

# Co powinniśmy wiedzieć o śmierci mózgowej?

27 stycznia 2021

Starania rządu o uratowanie skazanego na śmierć głodową będącego w stanie wegetatywnym, ale samodzielnie oddychającego i przejawiającego wszelkie podstawowe czynności życiowe Polaka, leczonego dotychczas w jednym z brytyjskich szpitali, zakończyły się niepowodzeniem. Nie wszyscy widzieli w nich sens.

Spór o granicę między życiem a śmiercią sprowadza się do odpowiedzi na trzy pytania:

1. Czy mózg i świadomość, a zatem dusza, są czymś bezwzględnie identycznym?
2. Czy granica między życiem a śmiercią jest płynna i ma właściwości nietrwałe, nie punktowe i nie krótkotrwałe?
3. Jeżeli granica ta jest osadzona w zanikaniu i powrotach jakiegokolwiek nawet szczątkowej – na podobieństwo snu – świadomości (w sensie religijnym duszy) to, czy mamy prawo ją arbitralnie przesunąć w kierunku odwrotnym do podtrzymania życia?

Wszystkie dylematy, które wyrastają z definiowania śmierci są wtórne do odpowiedzi na te pytania. Wątpliwości budzi zasadność stawiania znaku równości między śmiercią mózgu a śmiercią osoby – utożsamiania tych dwu rzeczywistości.

Samo użycie terminów „proces umierania”, „obumieranie komórek”, „umieranie” albo „dezintegracja ciała” wskazuje, że nie mamy do czynienia ze skokowym przejściem ze stanu życia w stan śmierci, ale pośredniczy w tym łańcuchu wygaszanie kolejnych ogniw: poszczególnych układów fizjologicznych i śladów świadomości, które dopiero w kompletnym odniesieniu do

siebie dają pewność fizyczno-duchowego rozpadu, innymi słowy całkowitego i niepodważalnego unicestwienia związku świadomości z ciałem.

Uderza dominowanie ponurego kolorytu nad deliberowaniem o śmierci, które można podsumować jednym słowem: domniemanie.

## **Ścieżka do transplantologii – nowe kryterium śmierci**

W odniesieniu do transplantologii nasuwają się następujące pytania. W jakim stopniu i jaką legitymację posiada w definiowaniu kryterium śmierci woła ratowania jednego życia ludzkiego w miejsce drugiego? Czy prawdę o śmierci możemy wywodzić z racji utylitarnych?

Postęp technologii sprawił, że tak jak udrożniła się medyczna procedura ratowania „wczesniaków”, tak podtrzymanie życia u kresu choroby – przewidywano – byłoby zbyt długotrwałe i nużące. Obsługa ostatniej grupy chorych jest nieproporcjonalnie kosztowna i obciążająca system. Przeciążenie go było kolejnym argumentem na rzecz eutanazyjnej koncepcji śmierci, czyli takiej która rozwój człowieka w ciągu życia podporządkowuje celom pragmatycznym i częściowym. W praktykę wkroczyła nierówność: bogaci podtrzymywali przy życiu krewnych latami. Biednych nie było na to stać.

Transplantacyjna koncepcja śmierci mózgowej pojawiła się na arenie medycyny pod koniec lat 60., kiedy idea przeszczepów zmaterializowała się i przeprowadzono z powodzeniem pierwsze tego typu operacje w Japonii i Ameryce. Prawdziwą wartość np. nerki miały z pobrania z ukrwionego organizmu, gdy serce do ostatka pracowało. Po ustaniu krążenia narządy (z wyjątkiem siatkówki oka) nie nadają się do przeszczepu. Gwarancji przeszczepom odmawiała „sercowo-naczyniowa” powiązana z krążeniem krwi i oddychaniem definicja śmierci. Transplantację umożliwiłoby przesunięcie tej definicji z „bicia serca” do

„obumarcia mózgu”: wystarczy jego – choć częściowe – obumarcie, do którego dodano przymiotnik „nieodwracalne”, żeby rozwiać wątpliwości i osłabić zahamowania sumienia wahającego się przed skorzystaniem z oferty transplantacyjnej.

Zwolennicy „whole-brain definition” (śmierci całości mózgu lub mózgu jako całości) podkreślają (samo)integralność ludzkiego organizmu. Rozwinęli kryterium świadomościowe w ten sposób, że śmierć zakwalifikowali jako trwałe wygaśnięcie wszystkich funkcji integracyjnych ośrodkowego układu nerwowego. Od strony biologicznej oznacza to, co najmniej, śmierć pnia mózgu. Na tym podejściu opiera się współczesne prawodawstwo większości krajów.

W przypadku „normalnego” uszeregowania zdarzeń wywołanych umieraniem wskutek zatrzymania oddechu i krążenia następuje śmierć biologiczna całego organizmu, który przechodzi w stan określany w medycynie „trupim”. Przy poważnych uszkodzeniach układu nerwowego i podjętej równocześnie sztucznej wentylacji i technicznie podtrzymywanym krążeniu może dojść do fragmentarycznej śmierci organu mózgowego. Mówimy wtedy o zdysocjonowanej śmierci mózgu.

W sekwencji zatrzymania oddechu i krążenia zawiera się obumieranie mózgu, ale degeneracja mózgu już nie obejmuje cech całkowitego sercowo-naczyniowego rozkładu. To ważna dystynkcja: śmierć mózgowa jest cząstkowa i zadekretowana przekonaniem o systemowo-funkcjonalnym działaniu organizmu bez pełnej znajomości wzajemnych zależności w tym systemie.

Sformalizowanie skupionej na aktywności pnia mózgu definicji śmierci nastąpiło w Stanach Zjednoczonych. W roku 1971 Mohandas i Chou, na podstawie badań nad śmiercią mózgową wskazali „punkt bez odwrotu” (point of no return), okres procesu obumierania mózgu, po osiągnięciu którego następuje jego nieodwracalne uszkodzenie. Przedstawione badania stały się podstawą modyfikacji definicji śmierci. W 1980 roku powołano w USA Prezydencką Komisję ds. Studiów Problemów

Etycznych w Medycynie oraz Badań Biomedycznych i Behawioralnych, która w Akcie Jednolitego Ustalania Śmierci (Uniform Determination of Death Act – UDDA) zaleciła stosowanie kryterium śmierci mózgu wszystkim stanom w Ameryce. Akt ten porządkował sposoby stwierdzania śmierci mózgu, gdyż do roku 1978 opublikowano ponad 30 różnych zestawów wskaźników tej śmierci mózgu. Najistotniejszym postanowieniem tego aktu było uznanie, iż właśnie po utracie przez pień mózgu zdolności pełnienia funkcji integracyjnych (z naciskiem na integracyjne) poszczególne pozostałe systemy żywych organów nie tworzą już żyjącego organizmu. W istocie była to korekta, utożsamiająca bezpośrednio życie pnia mózgu z życiem całego mózgu, a pośrednio życie pnia mózgu z życiem organizmu w całości: pień mózgu miałby pociągać za sobą śmierć innych organów ciała ludzkiego, mimo że pod względem komórkowym były one żywe.

