, począwszy od traktowania jej jako nauki empirycznej, a skończywszy na gałęzi filozoficznej. Tutejsze rozumienie tanatologii traktuje ją w sposób bardziej autonomiczny, powiększając tym samym jej zakres przedmiotowy.

oraz stara się znaleźć odpowiedzi na głębsze pytania, te dotyczące sensu śmierci<sup>3</sup>. Niniejszy artykuł stanowi próbę ukazania części problematyki głównie pierwszego z owych biegunów, a więc tego, który dotyczy medycznych dociekań mających na celu wyjaśnienie zjawiska śmierci. Dlatego wątkiem wiodącym dla poniższych rozważań będzie medyczna ewolucja wyjaśniania zjawiska śmierci (ponieważ nie ulega wątpliwości, że medyczne spojrzenie na śmierć podlegało w przeszłości istotnym zmianom). Nie znaczy to jednak, że praca ta będzie wolna od rozważań filozoficznych – przeciwnie, zjawisko śmierci, jakkolwiek ujęte, ciąży zawsze ku nim powagą swej tajemnicy.

## Zjawisko śmierci

Spojrzenie na śmierć okiem nauki to spojrzenie zaledwie na zjawisko śmierci mogące być przedmiotem obserwacji. Należy tu bowiem założyć, że naukowe dociekania nie mają dostępu do tej śmierci, która z oczywistych względów najbardziej interesuje człowieka, czyli do „śmierci własnej” – ta śmierć nie podlega naukowemu badaniu, a jest tak choćby dlatego, że kiedy nastaje, ten, kogo dotyczy, traci zdolność komunikowania o jej przebiegu. Jednakże nie da się też ukryć przekonania niektórych myślicieli o tym, że coś takiego, jak „śmierć własna” w ogóle nie istnieje, a mówienie o niej jest zwyczajnym nieporozumieniem – jest tak według nich z prostego względu: gdy śmierć nastaje, podmiot poznający przestaje po prostu istnieć (oczywiście nie jest to teza naukowa, ale filozoficzna). Tak chciał Epikur, który wyraził to w swoim słynnym twierdzeniu:

Śmierć, najstraszniejsze z nieszczęść, wcale nas nie dotyczy, bo gdy my istniejemy, śmierć jest nieobecna, a gdy tylko śmierć się pojawi, wtedy nas już nie ma<sup>4</sup>.

---

<sup>3</sup> Por. P. Bortkiewicz, *Tanatologia*, [w:] *Encyklopedia bioetyki*, red. A. Muszala, wyd. 2, Radom 2009, s. 602–606.

<sup>4</sup> D. Laertios, *Żywoty i poglądy słynnych filozofów*, tłum. K. Leśniak, I. Kosińska, B. Kupisa, W. Olszewski, Warszawa 1982, s. 544–545.

Ta bezpośrednia niepoznawalność śmierci, a zarazem jej dziwna oczywistość, jest chyba najbardziej znamienym spośród wielu paradoksów, które śmierć dostarcza ludzkiej myśli. I chyba nie warto tego paradoksu lekceważyć, w przeciwnym wypadku można się pozbawić cennej dla życia wiedzy – tej mianowicie, że śmierć „najdobitniej” potwierdza człowiekowi zawodność wnioskowania indukcyjnego: w dniu bowiem swej śmierci człowiek powinien mieć największą pewność co do tego, że nie umrze (wszak przekonuje go o tym największa liczba przeżytych dni, które może wtedy wspominać). Ireneusz Ziemiński, filozof zajmujący się tematem śmierci, ów epistemologiczny paradoks ujmuje w sposób następujący:

Własną śmierć możemy wprowadzić w rozmaity sposób *antycypować*, możemy być jej absolutnie pewni jako nieuchronnego faktu, jesteśmy też w stanie próbować ją sobie bardziej lub mniej wyobrażeniowo *przedstawić*, nie możemy jednak nigdy jej bezpośrednio *doświadczyć*<sup>5</sup>.

---

<sup>5</sup> I. Ziemiński, *Możliwość filozofii śmierci*, „Filo-Sofija” 2002, nr 1 (2), s. 28. Prócz paradoksu epistemologicznego Ziemiński rozpatruje także kolejne paradoksy. Drugi z nich jest kopią pierwszego, z tą różnicą, iż podkreśla warstwę ontologiczną: jeżeli śmierci nie da się w sposób bezpośredni doświadczyć, to jest ona niczym dla człowieka, jest po prostu nicością (nie ma jej zupełnie), jednak z drugiej strony, czymś oczywistym jest faktyczność śmierci (również własnej). Stąd: nicość śmierci to *nicość realna*. Trzecia trudność ma wymiar aksjologiczny: jeżeli dla człowieka śmierć jest niczym, to jest niemożliwe, aby była równocześnie czymś złym, ale mimo to człowiek właśnie w śmierci wydaje się upatrywać najdotkliwsze zło, budzące w nim największy lęk. Czwarty to paradoks moralny: człowiek bywa przywiązany do swoich bliskich nieraz tak bardzo, że jest nawet gotów do poświęcenia swojego życia za nich, ale jednocześnie gdy odchodzi, a oni pozostają przy życiu, potrafi odczuwać swoisty żal z powodu swego odejścia, żal o charakterze nawet egoistycznym. Piąty paradoks jest eschatologiczny: człowiekowi najtrudniej uwierzyć właśnie we własną śmierć, która wszak jest dla niego czymś najbardziej pewnym, czymś oczywistym. Por. I. Ziemiński, *Twoja śmierć. Próba eksplikacji doświadczenia śmierci*, „Diametros” 2007, nr 11 (3), s. 111–113, [online], <http://www.diametros.iphils.uj.edu.pl/pdf/diam11aziemiński.pdf> (5.03.2014). Do ostatniego paradoksu można by dodać pewien komentarz: to prawda, że nieraz ludzie żyją tak, jakby nigdy nie mieli umrzeć – być może dzieje się tak dlatego, że człowiek jest jakoś nadzwyczajnie *zżyty* z własnym istnieniem, i to tak bardzo, że często trudno jest mu nagle *użyć* temu czemuś co stanowi jego stosunek do własnego istnienia, i zacząć *tylko żyć*, czyli przestać „żyć absolutnie” i zacząć „żyć, przeżywając” wpływ swego istnienia, co oznacza: żyć w perspektywie nadchodzącej śmierci. Powody ku temu mogą być różne, przy-

W obliczu tej zasadniczej epistemologicznej trudności może więc powstać pytanie: Czy wobec niepoznawalności „śmierci własnej” możliwe jest w ogóle sensowne mówienie o śmierci? Ziemiński twierdzi że tak, argumentując:

Przede wszystkim wypada wskazać, iż fakt niemożliwości bezpośredniego doświadczenia własnej śmierci przez świadomy podmiot nie musi wykluczać możliwości formułowania na temat śmierci wszelkich prawdziwych sądów [...]. Filozof może przecież poddawać analizie różne medyczne kryteria śmierci (jak kryterium śmierci pnia mózgu lub półkul mózgowych) i próbować określić stopień ich spójności, uniwersalności itd. [...] Wszystkie tego typu analizy i opisy niewątpliwie będą miały duże znaczenie poznawcze, w związku z czym będziemy mieli prawo uznać, że śmierć nie jest zjawiskiem absolutnie niepoznawalnym i tajemniczym<sup>6</sup>.

Podzielając zdanie Ziemińskiego, należy równocześnie zaznaczyć, że poniższe rozważania nie roszczą sobie prawa do wyczerpującego omówienia problematyki związanej z zagadnieniem śmierci. Należy je traktować raczej jako próbę zaznaczenia pewnych istotnych dla tej problematyki aspektów.