Przesłanka zamieszczona w UDDA zakłada, iż śmierć człowieka następuje alternatywnie na skutek ustania czynności krążeniowo-oddechowych lub w momencie stwierdzenia śmierci pnia mózgu.

Jeżeli przyjmiemy, że alternatywnie (spór toczy się o koniecznie łączną diagnozę) ustanie krążenia i bezdech, jak i śmierć mózgu są wskazaniem pozwalającym na stwierdzenie śmierci, rodzi się pytanie: czy mamy w tych przypadkach do czynienia z jakościowo innymi rodzajami śmierci? Jeżeli nie, postępowanie po śmierci mózgu powinno być analogiczne, jak po jej stwierdzeniu na podstawie kryterium krążeniowo-oddechowego. Oznacza to, iż teoretycznie można przyjąć, że ten sam pacjent umiera dwa razy, raz zgodnie z zastrzeżeniem klasycznym, drugi raz zgodnie z warunkiem neurologicznym. „Śmierć” oznacza więc coś innego, w zależności od reguł jej rozpoznania. Kontrargumentując, zwolennicy zmodyfikowanej koncepcji śmierci podkreślają, iż pojęcie śmierci określone w raporcie UDDA jest jedno, natomiast przysługują mu dwa warunki stosowane w zależności od możliwości technicznych.

Prawdziwym wyzwaniem nadal pozostaje uśmiercenie dawcy dla dobra biorcy. Wybór jest wąski: albo przyjmujemy definicję śmierci mózgowej i umożliwimy transplantację narządów nieparzystych, albo odrzucimy tę definicję, równocześnie zamykając sobie drogę do pozyskiwania narządów nieparzystych do przeszczepów. Bariere etyczną – powołując się na humanizm laicki – zlikwidowano jednym cięciem: zaczęto ratować życie jednych kosztem życia drugich. Spór o kryteria śmierci od czasu wydania w roku 1968 „transplantacyjnych wytycznych” w ten sposób wciąż powraca, a jego stawką jest opowiedzenie się za lub przeciwko organodawstwu.

## **Ciało (biologia) a śmierć mózgowa (medycyna)**

Kryterium śmierci mózgowej rozgościło się w miejsce kryteriów biologicznych. Dystynkcję między nimi można najkrócej ująć jeszcze w ten sposób, że śmierć mózgowa jest tylko częścią dynamiki biologicznej i w żadnym razie nie może jej zastępować. Wnikliwsze postrzeżenie tej różnicy pomoże w odkryciu teoretycznego podłoża zaszłej zmiany.

Jak widzimy w orbitę dyskusji o śmierci wchodzi rozróżnienia i znaczenia dotyczące ciała i świadomości, systemu funkcjonalnego i strukturalnego, biologii anatomicznej ciała i funkcjonalnej mózgowia, relacji układu nerwowego do funkcji pojedynczych organów itd. Pojawiające się rozbieżności i „niedomówienia” prowokują następujące pytania:

1. Czy dezaktywowanie funkcji integracyjnej mózgu pociąga za sobą – w jakiejś kolejności, czy natychmiast – śmierć wszystkich pozostałych struktur fizycznych organizmu ludzkiego w sensie dosłownym czy umownym?
2. Gdzie przebiega granica między biologią ciała a fizjologią funkcjonalną mózgu?

3. Czy funkcja integracyjna organizmu ludzkiego jest zawężona do pnia mózgu czy też jest podporządkowana świadomości i cielesności w szerszym lub jakimkolwiek innym znaczeniu?

Odpowiedzi na te pytania znajdują się na szachownicy terminów podmienianych jak figury w grze. Postawienie znaku równości między zdysocjonowaną (nie całościową) śmiercią mózgu i śmiercią człowieka będącego indywiduum cielesno-duchowym stanowi najistotniejszą kwestię dyskutowaną współcześnie w związku z kryterium śmierci. Przede wszystkim dlatego, że zakłamano podstawowe pojęcia. Twierdzenie, że śmierć mózgu wyznacza granicę ożywienia ciała ludzkiego jest semantycznym nadużyciem zasługującym na sprostowanie.

Śmierć mózgu jest najczęściej rozłożona w czasie i nie sięga wszystkich jego struktur, nie obejmuje też samoistnie innych organów ciała. Owszem rozpoczyna proces dezintegracji, daje mu pewien impuls, ale nie jest równoznaczna z eliminacją całego organizmu.

Holistyczna definicja śmierci łączy założenia kardiologiczne, respiracji i mózgowe radząc sobie z wadami diagnozy tanatologicznej, która obiera za punkt wyjścia dysocjację objawów obumierania. „Dysocjacyjna” definicja – uzasadniana teoretycznie niejednoczesnością obumierania poszczególnych części ludzkiego organizmu – wywołuje szereg wątpliwości. Osią rozbieżności między dwiema tymi koncepcjami jest biologia ludzkiego ciała. Człowiek jest ciałem a skoro jest ono żywe, oznacza to po prostu, iż żywy jest człowiek. Mózg nie jest świadomością a umieranie nie jest śmiercią. Śmierć człowieka nie może znaczyć czegoś innego w zależności od tego, czy stwierdza się ją za pomocą kryterium krążeniowo-oddechowego, czy kryterium śmierci mózgu. Na podstawie wytycznych medycznych stwierdzamy śmierć mózgu, choć te pozostają w istotnym związku ze śmiercią człowieka. Człowiek w stanie śmierci mózgowej może być uznany w najlepszym razie za umierającego, za człowieka w niebezpieczeństwie lub w bezpośrednim zasięgu śmierci, a nie za umarłego a

nieodwracalne uszkodzenie pnia mózgu jest jednym z wielu przystanków na szlaku do stanu śmierci biologicznej.

Pozostałe dwa pytania wymagają bardziej złożonej odpowiedzi.

Czy początek dezintegracji somatycznej znaczony kolejnymi – bywa, że nieuniknionymi – etapami choroby daje moralne prawo do przerwania życia tylko dlatego, że arbitralnie wyznaczamy wyższość jednych – odpowiedzialnych za integrację – fragmentów ciała nad innymi? Definicja śmierci mózgowej łamie nasze podstawowe intuicje dotyczące życia i śmierci, każąc wierzyć, że „tu oto mamy przed sobą zwłoki z bijącym sercem, że ciepło tego ciała nie oznacza życia, a oddech jest marnym złudzeniem”.

Część bioetyków i lekarzy odpowiada: dopóki życie biologiczne trwa – dopóty mamy do czynienia z żywym człowiekiem. Jest obojętne czy z wczesnego, czy końcowego cyklu rozwoju. Argumentuje się, że medycyna podaje raczej społecznie ustalone znamiona umierania niż wskazuje na granice życia i śmierci. Ma dane o tym, co umiera w człowieku, ale nie o tym, że zmarł człowiek. Śmierć mózgowa nie stanowi ani pojęcia śmierci, ani reguł pobierania narządów, lecz jest znakiem nieodwracalności – przypisanych umieraniu i chorobie – procesów.

Pytanie o zasadność sztucznego podtrzymywania chorej osoby przy życiu pozostaje natomiast otwarte pomimo zawężenia definicji śmierci. Wyznaczenie granicy pomiędzy uporczywą terapią, należnym człowiekowi podtrzymywaniem przy życiu, a dającym nadzieję leczeniem i rehabilitacją jest wciąż karkołomne. Zaś w sytuacji, gdy zakładamy, że osoba w stanie śmierci mózgowej jest osobą zmarłą, szansa na zbadanie przez medycynę prawdopodobieństwa jej przeżycia czy wyzdrowienia jest właściwie zerowa.

Stopień zależności człowieka od aparatury nie ma znaczenia. Człowiek jest istotą zależną. Pierwotnie od Boga Stworzyciela, następnie od matki, która na pierwszym stopniu życia płodowego

podtrzymuje jego życie w sposób całkowity, w toku swojego życia jest nadal zależny od wielu osób i czynników zewnętrznych wpływających na jego życie, zdrowie i wybory, zaś przy końcu swego życia może ponownie okazać się całkowicie zależny – tym razem od aparatury podtrzymującej jego życie. Choć owa zależność może mieć różną intensywność, nie można zaprzeczyć, że jest czymś, co konstytuuje ludzki byt i jest dla niego nieuniknione.

Dysocjacyjne rozbitcie symptomów tworzy mapę pod nierówną i subiektywną ocenę zjawiska śmierci. Taka dotknięta lukami i zubożona o pozostałe biologiczne aspekty diagnoza jest wstępem do dyskryminowania chorych i używania ich do celów transplantologicznych. Być może o tę niejasność chodzi, ponieważ wprowadza ona pewną uznaniowość, w której dochodzi do selekcji pacjentów według jeszcze innego dość przerażającego kryterium: przydatności materiału transplantacyjnego.

## **Świadomość czy mózg? Ciało i umysł**

Przejdźmy do pytań o świadomość i cielesność człowieka.

Odparcie pokusy transplantacyjnej wymaga powołania się na niekwestionowany status ciała jako ludzkiego, taki którego nie dałoby się podważyć z pozycji naukowych i filozoficznych. Próba odczytania godności ciała nie może się powieść dopóty za duszę uznajemy mózg, któremu mylnie przypisujemy funkcje zastrzeżone do tej pory wyłącznie dla niej. Jest to tym trudniejsze, że OUN został przeniesiony w percepcji medycznej w przestrzeń dogmatyczną. Mózgowi nadajemy sakralną godność, a właściwie takiej mitologizacji dokonuje sekularyzm, który – o dziwo – odmawia wyjątkowego statusu duszy z przyczyn obiektywnych – naukowych.

Śledząc dyskusję na temat znaczeń definicyjnych śmierci należy zachować ponadstandardową ostrożność w sąsiedztwie jej sekularystycznego spłaszczenia. Im więcej szafowania koniecznością neutralności i odejścia od linii teologicznej i



filozoficznej, tym mniej poprawności metodologicznej, otwartości badawczej i teoretycznej w namyśle egzystencjalnym nauki. Sekularyzm wnosi wiele pozorów, które odwracają uwagę od faktu, że świadomość jest takim samym czynnikiem integrującym fizys człowieka jak dusza a fragmenty ludzkiej cielesności są izomorficzne i żaden z nich oderwany od całości nie wyczerpuje zasady jedności organizmu ludzkiego, co szczegółowo rozważymy. Błąd w opracowaniu teoretycznym i kryterialnym zjawiska śmierci fundowany jest na konwencjonalnym rozumieniu świadomości, utożsamianiu jej z mózgiem bez uwzględnienia bogatych danych świadczących o jej poza i ponad mózgowym pochodzeniu, co prowadzi do porzucenia fizycznej postaci bytowania metodologicznie obsługiwanego przez metafizykę (niewdzięcznie porzuconą przez znaczącą część prominentnych teologów moralistów).

Legitymujące kryterium mózgowe śmierci podniesienie pojedynczego, aczkolwiek bardzo ważnego organu, jakim jest mózg do rangi jedynej bezalternatywnej centrali zawiadującej integracją systemu ludzkiego na wymiarach fizjologicznych i umysłowych pomija sprawczą rolę duszy, a może wręcz znosi jej istnienie. Tłumaczenie, że mamy dwie takie równoległe centrale: jedną fizyczną, drugą duchową nie wytrzymuje krytyki, gdyż jedna musiałaby zależeć od drugiej, także a może zwłaszcza w porządku przyczynowości: pytamy co pochodzi od czego: dusza od ciała, którego częścią jest mózg? Czy dusza nieśmiertelna miałaby podlegać śmiertelnemu mózgowi? Można jeszcze tłumaczyć to tak, że wraz ze śmiercią mózgu odchodzi z ciała dusza. Tego jednak nie wiemy. Bardziej prawdopodobne jest, że dusza jest obecna w człowieku dopóki nie zgaśnie ciało. Definicja człowieka zawiera złożenie duszy i ciała, zatem dopóki dusza ciała nie opuści mamy do czynienia z człowiekiem – jak już zauważyliśmy. Rozwija tę prawidłowość filozofia chrześcijańska, której przytoczenie będzie powtórzeniem tych paru zdań w tym temacie.