Zmierzając teraz do podania medycznego opisu zjawiska śmierci, może warto najpierw zastanowić się nad pytaniem, jaki obraz śmierci wyłania się z przykładowej analizy samego pojęcia *śmierci*. Lekarz i filozof Robert Roczeń<sup>7</sup> wskazuje bowiem, że to, co rozumie się pod pojęciem śmierci, da się przedstawić jako znaczenie zespołu trzech pojęć:

---

kładowo: po pierwsze, trudność wiary we własną śmierć może pochodzić z funkcjonowania ludzkiej świadomości (trudno uświadomić sobie nieistnienie), po drugie, powód zapomnienia o śmierci może leżeć w konsumpcyjnym przywiązaniu do tego, co doczesne, i po trzecie (na co wskazywałyby różne wierzenia) może być wynikiem przekonania, że istnienie człowieka naprawdę się nie kończy (co jednak nie znaczy, że się nie zmieni).

<sup>6</sup> I. Ziemiński, *Możliwość filozofii śmierci*, dz. cyt., s. 29.

<sup>7</sup> Robert Roczeń – doktor nauk medycznych, anestezjolog, bioetyk i filozof medycyny. Autor i współautor artykułów i referatów z zakresu etyki medycznej, transplantologii i tanatologii. Autor książki: *Na pograniczu życia*, Warszawa 2007.

1. *umieranie* – to proces zmierzający do stanu bycia umarłym,
2. *śmierć* – będąca zjawiskiem stania się umarłym,
3. *bycie umarłym* – jest to stan pozbawiony objawów życia<sup>8</sup>.

Aby jeszcze lepiej oddać związek owych pojęć, można go również zobrazować za pomocą używanej nieraz „metafory przejścia” (przejścia śmierci przez próg końca życia człowieka), w której: *umieranie* jest rozumiane jako „śmierć nadchodząca”, *śmierć* jako „śmierć przychodząca”, *bycie umarłym* jako „śmierć odchodząca”<sup>9</sup>. Metafora ta pomaga zatem zauważyć swoistą ciągłość zjawiska śmierci. Każde bowiem z tych trzech pojęć zdaje się oznaczać coś innego (czy też skupia się na innej fazie śmierci), zaś wszystkie razem tworzą to, przez co rozumie się całą rzeczywistość obecną na progu ludzkiego życia.

A zatem obraz nakreślony za pomocą rozkładu pojęcia śmierci zdaje się pouczać, że rozumienie zjawiska śmierci powinno zmierzać raczej do postrzegania śmierci w kategoriach pewnego *procesu* przebiegającego w czasie, składającego się z określonych faz, które bardzo płynnie następują po sobie. Śmierć taka nie powinna jawić się jako punkt na osi czasu. A to oznacza, że domniemana granica życia i śmierci zdaje się rozmywać, przez co coraz trudniej jest określić, kiedy rzeczywiście następuje zgon. Obraz ten okazuje się więc pewnym wstępem dla medycznego spojrzenia na zjawisko śmierci, które zmierza do podobnych wniosków.

Należy teraz w skrócie podać ów kliniczny opis zjawiska śmierci. Tak więc składa się ono z 4 faz, którymi są kolejno:

*Agonia* to ostatnia walka człowieka o utrzymanie swojego życia. W trakcie agonii można zaobserwować zmiany behawioralne u umierającego, są to skrajne stany samopoczucia: począwszy od euforii, aż po zaburzenia świadomości – majaczenie. To czas, w którym organizm słabnie, dochodzi do systematycznego zanikania kluczowych dla podtrzymywania życia funkcji (oddech, akcja serca).

<sup>8</sup> Por. R. Roczeń, *Na pograniczu życia*, dz. cyt., s. 20.

<sup>9</sup> Co do tej ostatniej metafory można by ją określić także jako „śmierć zabierająca” (w języku potocznym spotyka się bowiem sformułowanie: „śmierć mi go zabrała”), wtedy „metafora przejścia” mogłaby dotyczyć nie tylko „przejścia śmierci”, ale również „przejścia człowieka”, który będąc przez śmierć zabrany, wraz ze śmiercią odszedł (czyli jak się również mówi: „przeszedł na drugą stronę”).

Jednak nie zawsze agonia poprzedza śmierć, zdarza się bowiem, że człowiek umiera w sposób nagły (w wyniku wypadku, zawału, zabójstwa, bądź też samobójstwa).

*Śmierć kliniczna* jest fazą, w której występuje utrata przytomności u człowieka, której towarzyszy zwiotczenie mięśni, ustanie krążenia krwi, zanik pracy serca, brak tętna oraz oddechu, rozszerzenie źrenic, bledność powłok i ochłodzenie ciała. Objawy te nie muszą jednak prowadzić do śmierci osobniczej – jeżeli pojawiły się za sprawą innych czynników niż agonia, wtedy jest szansa przywrócenia poprzedniego stanu poprzez resuscytację krążeniowo-oddechową (sztuczne oddychanie oraz masaż serca).

*Śmierć osobnicza* to definitywne ustanie wszystkich funkcji mózgu. Śmierć ta zostanie nieco szerzej omówiona podczas prezentacji definicji śmierci mózgu.

*Śmierć biologiczna*, nazywana także *zgonem definitywnym*, to stan, który charakteryzują pewne specyficzne znamiona, takie jak: plamy opadowe, stężenie pośmiertne, oziębienie pośmiertne<sup>10</sup>.

Powyższy opis zawiera obserwacje dostępne w przeważającej większości każdemu, kto spotyka się ze śmiercią drugiego. Wydaje się jednak, że opis ten nie odpowiada w sposób satysfakcjonujący na pytanie: kiedy człowiek umiera? Spowodowane jest to tym, że pytanie postawione w takiej formie domaga się wskazania czegoś, co byłoby *momentem* śmierci, natomiast zjawisko śmierci przedstawia

---

<sup>10</sup> Por. D. Morończyk, „Do not resuscitate”. Czyli kiedy można odstąpić od reanimacji?, Kraków 2011, s. 11–13. *Plamy opadowe* powstają z powodu przerwania krążenia krwi oraz oddziaływania siły grawitacyjnej, w wyniku której elementy morfotyczne krwi skupiają się w naczyniach żylnych i włosowatych zlokalizowanych w najniższych częściach ciała (obserwuje się je jako plamy o zabarwieniu fioletowo-sinawym). Już po ok. 30 minutach pojawiają się na małżowinach usznych i karku, a po 2–4 godzinach na reszcie ciała (biorąc pod uwagę dolne partie ciała w zależności od danej pozycji). Ostateczne utrwalenie plam trwa około 10–12 godzin – do tego czasu wraz ze zmianą położenia ciała mogą one ulegać przemieszczeniu. *Stężenie pośmiertne* polega na usztywnieniu mięśni gładkich i prążkowanych. Mija po 3–4 dniach na skutek rozkładu, a więc pojawienia się substancji gnilnych. *Oziębienie pośmiertne* jest to obniżenie temperatury ciała rozpoczynające się po około 1–2 godzinach, a trwające zazwyczaj do 16–20 godzin (przy założeniu umiarkowanej temperatury). Towarzyszy temu także wysychanie ciała będące skutkiem procesu parowania. Por. tamże.

się raczej jako pewien *proces*. Wprawdzie trzeba przyznać, że proces ten zawiera wyróżniające się fazy, jednak granice między nimi zdają się nie mieć charakteru ostrego. Zatem dopóki pytanie o to, „kiedy człowiek umiera?”, miało charakter godnej pochwały ciekawości, niewystarczalność odpowiedzi na nie mogła być usprawiedliwiana tajemniczością, jaką śmierć zwykła być owiewana. Dziś owa tajemniczość może nie zniknęła zupełnie, ale faktem jest, że została przez medycynę odstawiona trochę na bok: a więc pomimo trudności z wyczerpującym ustaleniem tego, kiedy człowiek umiera, trzeba jednak do pewnego stopnia to ustalić – ponieważ domagają się tego przede wszystkim współczesne dylematy bioetyczne (np. kwestia dopuszczalności przeprowadzenia transplantacji narządów). Ustalenie to kształtowało się przez lata, aż doszło do formy obowiązującej dziś, a więc do definicji i kryteriów śmierci mózgu. Ostatnia droga do tego ustalenia oraz leżące u jej podstaw wcześniejsze idee zostaną przedstawione w następnej części niniejszego artykułu.