Lekarze nie mają przymusu podążania za filozofią Arystotelesa,

czy tym bardziej religią chrześcijańską, jednak obowiązuje ich respekt dla ludzkiego ciała postrzeganego w całości a nie fragmentarycznie. I tak rozumiane ciało jest zjednoczone z duszą. Trzeba wyraźnie podkreślić, że związek ciała z duszą nie jest ograniczony do mózgu czy zdeterminowany przez mózg lub przez mózg zapośredniczony na zasadzie wyłączności. Ma charakter rozciągły i przyległy. „Dusze nie wchodzą w materię jakby w jakiś pojemnik, lecz przenikają materię, podporządkowując sobie jej dynamikę” (Lenartowicz 1980) – podkreślam to zdanie jako wyróżnione wyjątkowym ciężarem gatunkowym. Dusza będąc świadomością pozostaje zasadą jedności fizycznej ponad mózgiem, choć nie bez jego – rzecz oczywista – zasobów. Odczytując relację mózgu do duszy, jako istoty świadomości możemy powiedzieć, że jest to warunkowanie wzajemnie, niemniej duch integruje całe ciało czy to pośrednio, czy bezpośrednio.

Możemy i powinniśmy snuć dorobek metafizyczny o relacji duszy do ciała, jako najbardziej oczywisty dla ustalenia kryterium mortalnego. Dominujący rozdźwięk międzykonceptyjny co do śmierci mieści się na opozycji całości do fragmentu. Natężanie tej opozycji ze strony twórców mózgowego kryterium jest o tyle niekompetentne, że integracja zawsze polega na całości.

Jak pisze ojciec Piotr Lenartowicz SJ (1980), wybitny biolog: „Główny, najbardziej zagadkowy element tej oczywistości wiąże się ze słowem „cały”. „Cała” komórka, „cały” żywy organizm. To jest właśnie problem integracji.” Arystotelizm traktuje byt żywy (konkretną jego formę – psia, kocią, bakteryjną czy dębową) jako całość. Jest to całość złożona. Na tę całość składa się materiał oraz czynnik integrujący dokonujący selekcji materiału, posługujący się tym materiałem, np. odpowiednią formą energii, kształtujący ten materiał, oraz posługujący się ukształtowanymi organami (narzędziami).

Do centralnego terminu integracyjnego urasta czynnik integracyjny: „Większość biologów dostrzegała i dostrzega konieczność istnienia „czynnika” korelującego różnorodne

procesy życiowe, integrującego dynamikę żywego ciała. Tę konieczność mógłby ktoś porównywać do konieczności istnienia dyrygenta w orkiestrze. Jednak takie porównanie jest bardzo prymitywne. Gdybyśmy porównywali organizm z orkiestrą, to należałoby powiedzieć tak: Dyrygent koreluje budowanie instrumentów i wykonawców, koreluje szkolenie poszczególnych wykonawców a następnie dyryguje wykonywaniem utworów”.

Ojciec Lenartowicz dopowiada: „Musi istnieć czynnik informujący, sterujący, kontrolujący, selektywnie determinujący i korelujący poszczególne procesy budowania struktur organizmu. (...). Regulować różnorodne procesy, to nie to samo co je kontrolować. „Regulatorów” (np. różnorodnych procesów enzymatycznych lub hormonalnych) – może być bardzo wiele, ale „kontroler” całości może być tylko jeden. Czynnik całościujący jest tylko jeden, jedyny. Gdyby ich było wiele, jak wytłumaczylibyśmy opisywane wyżej korelacje i podporządkowanie dynamiki wszystkich części organizmu – a zwłaszcza procesów ich powstawania w ontogenezie”.

Czy owym metaczynnikiem jest mózg, czy jest on prędeż narzędziem lub środkiem w przekraczającej go rzeczywistości?

Logika tych pojęć – całość i integracja – wyklucza uznanie mózgu za owego „nadzorcę”.

Od starożytności przez mistrzów średniowiecza po współczesnych arystotelików za główny ośrodek integracji organizmu ludzkiego uznawano duszę, na którą też przenoszono czynnościową odpowiedzialność za graniczny i dokładnie umiejscowiony w czasie akt śmierci. Od wieków mawiano, że umierający „wydał ostatnie tchnienie”. Duch – pneuma w wyobrażeniach dawnych filozofów miał postać ulotną oddechu. Przekonanie owo – jakkolwiek metaforyczne czy dosłowne, biblijne i duchowe – ma silne umocowanie w najbardziej uniwersalnej i doniosłej cywilizacyjnie filozofii realistycznej Stagiryty. Prócz tego ma swoje odbicie we wszystkich kompozycjach religijnych i zostało wniesione do medycyny jako jej najbardziej

konstruktywny aksjomat w przysiędze Hipokratesa. Może mieć w medycynie konotację ukrytą i dyskretną, jednak niezbędną, trwałą i nieusuwalną w tożsamości każdego lekarza.

Opór części środowiska naukowego wobec hipokratejskiej teorii życia i śmierci, którego – to oporu – egzemplifikacją jest zamach na treść lekarskiej przysięgi, nie byłby istotny bez presji lobby biotechnokratów z ich warunkiem świadomościowym, który zaczerpnęli z myśli oświeceniowej dla ufundowania opozycji integracyjnej funkcji mózgowia do całego ciała ludzkiego, które żyje.

17. wieczni filozofowie doświadczeni zbrodniami wojen bronili wolności religijnej. Wysunęli wniosek, że prawdziwie wolna może być tylko jednostka świadoma (siebie) intelektualnie. Peter Singer twierdził, że życie inteligentnej świni znaczy więcej, niż istnienie noworodka. W tym duchu sądy europejskie udają, że działają w najlepszym interesie pacjentów poddanych tzw. uporczywej terapii lub w sytuacji Polaka, któremu odmówiono nawadniania i karmienia.