## Wyjaśnianie zjawiska śmierci – zarys historyczny

Odsłanianie tajemnicy śmierci charakteryzuje swoista ewolucja wyjaśniania, przebiegająca głównie w trzech wyróżniających się okresach historycznych:

Okres pierwszy ma swój początek w starożytności, rozciąga się na całe średniowiecze, i trwa aż do oświecenia. Dominuje tu podejście intuicyjne i beznarzędziowe, są to dociekania teoretyczne wykorzystujące metody filozoficzne i teologiczne. Stanowi on przygotowanie dla dalszych okresów.

Okres drugi zaczyna się w czasach oświecenia, a kończy w wieku XX. W tym czasie powstają empiryczne fundamenty wiedzy, uczeni powoli podejmują się porządkowania i wyjaśniania zebranych faktów. To jednocześnie czas gromadzenia nowych faktów na drodze eksperymentu fizjologicznego i autopsji, odbywa się to w zaszczepach laboratoriów i w prosektoriach.

Lata 60. XX wieku inicjują okres trzeci. W tym czasie coraz głośniejsza staje się potrzeba dokładnego określenia definicji śmierci

oraz podania jej kryteriów. Przyczyną tej sytuacji jest dokonujący się w przyspieszonym tempie postęp medycyny, która zaczyna wykorzystywać swą wiedzę coraz częściej już nie tylko po to, by „kontemplować” wyniki laboratoryjne czy obserwacje przyrodnicze, ale przede wszystkim by zastosować ją w praktyce. Za sprawą działań klinicznych medycyna spotyka się bowiem z nowymi stanami patologicznymi (jak przewlekły stan wegetatywny), z którymi trzeba się zmierzyć<sup>11</sup>.

Dwa kolejne podpunkty będą stanowić bardziej dokładną prezentację ewolucji wyjaśniania zjawiska śmierci. Zanim dojdą one (w podpunkcie drugim) do czasów współczesnych, w których zaczęła dominować definicja śmierci mózgu, wpierw (w podpunkcie pierwszym) zostaną pokrótce przytoczone jedne z ważniejszych poglądów tanatologicznych, które pojawiły się u nowożytnych myślicieli.

### Wyjaśnienia zjawiska śmierci w nowożytności

Robert Roczeń w swojej książce *Na pograniczu życia* dokonuje przeglądu myśli nowożytnej pod kątem wyjaśniania zjawiska śmierci. Koncepcje, do których się odwołuje, leżą na pograniczu medycyny i filozofii. W swej pracy wysuwa tezę, że koncentrują się one wokół dwóch idei wyjaśniania zjawiska śmierci. Są to:

1. idea zmiany jakościowej – przemiany całego organizmu, którą najlepiej wyraża zatrzymanie metabolizmu,
2. idea zmiany ilościowej – interpretowana<sup>12</sup> tu jako utrata czegoś, co jest „istotą życia”. Może to być istota życia specyficzna dla człowieka (utrata świadomości przy niezmiennym metabolizmie)

<sup>11</sup> Por. R. Roczeń, *Na pograniczu życia*, dz. cyt., s. 30–31.

<sup>12</sup> Do pojęcia *zmiany ilościowej* Roczeń dodaje pewien komentarz: „Należy rozumieć ją metaforycznie, nie oczekując potwierdzenia w faktach empirycznych, gdyż nie dotyczy ona śmierci w jej wymiarze organizmalnym” (tamże, s. 100). Ów metaforyczny charakter tego pojęcia sprawia, że jego znaczenie zostało w niniejszej pracy nieco poszerzone: oznacza zatem ogólnie zanik „istoty życia”. Może to być więc nie tylko istota życia specyficzna dla człowieka (świadomość), na której koncentruje się Roczeń, ale również istota życia rozumiana jako pewien istotny czynnik, który podtrzymuje to życie (wedle nowej definicji śmierci jest to funkcjonowanie pnia mózgu).



bądź też istota życia rozumiana bardziej ogólnie (utrata czynnika istotnego dla podtrzymywania życia).

Roczeń jest zdania, że idee te można potraktować jako swoistą zapowiedź współczesnych sposobów definiowania śmierci<sup>13</sup>. Na podstawie analiz, jakie przeprowadził, zostaną teraz przedstawione koncepcje wybranych myślicieli. Będą w nich obecne zarówno idee zmiany jakościowej, jak i ilościowej.

Paracelsus (właściwie Aureolus Philippus Theophrastus Bombastus von Hohenheim) był żyjącym w latach 1493–1541 lekarzem i alchemikiem; jest także uważany za ojca nowożytnej medycyny. Koncepcja śmierci w poglądach Paracelsusa pojawia się na tle jego szerokiego światopoglądu (w którym godzi dociekania medyczne z myśleniem alchemicznym). Głównym pojęciem, którym posługuje się Paracelsus do wyjaśnienia życia, jest *archeus* – za wszelkie procesy życia odpowiedzialny jest *archeus vitae* (nazywany przez niego inaczej wewnętrznym alchemikiem). Przekładając znaczenie tego pojęcia na język współczesnej medycyny, należy powiedzieć, że *archeus* pełni funkcje vegetatywne: odpowiada za krążenie, oddychanie, procesy biochemiczne trawienia i przyswajania. Prócz tego, w ramach rozważań o umieraniu, można się od von Hohenheima dowiedzieć czegoś o istocie zwanej *larva* – jej podobieństwa należy dziś szukać u pacjentów w przetrwałym stanie vegetatywnym. Istota ta może się pojawić jeszcze przed śmiercią *archeusa*, a więc mówiąc dzisiejszym językiem, gdy dochodzi do śmierci wyższego mózgu (którego skutkiem jest nieodwracalna utrata świadomości), przy zachowanych funkcjach pnia mózgu (których to utratę można by dopiero wiązać ze śmiercią *archeusa*). *Larvae* to zatem istoty, które „ucieleśniają” idee ilościowej śmierci człowieka – pojawiają się bowiem w wyniku zmiany ilościowej świadomości, przy niezmienionej jakości ciała człowieka. Inaczej mówiąc, pojawiają się one w sytuacji, w której: człowiek wygląda „tak samo żywy” jak wcześniej (jego jakość ciała się nie zmienia), ale jednocześnie „coś niewidzialnego znika”, tak jakby nie był to

---

<sup>13</sup> Por. tamże, s. 60.

już cały człowiek, jakby czegoś istotnego (świadomości) w nim zabrakło (zmiana ilościowa)<sup>14</sup>.

Czasem wielkich odkryć anatomicznych był wiek XVII, kiedy to William Harvey jako pierwszy opisał budowę i funkcjonowanie krwiobiegu. Koncepcja ta stała się inspiracją dla Kartezjusza (1596–1650), który nabrał przekonania, że wszystkie zjawiska, do których dochodzi w ciele człowieka, da się wyjaśnić prawami mechanicznymi (należy dodać, że poglądy tego francuskiego filozofa poniekąd zainicjowały w nowożytnej medycynie mechanicyzm). Choć trudno doszukać się wprost biologicznego dyskursu o śmierci w myśli Kartezjusza, to jednak z jego nauki o życiu ciała można próbować nakreślić także koncepcję śmierci ciała, w której: śmierć byłaby uszkodzeniem wszystkich mechanizmów ciała jako maszyny. Patrząc z dzisiejszej perspektywy: takie uszkodzenie maszyny ludzkiej przypomina w dużym stopniu skutek śmierci pnia mózgu, będący nieodwracalnym rozprzężeniem wszystkich procesów biochemicznych – a tym samym stawia teorię Kartezjusza w szeregu idei przemian jakościowych<sup>15</sup>.