Jest to stanowisko skrajnie dualistyczne. Z jednej strony umysł, podejmowanie moralnych decyzji, wchodzenie w interakcje z innymi osobami wyniesione są na piedestał istoty człowieczeństwa, z drugiej – w wyobrażeniu dogmatyków transplantacji – ciało funkcjonuje jako obudowa, magazyn części zamiennych, bez koherentnej struktury a gdy mózg zawodzi staje się ono zbędne i praktycznie bezwartościowe. Ludzkie zwłoki są zaś jednym z obiektów tego świata, rzeczą, której można użyć w dowolny sposób. Za podobną dychotomią stoi przewód kartezjański, który można sparafrazować cytatem „jestem, bo myślę”. Przystaje myśleć, przestaje być. „Z czym zostawił nas Kartezjusz po tym, gdy wszystko zakwestionował?” – pyta Bronisław Wildstein. „Pozostawił odcieleśniony, nierealny podmiot i wiedzę, która miała być nieodparta, a stała się zupełnie iluzoryczna” – ocenia autor „Buntu i afirmacji”.

Według zwolenników przesłanki świadomościowej śmierć następuje wówczas, gdy uszkodzenie mózgu niszczy potencjalną zdolność do posiadania świadomości i innych funkcji mentalnych. Innymi słowy chodzi o zanik (potencjalnej) zdolności do czynów świadomych i wolnych, a więc czynów moralnych. Sceptyczne odniesienie się do takiego rozumienia śmierci niewątpliwie wynika z postępu samej medycyny – nowych metod obrazowania i diagnozowania w zakresie neurologii. Równie ważną rolę odgrywa postęp techniki medycznej (tj. nowe i alternatywne możliwości transplantologii). Przedstawiciele nauk medycznych zwracają uwagę na „nieokreśloną arbitralność przyjęcia testów i procedur stwierdzających śmierć mózgu. Różny dobór testów, procedur czy czasu ich przeprowadzania (stosowany w zależności od aktu prawnego wydanego na terenie danego kraju) może określać różny stopień pewności trwałego i nieodwracalnego ustania aktywności pnia mózgu”. Z przypadku Phinneasa Gage’a (1848), któremu pręt przeszył głowę na wylot, już wiadano, że mózg jest nieograniczenie i zaskakująco plastyczny i funkcje uszkodzonych struktur są przejmowane przez inne mózgowo procesy i struktury.

Z śpiączki, która miała być koronnym dowodem na trafność nowej koncepcji śmierci pacjenci budzili się nieraz po latach (w Polsce mamy na tę okazję wspaniałą inicjatywę: klinikę „Budzik”). Nawet rzadkie przypadki takiego przebudzenia powinny być sygnałem ostrzegawczym dla poszerzania definicji śmierci, gdyż za granicą tej mózgowej znajduje się olbrzymi obszar ryzyka, że uśmiercimy dobrze rokującego pacjenta. Kiedyś ks. Adam Boniecki w dyskusji na ten temat zacytował Jacka Kuronia: „Nie wiedząc, czy ktoś stoi za murem, nie rzucasz granatu”.

Z myślenia o śmierci i świadomości został wyłączony imponujący odcinek wiedzy – eksplorującej złożony związek umysłu i mózgowia – który dylematy okołomortalne prezentuje w nowym świetle. Relacja jednej rzeczywistości do drugiej stanowi część gigantycznej dedukcji filozofów, etyków, neurobiologów,

na pewno jeszcze nie domkniętej i uniemożliwiającej wyciągnięcie wniosków o zabarwieniu eutanazyjnym.

Eutanazyjna mentalność organizowana jest przez dwa przekonania. Pierwsze przedstawia wyższość świadomości, bez której życie traci wartość. Drugie dostrzega wartość absolutną w tych częściach organizmu ludzkiego, które rzekomo jako jedyne odpowiadają za świadomość i koordynację całego organizmu.

Oba te przekonania są błędne z kilku ważnych powodów i oba wychodzą od założeń zakwestionowanych empirycznie.

Rozpatrując „Błąd Kartezjusza” A. Damasio (Błąd Kartezjusza. Emocje, rozum i ludzki mózg, 2011) odkrywamy, że umysł jest całościowy, świadomość jest rozproszona i ma różne swoje warianty uwarunkowane ewolucyjnie. – Wartościowanie części organizmu ludzkiego jest prymitywnym przesądem – pisze Damasio. – Wartość życia ludzkiego lokowana w uporządkowanej świadomości jest takim samym przesądem. Śniąc wciąż pozostajemy ludźmi – wyjaśnia uczonego. Mózg i świadomość to niekoniecznie to samo. Świadomość znosi filtry anatomiczne – wiemy z doniesień naukowych – przedstawiając ich funkcje i położenie.

Hans Jonas w symetrycznym dialogu moralistów zaznacza: „Moja identyczność jest identycznością całego i całościowego organizmu”. Nie do przecenienia wydaje się także afirmacja ludzkiego ciała obecna w chrześcijaństwie. Gdzie pojawia się ludzkie ciało, choćby było ono złożone z jednej komórki, tam pojawia się człowiek: dokąd ludzkie żyjące ciało, dotąd żyjący człowiek. Człowiek objaśniany klasycznymi kategoriami arystotelesowsko-tomistycznymi jako byt materialno-duchowy, jest zawsze jednością nadawaną przez obecność duszy.

Teologiczna „definicja” śmierci opisuje ją jako rozłączenie duszy i ciała. Powtórzmy: duszę określa się – między innymi – jako zasadę integrującą, porządkującą elementy ludzkiego

ciała. To rozumowanie przebiega następująco: dusza integruje anatomiczną całość, a zatem skoro ta całość uległa dezintegracji, oznacza to, że dusza już „uleciała”, ciało pozostało samo, struktura osoby się rozpadła. Dopóki dusza jest z ciałem, integracja zmysłowa zachodzi. Na jakimkolwiek szczeblu cykl życiowy ludzkiego ciała i tak musi zakładać jedność z duszą. Człowiek jest bowiem swoistym bytem, który nie jest ani tylko organizmem, ani tylko duszą (umysłem czy świadomością), lecz ich złożeniem.

Podsumowując: zasada integralności całocieleśnej podtrzymywanej przez obecność świadomości, także rozumianej duchowo (podpowiada filozofia arystotelesowska) koresponduje z biologiczną definicją śmierci, która rozpisuje ją w siedmiu rozdziałach: wychodzi poza śmierć mózgowia do rozkładu komórkowego, jest kompletna i ma podstawy naukowo-anatomiczne, różni się natomiast z medyczną koncepcją, która oparta jest na założeniach kulturowych, jest redukcjonistyczna i niekompletna, poprzestaje na śmierci mózgowia.