Do podobnych wniosków doszedł żyjący w XVIII wieku szwajcarski lekarz Albrecht von Haller (1708–1777), który analizował zjawisko życia, kładąc nacisk na rolę ruchu w maszynie cielesnej. Śmierć pojawia się w jego ujęciu jako zanik pewnej specyficznej cechy, charakterystycznej dla żywego (będącego w ruchu) ustroju, nazywanej przez niego *drażliwością*. Pojęcie to było używane już wcześniej, jednak dopiero Haller rozbudował jego implikacje teoretyczne dla zjawiska życia, a także wykazał je empirycznie (jego eksperymenty pozwoliły na rozpoznanie w ciele ludzkim elementów pobudliwych). Owo wyeksponowanie roli ruchu w maszynie cielesnej oraz rozpoznanie zjawisk życia i śmierci w sferze organizmальной człowieka sytuje koncepcję Hallera w linii przemian jakościowych w analizie zjawiska śmierci. Innymi słowy, za tym, że jest to zmiana jakościowa, przemawia jej całościowe odniesienie do ciała, którego całkowity bezruch (rozumiany także jako brak draż-

<sup>14</sup> Por. tamże, s. 48–55.

<sup>15</sup> Por. tamże, s. 58–59.

liwości), oznacza zmiany jakościowe relacji między jego częściami składowymi (tj. śmierć)<sup>16</sup>.

Wiek XIX przyniósł dalszy rozwój medycyny za sprawą fizjologii doświadczalnej, której głównym przedstawicielem, a zarazem twórcą był francuski lekarz Claude Bernard (1813–1878). Jego fizjologia nie odnosiła się wprost do tanatologii, a jedynie pośrednio ujawniała jej problematykę podczas eksperymentów dotyczących życia. Bernard doszedł za jej pomocą do przekonania, że stany zdrowie–choroba i symetryczne życie–śmierć nie różnią się naturą, lecz tylko stopniem. Traktował więc proces życie–śmierć jako swoiste continuum – uważał, że wszędzie należy dostrzegać ciągłość zjawisk, ich płynne przechodzenie w siebie. Istotę życia postrzegał jako równowagę procesów „twórczości” i „destrukcji”, zaś istotę śmierci jako jej zachwianie. Do zachwiania równowagi czynności fizjologicznych miałyby dochodzić w wyniku przerwania aktywności *idei kierującej* (pojęcie to wprowadził na oznaczenie siły utrzymującej jedność i życie organizmu). Jeżeli zatem kryterium życia i śmierci jest wyznaczone przez oddziaływanie (bądź jego brak) *idei kierującej*, należy umiejscowić koncepcję Bernarda w nurcie przemian ilościowych w analizie zjawiska śmierci. Innymi słowy: człowiek żyje, jeżeli owa idea faktycznie u niego występuje („kieruje”), a więc jeżeli procesy przemian dokonujące się w organizmie są utrzymywane w równowadze, w przeciwnym zaś razie (zanik *idei kierującej* – zmiana ilościowa) należy mówić o śmierci człowieka (przy czym trzeba zaznaczyć, że skutki, jakie ta śmierć wywołuje, noszą znamię przemian jakościowych: dochodzi nieuchronnie do zmian morfologicznych w organizmie)<sup>17</sup>.

Podsumowując powyższy zarys nowożytnych wyjaśnień zjawiska śmierci, można powiedzieć, że ujawnia on dwie główne idee, za pomocą których próbowano wyjaśnić zjawisko śmierci. Idee te są następujące:

---

<sup>16</sup> Por. tamże, s. 78–89.

<sup>17</sup> Por. tamże, s. 96–100.

1. Człowiek umiera (zmiana jakościowa), gdy umiera cały organizm człowieka (Kartezjusz: uszkodzenie maszyny; Haller: bezruch całego organizmu, o którym świadczy brak jego drażliwości);

2. Człowiek umiera (zmiana ilościowa), gdy znika w nim pewien czynnik będący czymś w rodzaju „istoty życia” – i tu mogą być dwie interpretacje:

2.1. może to być istota życia specyficzna dla człowieka: świadomość (Paracelsus: *larva* utraciła świadomość),

2.2. może to być istota życia „w ogóle”: czyli coś (Paracelsus: *archeus*; Bernard: *idea kierująca*), co podtrzymuje i koordynuje funkcjonowanie całego organizmu, a gdy znika (zmiana ilościowa), tym samym rozpoczyna proces jego definitywnej śmierci (zmiana jakościowa).

Warto więc zauważyć, że w obydwu ideach zawarte jest rozumienie śmierci jako *procesu* (rozciągniętego w czasie obumierania organizmu), jednak druga idea wskazuje dodatkowo na istnienie pewnego czynnika, którego zanik jest czymś w pewnym sensie bardziej doniosłym w kwestii śmierci niż samo tylko obumieranie organizmu. Idea ta zbliża się tym samym do rozumienia śmierci jako *momentu* – bowiem zanik owego czynnika istotnego dla życia nie „wydarza się” w taki sposób, jak obumieranie całego organizmu (mówiąc otwarcie: nie trwa tak długo – bardziej znika niż zanika).

Następny podrozdział będzie prezentacją dwudziestowiecznych starań podejmowanych w celu wyjaśnienia zjawiska śmierci. Jak zapowiedziano, ich tematem będzie śmierć mózgu.

## Wiek XX – definicja i kryteria śmierci mózgu

Wydarzenia XX wieku przyniosły wraz z sobą nowe potrzeby. W latach 60. powszechne stają się metody reanimacji<sup>18</sup> i stosowa-

---

<sup>18</sup> *Reanimacja* jest „zespołem czynności, które doprowadziły nie tylko do przywrócenia krążenia krwi i oddychania, ale także do powrotu czynności ośrodkowego układu nerwowego – łącznie z powrotem świadomości” (W. Gaszyński, *Anestezjologia i intensywna terapia*, Warszawa 2000, s. 214).

nie respiratora<sup>19</sup>, a to powoduje wyłonienie się nowej grupy pacjentów: trwale nieprzytomnych, sztucznie podtrzymywanych przy życiu dzięki zabiegom resuscytacyjnym<sup>20</sup>. W związku z tym pojawia się również kwestia możliwości transplantacji narządów, przez co powstaje nowa dziedzina problemów medyczno-etycznych. To wszystko staje się powodem do szukania nowej definicji śmierci. Do tej pory medycynie wystarczała definicja, która za fakt śmierci uznawała ustanie krążenia i oddychania, zwana dzisiaj *klasyczną definicją krążeniowo-oddechową*. Jednak teraz w wielu przypadkach krążenie krwi oraz czynności oddechowe mogą zostać wznowione – stała się zatem możliwa droga powrotna ze stanu śmierci klinicznej. Należało więc szukać nowych, bardziej dokładnych oznak śmierci (co nie znaczy, że wskaźniki krążeniowo-oddechowe zostały odrzucone). Mózg stał się tym organem, który przykuł uwagę wszystkich<sup>21</sup>.