Dusza jako czynnik integracyjny, którego nie można zastąpić niezdolnym do organizowania ciała mózgiem jest obecna w rozumowaniu filozoficznym, któremu w nauce odpowiada neuropsychologiczna kategoria świadomości. Oba pojęcia nie są ścisłymi synonimami, ponieważ są rozpatrywane z innych perspektyw metodologicznych, ale wchodzi wzajemnie w swój zakres treściowy i substancjalny. Zarzut o wyłącznie religijną konotację pojęcia duszy, delegitymizujący go na terenie medycyny jest chybiony podwójnie, gdyż kompetencje medycyny wyczerpują się na terytorium filozoficznym a filozofia dysponuje metodologią racjonalną spoza objawienia.

## **Cywilizacja doczesności – jakość życia przeciw bytowi**

Gdy dodamy do bazy kartezjańskiej – eliminującej ontologię – myślenie o człowieku w kategoriach jakościowych –

uwzględniających niemal wyłącznie komfort i klasę egzystencji – to odnajdziemy pełne uzasadnienie dla terminacji eutanazyjnej, która przylega do śmierci mózgowej poszukując w niej moralnego usprawiedliwienia. Cierpienie i drastyczne pogorszenie jakości życia w tej perspektywie są znacząco ważniejszym motywem aniżeli wartość życia sama w sobie, która wymaga uwagi i cierpliwości dla złożenia metafizycznego tkwiącego w osobliwości ludzkiego istnienia.

Nowe „projekty śmierci” zaczęły współuczestniczyć w społecznej konsumpcji, której częścią stała się transplantologia. Ambicja zapewnienia powszechnego bezpieczeństwa, zdrowia i komfortu ryzykownie zbliżyła ją do nachalnej mentalności, która usuwa za horyzont cierpienie i przewlekłe chorowanie, starość i niepełnosprawność. Niepożądane – kolidujące z wygodą z powodu sytuacji społecznej albo oczekiwanymi cechami – jest życie poczęte na równi ze zmierzchem życia.

Niewątpliwie akceptacja zanarchizowanych przez antagonizm ontologiczny procedur transplantacyjnych ma związek z biolatryą, będącą cechą współczesnej kultury: „człowiek życie uczynił wartością absolutną i kultyczną. Jego przedłużanie stało się celem wręcz sakralnym, któremu wszystko trzeba podporządkować”. Kultura Zachodu zatraciła szacunek dla całości życia i wydzieliła z niego pewną wygodną pozornie abstrakcję. Zanikły formy kulturowe oswajające z tajemnicą pre- i postegzystencjalną a realistyczne poczucie tymczasowości – wyrażone w chrześcijaństwie poprzez pielgrzymi status człowieka, w buddyzmie predestynację, judaizmie tęsknotę mesjańską – zostało wyparte przez wyobrażenie niewzruszalnego zakorzenienia w ziemskim wymiarze. Przekonanie o suwerenności rodzaju ludzkiego teatralnie prezentowane w massmediach zawsze w opozycji do zastanych koncepcji eschatologicznych oraz postęp biotechnologiczny służyły wzmocnieniu obranego przez nowoczesne społeczeństwa kursu na doczesność.

Racjonalizacja uprzedmiotowienia „drugiego” – najczęściej



pozbawionego daru wypowiedzenia się – zaczęła przenikać motywacje rodziny. Stosunek do śmierci mózgowej różnicowany jest przez poziom więzi: biologiczny lub powinowaty. Żony chętniej wyrażają zgodę na odłączenie męża od wspierającej czynności życiowe aparatury, niż matki syna. John Hardwig, amerykański filozof, jest bioetykiem otwarcie namawiającym do „skończenia ze sobą” z powodu obniżenia jakości życia bliskich, którzy zmuszeni są opiekować się słabszym członkiem rodziny. Jednostka nie jest jedyną osobą, na którą będą miały wpływ decyzje dotyczące życia lub śmierci. Tak więc, decydując, czy żyć, czy umrzeć, człowiek nie powinien brać pod uwagę tylko siebie; powinien także brać pod uwagę swoją rodzinę i ludzi, którzy ich kochają. – Bądź samodzielny albo zabij się – można spuentować poglądy Hardwiga. Tożsama, wybitnie wyrafinowana manipulacja sięgnęła do retoryki medycznej, która rozwodzi się nad „działaniem w najlepiej pojętym interesie pacjenta”.

## **Nauki społeczne czy medyczne?**

Obywatel Polski, R.S. – mężczyzna w średnim wieku, który od kilkunastu lat mieszka w Anglii, 6 listopada 2020 r. doznał zatrzymania pracy serca na co najmniej 45 minut, w wyniku czego, według szpitala, doszło do poważnego i trwałego uszkodzenia mózgu. W związku z tym szpital w Plymouth wystąpił do sądu o zgodę na odłączenie aparatury podtrzymującej życie, na co zgodziły się mieszkające w Anglii żona i dzieci mężczyzny. Przeciwnie są temu jednak mieszkające w Polsce matka i siostra, a także mieszkające w Anglii druga siostra mężczyzny i jego siostrzenica.

Sąd brytyjski uzasadnił decyzję wydaną w sprawie dogorywającego Polaka tym, że utrzymanie go przy życiu „nie byłoby w najlepszym interesie” mężczyzny, a więc przymiot życia został przeciwstawiony podmiotowi gramatycznemu (jak przestrzegało wielu wybitnych myślicieli).

Interwencję Kościoła w obronie Polaka – apel wystosowany przez abp. S. Gądeckiego i przedstawicieli prymasa Anglii i Walii – ocenił red. Tomasz Terlikowski: – wszelkie działania podejmowane ws. polskiego obywatela to histeria. Najbardziej kompetentni są lekarze, a pomoc w decyzji mogą im bioetycy – oświadczył katolicki publicysta.

Kwadratura koła? 70 proc. lekarzy w Holandii uważa, że uporczywa depresja na tyle unieszczęśliwia dzieci i młodzież, że może stanowić przesłankę do udzielenia im pomocy w samobójstwie. Bynajmniej decyzje o życiu i śmierci wcale nie opierają się na twardych danych diagnostycznych a są wynikiem zapośredniczenia w stanowisku subiektywistycznym lub – bardzo rzadko – w obiektywnie ontologicznym rozumieniu człowieka.

Podstawy empiryczne zmiany okołotransplantacyjnej były kruche. Występująca w różnych odmianach koncepcja śmierci mózgowej jest ideą na wskroś filozoficzną. Wychodząc bowiem od pewnych empirycznych danych, dokonuje się ich interpretacji w kluczu określonej, choć często niezidentyfikowanej antropologii. Jednakże dzięki temu, że funkcjonuje ona w ramach nauk empirycznych (medycyny), sprawia wrażenie „czysto naukowej”, niesprofilowanej ideologicznie i właściwie niepodważalnej.