W 1968 roku na 22. Walnym Zgromadzeniu w Sydney postawiono pierwszy międzynarodowy krok w stronę ustalenia nowej definicji śmierci. Wtedy to Światowe Stowarzyszenie Lekarzy wydało dokument dotyczący orzeczenia o śmierci człowieka. Jest to tzw. *Deklaracja z Sydney* (inaczej „Komunikat na temat śmierci”). W deklaracji można przeczytać, że zgodnie z wynikami badań biologicznych naturę śmierci należy rozumieć jako postępujący proces, gdyż poszczególne komórki oraz tkanki reagują na niedobór tlenu w sposób zróżnicowany. Z ustaleniem tym był związany także postulat traktowania człowieka jako całości – moment śmierci poszczególnych tkanek nie został uznany za istotny. Ważne było natomiast uzyskanie pewności co do nieodwracalności procesu umie-

---

<sup>19</sup> *Respirator* (sztuczne płuco) – medyczne urządzenie reanimacyjne umożliwiające sztuczne oddychanie.

<sup>20</sup> *Resuscytacja* „(ożywianie) jest zespołem zabiegów lekarskich, których zadaniem lub skutkiem jest przywrócenie podstawowych objawów życia, tj. co najmniej krążenia krwi i oddychania. [...] Zabiegi resuscytacyjne podejmuje się w razie stwierdzenia: braku oddechu, braku tętna na dużych tętnicach (szyjne, udowe, ramienne). Czynności resuscytacyjnych nie podejmuje się w razie stwierdzenia pewnych znamion śmierci: plam opadowych, stężenia pośmiertnego” (tamże, s. 214).

<sup>21</sup> Por. T. Biesaga, *Kontrowersje wokół nowej definicji śmierci*, „Medycyna Praktyczna” 2006, nr 2, s. 20.

rania – miało to być gwarantowane przez potwierdzenie ustania wszystkich funkcji mózgu (także pnia mózgu)<sup>22</sup>.

Kolejny rozdział w tej sprawie otwiera Raport Komisji Nadzwyczajnej Wydziału Medycznego Uniwersytetu Harvarda do Zbadania Definicji Śmierci Mózgowej, w skrócie tzw. Raport harwardzki. Powstał z udziałem dwóch stowarzyszeń amerykańskich specjalistów, lekarzy i adwokatów. Dzięki tym drugim kryterium śmierci mózgowej otrzymało w końcu swe ugruntowanie prawne. Jak podaje Iwańczuk, wskazania Raportu koncentrowały się na:

kryterium funkcjonalności, definiując śmierć mózgu jako brak uchwytnych w badaniu klinicznym funkcji całego układu nerwowego, zarówno ośrodkowego, jak i obwodowego<sup>23</sup>.

Raport harwardzki określający śmierć mózgową jako ustanie funkcji i czynności całego mózgu stanowił dość ostrożny początek drogi. Istotne było w nim uznanie za niewystarczającą dotychczasowej definicji krażeniowo-oddechowej. Nierozstrzygnięta zaś pozostawała kwestia kierunku, jaki powinna obrać definicja śmierci mózgowej – w dyskusji nad nią doszły bowiem do głosu dwa stanowiska:

1. definiowania śmierci mózgu jako *śmierci całego mózgu (w tym pnia mózgu)*,

---

<sup>22</sup> Por. tamże, s. 110.

<sup>23</sup> W. Iwańczuk, *Harwardzkie kryteria śmierci mózgu*, „Anestezjologia i Ratownictwo” 2008, nr 2, s. 268. Pojęcie *śmierć mózgu* używane było w raporcie zamiennie z pojęciem *nieodwracalna śpiączka*. Raport podawał następujące kryteria: brak reakcji na zewnętrzne bodźce (ból, dźwięk, ruch itp.), brak spontanicznych ruchów podczas jednogodzinnej obserwacji lub brak spontanicznego oddechu w czasie 3 minut po odłączeniu pacjenta od respiratora, brak jakichkolwiek odruchów, płaski zapis elektroencefalogramu (EEG). Wymaganą do orzeczenia śmierci mózgu nieodwracalność tego stanu można było stwierdzić, jeżeli objawy te utrzymywały się przez 24 godziny. Prócz tego raport podawał, że hipotermia (poniżej 32,2°C), a także zatrucie środkami odurzającymi wykluczały rozpoznanie śmierci mózgu. Lekarz leczący był również zobowiązany do zasięgnięcia opinii jednego bądź kilku konsultantów, którzy zdążyli wcześniej zapoznać się z danym przypadkiem. Por. tamże, s. 265–269.

2. definiowania śmierci mózgu jako *śmierci wyższego mózgu* (czyli *śmierci kory mózgowej*), a więc jedynie tej części, która odpowiada za świadomość<sup>24</sup>.

W latach 70. dwadzieścia cztery stany USA uchwaliły definicję śmierci mózgowej według wskazań Komisji harwardzkiej. Jednak poszczególne definicje różniły się między sobą, stąd też w 1980 roku została powołana Prezydencka Komisja ds. Studiów Problemów Etycznych w Medycynie oraz Badań Biomedycznych i Behawioralnych w celu ostatecznego ich uporządkowania. Owocem porozumienia był Akt Jednolitego Ustalenia Śmierci (*Uniform Determination of Death Act – UDDA*), który zalecał wszystkim stanom przyjęcie kryterium śmierci mózgu, którego uszczegółowieniem było uwzględnienie *śmierci pnia mózgu*<sup>25</sup>.

Najistotniejszym postanowieniem – komentuje Nowacka ten dokument – było uznanie, iż po utracie przez pień mózgu zdolności pełnienia funkcji integracyjnych poszczególne systemy żywych organów nie tworzą już żyjącego organizmu jako całości. W istocie była to modyfikacja definicji śmierci, utożsamiająca bezpośrednio życie pnia mózgu z życiem całego mózgu, a pośrednio życie pnia mózgu z życiem organizmu jako całości<sup>26</sup>.

Komisja nie wyraziła zgody, by za definicję śmierci uznać śmierć wyższego mózgu. Nadto UDDA zalecał przyjąć nie jedno, ale dwa kryteria śmierci. Pierwsze z nich to dotychczasowe klasyczne kryterium nieodwracalnego ustania krążenia i oddychania. Drugie to nowe kryterium, nieodwracalnego ustania wszystkich funkcji mózgu, uwzględniające również pień mózgu<sup>27</sup>.

W Polsce definicja śmierci mózgowej została wprowadzona 1 lipca 1984 roku Komunikatem Ministerstwa Zdrowia i Opieki Społecz-

---

<sup>24</sup> Por. A. Alichniewicz, *Wzorce śmierci w bioetyce amerykańskiej*, Kraków 2007, s. 71–72.

<sup>25</sup> Por. T. Biesaga, *Kontrowersje wokół nowej definicji śmierci*, dz. cyt., s. 20.

<sup>26</sup> M. Nowacka, *Etyka a transplantacje*, Warszawa 2003, s. 80.

<sup>27</sup> Por. A. Alichniewicz, *Wzorce śmierci w bioetyce amerykańskiej*, dz. cyt., s. 73.

nej. Z czasem była ona poddawana kilkakrotnym modyfikacjom. Ostatnie i obowiązujące do dziś obwieszczenie Ministra Zdrowia pochodzi z 17 lipca 2007 roku<sup>28</sup>. Obwieszczenie ustala kryteria i sposoby stwierdzania trwałego, nieodwracalnego ustania czynności mózgu. Założenia ogólne tego dokumentu są następujące:

Śmierć jest zjawiskiem zdysocjowanym. Oznacza to, że śmierć ogarnia tkanki i układy w różnym czasie. [...] 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. [...] Czynnikiem kwalifikującym śmierć mózgu jest nieodwracalny brak funkcji pnia mózgu<sup>29</sup>.

Procedura potwierdzająca śmierć mózgu rozpoczyna się wraz z zaobserwowaniem pierwszych cech śmierci mózgu<sup>30</sup>. Postępowanie to przebiega w dwóch etapach: pierwszy<sup>31</sup> polega na wyka-

---

<sup>28</sup> Por. *Załącznik do obwieszczenia Ministra Zdrowia z dnia 17 lipca 2007 r. o jednoznaczności kryteriów i sposobów stwierdzania trwałego nieodwracalnego ustania czynności mózgu* [online], [http://www.poltransplant.pl/Download/prawo/obw17072007\\_zal.pdf](http://www.poltransplant.pl/Download/prawo/obw17072007_zal.pdf) (18.03.2014).

<sup>29</sup> Tamże.

<sup>30</sup> Do stwierdzenia definitywnego uszkodzenia pnia mózgu dochodzi, gdy nie zaobserwowano charakterystycznych odruchów nerwowych oraz spontanicznej czynności oddechowej. Do diagnozy tej prowadzi głównie badanie kliniczne, które najczęściej jest możliwe, a jego wynik uznaje się za pewny. Natomiast w wyjątkowych przypadkach, kiedy badanie kliniczne stwarza problem (np. urazy twarzoczaszki), a w związku z tym jego ocena szereg wątpliwości (np. zatrucia, farmakoterapia), hipotezę śmierci mózgu należy potwierdzić badaniami instrumentalnymi. Por. tamże.

<sup>31</sup> Etap pierwszy polega na dokonaniu poszczególnych stwierdzeń i wykluczeń. Lekarze stwierdzają: że chory przebywa w śpiączce, że jest poddawany sztucznej wentylacji, że została rozpoznana przyczyna śpiączki, że uszkodzenie mózgu jest pierwotne bądź wtórne, że jest to uszkodzenie ostateczne, którego nie są w stanie odwrócić żadne czynności terapeutyczne oraz mijający czas. Lekarze wykluczają: chorych zatrutych i będących pod wpływem działania niektórych środków farmakologicznych, np. narkotyków, neuroleptyków, środków nasennych i usypiających, oraz środków zwiotczających mięśnie poprzecznie prążkowane, chorych będących w stanie hipotermii (35°C temperatury powierzchniowej ciała), chorych mających zaburzenia metaboliczne i endokrynologiczne, noworodki żyjące krócej niż 7 dni. Por. tamże.



zaniu podejrzenia śmierci mózgu, zaś drugi<sup>32</sup> na wykonaniu odpowiednich badań, które to podejrzenie potwierdzą. Zazwyczaj kryteria obydwu etapów umożliwiają stwierdzenie zgonu pacjenta, czasem jednak zachodzi potrzeba wykonania dodatkowo przynajmniej jednego badania instrumentalnego. Należy jeszcze podkreślić, że za czas zgonu nie uznaje się momentu odłączenia respiratora podtrzymującego pracę serca, ale moment, w którym to komisja stwierdza śmierć mózgu – czyli po nabraniu pewności, że ustała już funkcja integrująca cały organizm pełniona przez pień mózgu<sup>33</sup>. Trzeba więc zauważyć, że aby można było dojść do takiego ustalenia, funkcja ta musiała ustać przed owym ustaleniem – a to oznacza, że ustalony czas zgonu nie jest rzeczywistym czasem śmierci.

## Jedna śmierć – trzy definicje

Należy teraz dodać kilka słów komentarza, który podsumuje powyższy rozwój zdarzeń. Wpierw warto wymienić dwie główne defi-

---

<sup>32</sup> W etapie drugim dochodzi do dwukrotnego wykonania przez ordynatora lub lekarza przez niego upoważnionego badań klinicznych, które potwierdzą brak odruchów pniowych oraz trwały bezdech. Celem badania bezdechu jest wykazanie braku reaktywności ośrodka oddechowego. Zaś za podstawy do stwierdzenia braku odruchów pniowych uznaje się: brak reakcji źrenic na światło, brak odruchu rogówkowego powiek, brak ruchów gałek ocznych spontanicznych oraz brak ruchów gałek ocznych przy próbie kalorycznej (podaniu do przewodu słuchowego 20 ml zimnej wody), brak jakichkolwiek reakcji ruchowych na bodziec bólowy w zakresie unerwienia nerwów czaszkowych i rdzeniowych, brak odruchu wymiotnego i kaszlowego, brak odruchu oczno-mózgowego. Jeżeli obserwacji towarzyszą trudności diagnostyczne (których przyczynami mogą być: urazy twarzoczaszki, uszkodzenia podnamiotowe mózgu bądź obecność nietypowych ruchów: palców, twarzy, szyi lub poszczególnych kończyn), wtedy w celu potwierdzenia śmierci mózgu zaleca się wykonać badania instrumentalne. W skład tych badań wchodzi: badanie elektroencefalograficzne (EEG), multimodalne potencjały wywołane, ocena krążenia mózgowego, przezczaszkowa ultrasonografia dopplerowska, scenografia perfuzyjna mózgu, angiografia mózgową. Rozpoznanie śmierci mózgu może być stwierdzone jedynie komisyjnie. W skład komisji wchodzi trzech lekarzy specjalistów – w tym co najmniej jeden w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii, oraz drugi w dziedzinie neurologii lub neurochirurgii. Por. tamże.

<sup>33</sup> Por. tamże.

nicje śmierci, które się tu pojawiły, są to: *klasyczna definicja krążeniowo-oddechowa, nowa definicja śmierci całego mózgu (w tym pnia mózgu)*. Na ich tle można powiedzieć, że XX-wieczny postęp medycyny spowodował pojawienie się, szczególnie w środowisku lekarskim, postawy nieufności w stosunku do klasycznej definicji krążeniowo-oddechowej (nieufność ta nie była jednak równoznaczna z jej odrzuceniem, a raczej z uznaniem za niewystarczającą). Równocześnie narodziła się potrzeba znalezienia nowej definicji śmierci. Sytuacja ta pozwala więc stwierdzić, że:

wzrost wiedzy medycznej bezpośrednio się łączy z ewolucją medycznej definicji śmierci<sup>34</sup>.

Zaś ewolucja ta polega na przejściu:

od pojęcia śmierci całego człowieka do pojęcia śmierci człowieka jako całości<sup>35</sup>.

Inaczej mówiąc, doszło tu do sytuacji, w której akcent wyjaśniania zaczął padać już nie na to, że organizm człowieka *umiera* cały, ale na to, w jaki sposób cały umiera – a więc, że *obumiera* on stopniowo w swej całości funkcjonalnej (obumierając jako całość), a koordynatorem tego obumierania jest *śmierć mózgu (w tym pnia mózgu)*.

Nie ulega wątpliwości, że postawienie takiego czy innego akcentu nie jest wyłącznie kwestią medyczną czy biologiczną, ale także filozoficzną – za ewentualnym rozstrzygnięciem stoi bowiem zawsze jakaś antropologia. W związku z tym należy zauważyć, że ewolucji wyjaśniania śmierci nie omija także kwestia sporna, którą da się wyrazić w postaci wątpliwości: czy aby na pewno wciąż można mówić o „człowieku jako o całości”, gdy ten trwale utracił świadomość? Czy nie utracił on wtedy czegoś istotnego dla owej

---

<sup>34</sup> B. Wójcik, *Śmierć mózgu jako kryterium śmierci człowieka – problematyka filozoficzno-etyczna*, „Medycyna Praktyczna” 2007, nr 4 [online], <http://www.mp.pl/etyka/?aid=32159> (19.03.2014).

<sup>35</sup> Tamże.

całości? Zdaniem niektórych zdefiniowanie śmierci jako *śmierci wyższego mózgu* (kory mózgowej odpowiedzialnej za świadomość) mogłoby skutecznie zaradzić owej wątpliwości. Rozważenie tego rozwiązania jest jednak sprawą nie tylko medycyny, ale przede wszystkim bioetyki. Z pewnością bowiem definicja ta uprościłaby pewne „niewygodne” sytuacje (np. pacjentów w stanie wegetatywnym) – ale powstaje pytanie: czy nie stałoby się to kosztem zaciągnięcia jakiegoś bardzo antropologicznie ryzykownego „kredytu zaufania”? Odpowiedź na to pytanie nie mieści się jednak w ramach niniejszej pracy.