Skoro „obiektywne” fakty naukowe, które byłyby w stanie dać jednoznaczną i nieukształtowaną ideologicznie odpowiedź na pytanie o początek i koniec ludzkiego życia, po prostu nie istnieją to – jeśli w ogóle mamy dostęp do jakichś pierwotnych faktów – są one przedzałożeniami. Kryteria śmierci są w sposób nieunikniony „subiektywne” i oparte na społecznych konwencjach. Dane biologiczne są interpretowane kulturowo w dużej zależności od klimatu politycznego i zinternalizowanego społecznie modelu życia, do którego zaliczają się skrypty opieki nad chorymi zniedołężniałymi.

Nie może – ponownie – ujść uwagi angażujących się w tę dyskusję, że u podstaw kultury leżą idee, jak te oświeceniowe, operujące wolnością ludzką. – Idee dają najsilniejszą

legitymację zmianie pojęć – notował zaraz po powrocie z frontu wojennego w Hiszpanii, George Orwell. – Najtrudniej o przyzwoitość wykuwając nowe pomysły kierowane do społeczeństwa. Ludzie, a w szczególności intelektualiści i politycy, lubią oszukiwać samych siebie, a jednym z najgorszych oszustw jest deprawacja języka, która prowadzi do degradacji społeczeństwa – pisał. Gorzko te uwagi wybrzmiewają na gruncie zmagania o definicyjną architekturę śmierci i umierania.

## **Stanowisko konfesyjne Kościoła katolickiego**

W kwestii życia ludzkiego w jego ostatnim stadium dysponujemy wypowiedzią watykańskiej Kongregacji Nauki Wiary z 2007 r. Kongregacji zostały przedstawione dwa pytania dotyczące sztucznego odżywiania i nawadniania. Pierwsze pytanie: Czy istnieje moralny obowiązek podawania pokarmu i wody (w sposób naturalny lub sztuczny) pacjentowi w „stanie wegetatywnym”, z wyjątkiem przypadków, gdy takie pożywienie nie może być przyswojone przez organizm pacjenta albo nie może być podawane bez powodowania znacznej dolegliwości fizycznej? Kongregacja udzieliła następującej odpowiedzi: Tak. Podawanie pokarmu i wody, także metodami sztucznymi, jest zasadniczo zwyczajnym i proporcjonalnym sposobem podtrzymania życia. Jest ono więc obowiązkowe w takiej mierze i przez taki czas, w jakich służy właściwym sobie celom, czyli nawadnianiu i odżywianiu pacjenta. W ten sposób zapobiega się cierpieniom i śmierci, które byłyby spowodowane wycieńczeniem i odwodnieniem. Drugie pytanie: Czy sztuczne żywienie i nawadnianie pacjenta w „trwałym stanie wegetatywnym” mogą być przerwane, gdy kompetentni lekarze stwierdzą z moralną pewnością, że pacjent nigdy nie odzyska świadomości? Kongregacja udzieliła następującej odpowiedzi: Nie. Pacjent w „trwałym stanie wegetatywnym” jest osobą, zachowującą swą podstawową godność ludzką, a zatem należy się mu zwyczajna i proporcjonalna

opieka, obejmująca zasadniczo dostarczanie wody i pokarmu, także w sposób sztuczny.

W „Katechizmie Kościoła katolickiego” czytamy: „Jest rzeczą moralnie niedopuszczalną bezpośrednio powodowanie trwałego kalectwa lub śmierci jednej istoty ludzkiej, nawet gdyby to miało przedłużyć życie innych osób” (KKK 2296).

Zarazem potwierdzano moralne prawo do transplantacji i ostrożnie przesuwano kompetencje moralne do wyznaczania granicy śmierci w rejon medycyny. Jan Paweł II mówił do uczestników Kongresu Światowego Towarzystwa Transplantologicznego w Rzymie w 2000 roku: „W tym miejscu można orzec, że przyjęte w ostatnim okresie kryterium, na podstawie którego stwierdza się śmierć, a mianowicie całkowite i nieodwracalne ustanie wszelkiej aktywności mózgowej, jeśli jest rygorystycznie stosowane, nie wydaje się pozostawać w sprzeczności z istotnymi założeniami rzetelnej antropologii”.

Można w podejściu konfesyjnym doszukiwać się sprzeczności, albo co najmniej ambiwalencji. Widać w nim nacisk wykluczających się antropologii: tomistycznej przemawiającej za równowagą zmysłowo-świadomościową (dowartościowaniem całości, integralności przedmiotowej i podmiotowej bytu ludzkiego) oraz redukcjonistycznej, która odkleja ciało od świadomości, dewaluuje różne warianty świadomości i zniekształca je w relacji do ciała pod pretekstem ratowania lepiej rokującego życia i zdrowia.

Kościół stał się polem zmagania statusu ontycznego – życia – z subiektywistycznym, którego pochodną jest wyjęcie aktywności pnia mózgu z całości zmysłowo-mentalnej i stanowienie go punktem granicznym – przejściowym. Na fali odruchów społecznych Kościół wycofuje jedno albo drugie stanowisko.

# Jak widzi śmierć Bóg?

W rozważaniach o śmierci ludzkość zagubiła najważniejszą orientację, Bożą – bo zbyt antropomorfizowaliśmy moment odejścia „na tamten świat” – która nie jest kazuistyczna czy permissywna (wolno – nie wolno), ale rozświecła ją miłość duchowa. Oczekiwania miłości zbawczej kierowane do człowieka tkwiącego w zawieszeniu między życiem a śmiercią mają pełne wyposażenie soteriologiczne, zaś odpowiedź na te oczekiwania powinna być celowa: wielkoduszna i harmonizująca z planem stwórczym.

Stan zawieszenia między życiem a śmiercią – który chcemy egoistycznie domknąć – w Bogu znaczy coś innego. W tej odmienności odnajdujemy przede wszystkim godność człowieka i delikatność Boga, który oczekuje nie przyśpieszając i nie skracaając akcji rozstawania się i żegnania z ciałem, na którego powrót – po Zmartwychwstaniu – liczymy. Śmierć także ma swoją godność będąc przesunięciem w obiecanie Słowem Bożym miejsce spotkania i komunii.