Warto jeszcze zauważyć, że wymienione definicje noszą w sobie podobieństwa do nowożytnych idei wyjaśniania zjawiska śmierci. Spojrzenie to pozwoli także na jaśniejsze przyporządkowanie ich do opisanych wcześniej faz śmierci. Wygląda to następująco:

*Klasyczna definicja krążeniowo-oddechowa* nosi w sobie podobieństwo do idei wyjaśniania śmierci z perspektywy przemian jakościowych, które dokonują się w całym organizmie za sprawą zatrzymania metabolizmu. Choć dziś już wiadomo, że nie jest ona dokładnym odpowiednikiem tego wyjaśniania, gdyż wyraża jedynie odwracalne ustanie podstawowych funkcji życiowych (a nie zupełny i konieczny zanik samego życia), to jednak skutkiem utrzymującego się braku tych objawów jest bardzo bliskie nastanie przemian jakościowych – stąd też owo podobieństwo. W tym kontekście definicja krążeniowo-oddechowa, jako ta, która najlepiej obrazuje śmierć całego organizmu, mogła być kiedyś kojarzona z ostatnią fazą śmierci, jaką jest *śmierć biologiczna* (zgon definitywny). Jednak dzięki postępom w medycynie definicję krążeniowo-oddechową można przyporządkować jedynie do wcześniejszej i odwracalnej fazy śmierci, jaką jest *śmierć kliniczna*. Nie znaczy to jednak, że kryterium krążeniowo-oddechowe jest nieistotne podczas procedury stwierdzania śmierci – gdy uwzględni się jego ograniczenia, wtedy może być brane pod uwagę.

*Definicja śmierci wyższego mózgu* nosi w sobie podobieństwo do idei wyjaśniania śmierci z perspektywy zmiany ilościowej – interpretowanej w tym wypadku jako zanik czynnika specyficznego dla życia człowieka, jakim jest świadomość. Co ważne, definicja ta nie ma bezpośredniego związku z ideą wyjaśniania śmierci z perspekty-

wy przemian jakościowych (utrata świadomości nie oznacza jeszcze bliskiej śmierci całego organizmu). W tym kontekście przyporządkowanie definicji śmierci wyższego mózgu do określonej fazy śmierci jest dość problematyczne. Jej zwolennicy chcieliby, aby spełniała ona rolę *śmierci osobniczej*, ale według przyjętych ustaleń nie da się jej przyporządkować do żadnej z wymienionych faz – oddaje ona jedynie ustanie funkcjonowania pewnej części organizmu, która w sposób bezpośredni nie musi oznaczać bliskiej śmierci dla całości organizmu.

*Definicja śmierci mózgu (w tym pnia mózgu)* nosi w sobie podobieństwo do idei wyjaśniania śmierci z perspektywy zmiany ilościowej, interpretowanej w tym miejscu jako zanik czynnika istotnego, podtrzymującego podstawowe funkcje życiowe organizmu (czynnikiem tym jest tu pień mózgu). Należy też zauważyć, że definicja ta jest w ścisłym związku również z wyjaśnianiem śmierci z perspektywy przemian jakościowych, które są niechybnym skutkiem śmierci całego mózgu. Jeżeli zaś chodzi o przyporządkowanie jej do konkretnej fazy śmierci, to należy powiedzieć, że definicja śmierci całego mózgu w pełni wyraża przedostatnią fazę śmierci, jaką jest *śmierć osobnicza* (definitywne ustanie wszystkich czynności mózgu), a tym samym niejako wprowadza w *śmierć biologiczną* (definitywną), która jest jej pewnym następstwem.

Kolejnym nasuwającym się spostrzeżeniem jest to, że medyczne wyjaśnianie śmierci prowadzi poniekąd do powstania sztucznego tworu polegającego na nienaturalnym zawężeniu *procesu* śmierci w sztywne ramy *momentu*. Jest to oczywiście spowodowane wymogami praktycznymi (głównie dopuszczeniem przeprowadzenia transplantacji). Nie powinno się jednak tego źle rozumieć, bowiem aktualna definicja śmierci otwarcie mówi o tym, że śmierć jest procesem („zjawiskiem zdysocjowanym [...] ogarniającym tkanki i układy w różnym czasie”<sup>36</sup>), a dopiero obok tego stara się przybliżyć ów moment, w którym można uzyskać pewność (dzięki kryteriom śmierci),

---

<sup>36</sup> Załącznik do obwieszczenia Ministra Zdrowia z dnia 17 lipca 2007 r. *odnośnie kryteriów i sposobów stwierdzania trwałego nieodwracalnego ustania czynności mózgu* [online], [http://www.poltransplant.pl/Download/prawo/obw17072007\\_zal.pdf](http://www.poltransplant.pl/Download/prawo/obw17072007_zal.pdf) (18.03.2014).

że proces ten wszedł już w swą nieodwracalną fazę i niechybnie prowadzi do rozkładu organizmu. Dlatego nie można się zgodzić z tezą, że definicja śmierci mózgu ma charakter wyłącznie umowny. Owszem, jest w niej obecny, ważny z powodów praktycznych, element konwencjonalny (mówiacy o tym, kiedy wolno stwierdzić zgon), ale funkcjonuje on w obrębie pewnej szerszej teorii (opisującej zjawisko śmierci), która ma swe uzasadnienie biologiczne.

Moment, o którym mowa, nie jest więc dokładnie momentem śmierci, ale momentem stwierdzania śmierci, czyli momentem możliwej do uzyskania pewności co do tego, że procesu śmierci nie da się już zatrzymać, że został już przekroczony tzw. *punkt bez odwrotu* (*point of no return*)<sup>37</sup> – czyli nieodwracalna utrata funkcji całego mózgu. „Został już” znaczy „już to się stało”, a to zaś znaczy, że: śmierć jest w pewnym sensie „uprzedzająca”. Takie postawienie sprawy prowadzi niewątpliwie do osobliwego pytania: czyżby więc medycyna nie nadążała za śmiercią, czyżby mimo swych postępów, śmierć była zawsze o krok dalej (a właściwie: o krok bliżej) od jej „werdyktu”?

Podsumowując, można powiedzieć, że zarys historycznych zmagania medycyny podejmowanych w celu wyjaśnienia zjawiska śmierci ujawnia pewne charakterystyczne cechy towarzyszące temu staraniu. Można je streścić w sposób następujący:

1. W historii medycyny występują dwie główne idee wyjaśniające fenomen śmierci:
  - a) idea przemian jakościowych, która oznacza zatrzymanie metabolizmu,
  - b) idea przemian ilościowych, która oznacza utratę „istoty życia”. Może to być zanik świadomości (nieodwracalna dysfunkcja wyższego mózgu) albo utrata czynnika istotnego, który podtrzymuje życie (nieodwracalna dysfunkcja pnia mózgu).
2. Z biologicznego punktu widzenia śmierć jest procesem, zaś medycyna dla celów praktycznych próbuje wyrazić ją także w postaci momentu.

---

<sup>37</sup> Por. B. Wójcik, *Śmierć mózgu jako kryterium śmierci człowieka – problematyka filozoficzno-etyczna*, dz. cyt.

3. Postęp medycyny prowadzi do formułowania nowych definicji śmierci, ale nie sprawia on, że medycyna jest w stanie samodzielnie decydować, którą z nich wybrać – do tego potrzebuje filozofii.

## Zakończenie

Zjawisko śmierci siłą rzeczy wywołuje kontrowersje. Być może pierwszą z nich stwarza już podstawowy podział śmierci: na naturalną i nienaturalną. *Śmierć naturalna* ma być powodowana fizjologicznym starzeniem się organizmu, bez działania czynników patologicznych czy chorobowych, z kolei *śmierć nienaturalna* ma być powodowana właśnie owymi czynnikami patologicznymi czy chorobowymi, które przyśpieszałyby owo naturalne wyczerpanie się sił żywotnych organizmu<sup>38</sup>. Na podstawie takiego rozróżnienia pojawia się szereg pytań: czy mówienie o śmierci naturalnej ma w ogóle sens? Czy taką śmierć można zaobserwować – czy da się bowiem oddzielić fizjologiczne starzenie się od czynników wpływających na nie? Czy nie jest to tylko możliwość teoretyczna? To jednak, jak wiadomo, tylko niektóre z pytań powodowanych problematycznością ujęcia śmierci. O innych była mowa już wcześniej.

W ramach odpowiedzi na te pytania warto może zadać sobie jeszcze jedno, i może nieco banalne pytanie: czy wszystkie trudności z rozumieniem śmierci nie są czasem powodowane tym, że zagadnienie śmierci jest nierozzerwalnie związane z zagadnieniem życia? Wydaje się bowiem, że zagadnienie życia jest w nie mniejszym stopniu problematyczne (należy choćby zauważyć, że biologia jako nauka wyłoniła się wraz z pytaniem o życie, i dzięki ciąglemu zmaganiu się z tym pytaniem w ogóle się rozwija)<sup>39</sup>. Ale gdyby faktycznie problem rozumienia życia był jakimś fundamentalnym (choć może trochę ukrytym) powodem problematyczności rozumie-

<sup>38</sup> Por. R. Roczeń, *Na pograniczu życia*, dz. cyt., s. 24.

<sup>39</sup> Por. M. Krzykawska, *Życiowe problemy – czyli o tym, co dla biologa najważniejsze*, „Semina Scientiarum” 2008, nr 7, s. 35.

nia śmierci, wtedy trzeba się zastanowić: czy tłumacząc śmierć poprzez „brak oznak życia”, nie popełnienia się czasem błędu *ignotum per ignotum*?

Być może takie postawienie sprawy jest pewną przesadą. Być może dla problemu rozumienia śmierci większe znaczenie ma sam problem mówienia o niej (który bywa „omijany” poprzez używanie różnych metafor mających tłumaczyć śmierć). Podobną intuicję ma Roczeń:

Znamiennym dla badań tanatologicznych jest język wyrażania i opisu faktów. Jest on związany z aparatem pojęciowym i poznawczym badacza, albowiem znamy świat życia, natomiast świata śmierci nie znamy, dlatego zjawisko śmierci wyjaśniane jest pojęciami opisującymi życie. Idea życia jest przestrzenią wiedzy determinującą sposób rozumienia śmierci, tak więc język opisu śmierci jest językiem opisu życia<sup>40</sup>.

Ale może wszystkie te pytania powinno poprzedzić to jedno: czy śmierć bez swych tajemnic byłaby ciągle tą samą śmiercią? Przy najmniej tutaj odpowiedź wydaje się prostsza. Bowiem śmierć nie jest do końca uchwytna, ów moment „decydującej przemiany” wymyka się „szkielku i oku” medycyny. W tym sensie śmierć to „zmora” medycyny.

Na zakończenie, idąc tropem owej „zmory”, można pokusić się dodatkowo o jeszcze jedno porównanie: czy z kolei „śmierć własna”, przez swą nieuchwytność (niepoznawalność), nie jest też w jakimś sensie zmorą – ale już nie dla medycyny, ale dla samego człowieka? Jeżeli bowiem śmierć ta może być zaledwie ulotnym wyobrażeniem jego świadomości, czyż nie jest wtedy podobna do „sennej zmory” – tej, która zdaje się nawiedzać go w trakcie snu, a w której zagrożenie bardzo wątpi po przebudzeniu, mimo że – jak zauważa – zdążyła już wywołać w nim prawdziwy strach? Ale nawet gdyby „śmierć własna” była podobna do takiej nocnej mary, to jednak ślad, jaki w człowieku pozostawia, jest inny: strach wywołany sen-

---

<sup>40</sup> R. Roczeń, *Na pograniczu życia*, dz. cyt., s. 166.

nym koszmarem w końcu znika, zaś strach wywołany świadomością własnej śmierci pozostaje nieraz na całe życie. Ostatnie i ostateczne pytanie: dlaczego strach przed śmiercią pozostaje?

## Summary

### The Phenomenon of Death: The bane of medicine

The article is an attempt to show the evolution of the medical explanation of the phenomenon of death. Characteristic features of this evolution are the following:

1. In the history of medicine there are two main ideas that explain the phenomenon of death: the idea of qualitative transformations, which means the stopping of metabolism, and the idea of quantitative transformations, which means the loss of the “essence of life”. It may be the loss of consciousness (irreversible dysfunction of the higher brain) or the loss of an important factor that sustains life (irreversible dysfunction of the brain stem).
2. From a biological point of view, death is a process, but for practical purposes, medicine also tried to express it in the form of moment.
3. Medical progress leads to the formulating of new definitions of death, but that does not mean that medicine is able to decide which one to choose. Rather, it needs philosophy for this.

**Keywords:** phenomenon of death, medical definition of death, brain death.

## Bibliografia

- Alichniewicz A., *Wzorce śmierci w bioetyce amerykańskiej*, Kraków 2007.
- Biesaga T., *Kontrowersje wokół nowej definicji śmierci*, „Medycyna Praktyczna” 2006, nr 2, s. 20–23.
- Bortkiewicz P., *Tanatologia*, [w:] *Encyklopedia bioetyki*, red. A. Muszala, wyd. 2, Radom 2009, s. 602–606.
- Gaszyński W., *Anestezjologia i intensywna terapia*, Warszawa 2000.
- Iwańczuk W., *Harwardzkie kryteria śmierci mózgu*, „Anestezjologia i Ratownictwo” 2008, nr 2, s. 265–273.
- Krzykawska M., *Życiowe problemy – czyli o tym, co dla biologa najważniejsze*, „Semina Scientiarum” 2008, nr 7, s. 35–48.



- Laertios D., *Żywoty i poglądy słynnych filozofów*, tłum. K. Leśniak, I. Kosińska, B. Kupisa, W. Olszewski, Warszawa 1982.
- Morończyk D., „Do not resuscitate”. *Czyli kiedy można odstąpić od reanimacji?*, Kraków 2011.
- Nowacka M., *Etyka a transplantacje*, Warszawa 2003.
- Roczeń R., *Na pograniczu życia*, Warszawa 2007.
- Wójcik B., *Śmierć mózgu jako kryterium śmierci człowieka – problematyka filozoficzno-etyczna*, „Medycyna Praktyczna” 2007, nr 4, [online], <http://www.mp.pl/etyka/?aid=32159> (19.03.2014).
- Załącznik do obwieszczenia Ministra Zdrowia z dnia 17 lipca 2007 r. Kryteria i sposób stwierdzania trwałego nieodwracalnego ustania czynności mózgu* [online], [http://www.poltransplant.pl/Download/prawo/obw17072007\\_zal.pdf](http://www.poltransplant.pl/Download/prawo/obw17072007_zal.pdf) (18.03.2014).
- Ziemiński I., *Możliwość filozofii śmierci*, „Filo-Sofija” 2002, nr 1 (2), s. 23–36.
- Ziemiński I., *Twoja śmierć. Próba eksplikacji doświadczenia śmierci*, „Diametros” 2007, nr 11 (3), s. 111–113, [online], <http://www.diametros.iphils.uj.edu.pl/pdf/diam11azieminski.pdf> (05.03.2014).