Ostatni odcinek ludzkiego życia jakby umknął teologom nie bez szkody dla zapoznania kondycji umierającego i kryteriów śmierci. Teologia przejścia nie zdołała się wystarczająco rozwinąć, a przecie „mała” eschatologia jest podstawowym doświadczeniem ludzkim. Ontogeneza schyłku życia jest równie fascynująca co paruzja Chrystusa, jeśli tą pierwszą odczytamy w tej drugiej lub poprzez nią. Czas przejścia przedśmiertelnego – różnie w zamiarze Bożym rozłożonego – jest błogosławiony dla całego Kościoła, w tym dla Kościoła domowego. I jak każde cierpienie można je formułować w paradygmacie łaski i poświęcenia Bogu. Umieranie można wyjąć z pesymistycznego nawiasu samej śmierci, bo jeszcze żyjemy i korzystamy z przywilejów życia ujmowanych przez współpracę z łaską Bożą.

Zadania teologii współpracującej z Urzędem nauczycielskim

Kościół są naprawdę ważne. Chodzi o zbawienie człowieka, którego wejście do Królestwa niebieskiego nie jest bezwarunkowe. Kościół stoi na straży reguł umierania. Stan w którym znajduje się człowiek, łaski bądź niełaski, rzutuje na czekające go rozliczenie z własnym życiem. Samobójstwo może skutkować zmianą destynacji pośmiertnej (przebija się taki motyw w świadectwach po śmierci klinicznej). Współpraca z łaską Bożą trwa w ciągu całego życia od chrztu świętego – wierzymy – do rozstania duszy z ciałem, co rzutuje na pozostałą, laicką ocenę jej fenomenu. Tymczasem błędne zdeterminowanie egzystencji chorego przez – ignorujące tą bogatą panoramę religijną – środowisko medyczne niszczy pielęgnowaną społecznie tkankę duchową w człowieku stwarzając ryzyko dla jego zbawienia.

Zadaniem teologii jest budzenie nadziei w chorym i jego rodzinie w wymagającym hartu położeniu. Przedwczesne zaniechanie pierwiastka życiowego w chorym gasi w nim nadzieję i otwiera drzwi do rozpacz, która manifestuje się w smutku i lęku obecnych bez względu na ekspresję świadomości.

Potencjalnie bogata i wyczerpująca debata teologiczna, której szczytkowy zarys udostępnia Katechizm Kościoła oraz fascynujący obraz życia umysłowego i somatycznego zostały okaleczone przez postulat bezkrytycznego ratowania bliźniego. W tej sytuacji na uznanie zasługuje nierzadko apologetyczna metoda odszukiwania warstw ideologicznych w aktach skoncentrowanych na tzw. interesie ludzkim. Ideologie chętnie posługują się karykaturami takich aktów. Miłosierdzie może być schowkiem dla tendencji sekularystycznej humanizmu, który jest antychrystologicznym wyzwaniem rzuconym Bogu. Arbitralne przenoszenie funkcji życiowych z jednego człowieka na drugiego konstruuje ten jego rodzaj, który akcentuje samowystarczalność obywatela już bez Zbawiciela. Dzieło zbawcze nie jest stworzeniu konieczne a poczucie i kondycja zależności od Stworzyciela postrzegane są na Zachodzie w kategoriach alienacji i umniejszenia. Gdyby było inaczej każda chwila

spędzona na ziemi przez ludzi będących u kresu życia zmieniałaby się w szansę na poprawę pozycji duchowej, do czego – w otwartym planie działania łaski uświęcającej – jesteśmy przeznaczeni. Szatan chce zepsuć tę końcówkę i odebrać człowiekowi jego ostatnie szanse.

Kiedyś metafizyka była ważną składową wiedzą społecznej, która uzgadnia wątki empiryczne, teologiczne i filozoficzne z jej segmentem etycznym. Stanowisko redaktora Terlikowskiego jest wyrazem wyparcia (albo dalszego wypierania) ontologii i jej konsekwencji metafizycznych, z których bodaj najważniejszą jest zejście się ducha i materii w osobie ludzkiej. Nie wróży to niczego dobrego. Przecież od podobnej eliminacji zaczęła się kariera najbardziej brutalnych wersji prawa pozytywnego, na które już w sensie sekularystycznym powoływali się komuniści (społeczeństwo materialistycznej) i naziści. Większość – lekarzy czy bioetyków – nie ma umocowania do decydowania o tym „co jest”.

Edukacja metafizyczna (ontologiczna) w szerokich ramach szkolnictwa jest konieczna, aby uniknąć podobnych pułapek. Brakuje jej zwłaszcza na polu teorii społecznej. Wiedzielibyśmy, że podmiot życia transcenduje właściwości życiowe.

Autorstwo: Maria Czerw

Źródło: WolneMedia.net

## **Bibliografia**

1. Bortkiewicz P., „Tanatologia: zarys problematyki moralnej”, Poznań 2000.
2. Damasio A., „Błąd Kartezjusza. Emocje, rozum i ludzki mózg”, 2011.
3. Hardwig J., „The problem of proxies with interests of their own”, Journal of Clinical Ethics 1993; 4: 20 –7.

4. „Jan Paweł II: „Do uczestników Kongresu Światowego Towarzystwa Transplantologicznego”, Oss. Rom., wyd. pol. 2000; 11-12: 38
5. „Katechizm Kościoła Katolickiego”, Poznań 1992.
6. Lenartowicz P., „Pojęcie całości i przyczyny w dziejach embriologii”, w: „Studia z historii filozofii. Księga pamiątkowa z okazji 50-lecia pracy naukowej ks. Profesora Pawła Siwka SJ”, red. R. Darowski, Kraków 1980, 207-244.
7. Maliszewska A., „W stronę antropologii inkluzywnej: głęboka niepełnosprawność intelektualna a człowieczeństwo: studium z zakresu katolickiej teologii niepełnosprawności”, Katowice 2019.
8. Mohandas A., Chou S.N., „Brain death. A clinical and pathological study”, J. Neurosurgery 1971; (35): 211-28 .
9. Nowacka M., „Filozoficzne aspekty terapii transplantacyjnej”, Białystok 2002.
10. Singer P., „O życiu i śmierci: upadek etyki tradycyjnej”, Warszawa, PIW, 1997: 63
11. Wołski J., „Śmierć mózgowa a śmierć człowieka”, „Łódzkie Studia Teologiczne” 19 (2010), s. 217–239.