



Zbrodnia i medycyna



Grzegorz Górny



WSTRZĄSAJĄCE ŚWIADECTWA Z POGRANICZA ZBRODNI I MEDYCYNY

„Nazywam się Gianna Jessen. Mam dziewiętnaście lat. W języku potocznym jestem tak zwaną „spapraną aborcją”. Gdyby aborter rozpoczął swój dyżur wcześniej, nie byłoby mnie dziś tutaj”.

John Pearsons – chłopiec z zespołem Downa urodził się w Wielkiej Brytanii. „Nie chcę go”, powiedziała matka. Cztery dni później John już nie żył.

W 2003 roku Agnieszka Terlecka spadła z konia. W śpiączce przewieziono ją do szpitala w Pile. Lekarze uznali ją za zmarłą i proponowali pobranie organów do przeszczepów. Rodzice nie zgodzili się. Agnieszka żyje. Dziś jest zdrowa. W 2011 roku zdała maturę i dostała się na studia.

„Jestem człowiekiem, a mimo to zostałem poczęty techniką, która ma swoje korzenie w hodowli zwierząt. A najgorsze jest to, że rolnicy bardziej troszczą się o pochodzenie swojego bydła niż kliniki in vitro o pochodzenie ludzi naszej epoki”.

Grzegorz Górny

ZBRODNIA I MEDYCYNA



Polskie Wydawnictwo Encyklopedyczne
Radom 2013

SPIIS TREŚCI

PROLOG: daleko od Hipokratesa	5
ABORCJA, czyli ludzie, którzy nie są osobami	11
ZAPŁODNIENIE POZAUSTROJOWE IN VITRO, czyli jedno życie za dwadzieścia śmierci	53
EUTANAZJA, czyli śmierć jako rodzaj terapii	79
ŚMIERĆ MÓZGOWA, czyli zwłoki z bijącym sercem	123
EPILOG: powrót do Hipokratesa	155

PROLOG: daleko od Hipokratesa

Dwadzieścia pięć wieków temu na greckiej wyspie Kos powstał niezwykle dokument. W kręgu uczniów najwybitniejszego lekarza tamtych czasów został spisany pierwszy kodeks etyki lekarskiej na świecie, nazywany od imienia mistrza „przysięgą Hipokratesa”. Przez niemal 2500 lat określał on istotę i powinności medycyny. Choć powstał w pogańskiej Grecji, został później zaakceptowany przez przedstawicieli wielkich religii: chrześcijaństwa, islamu czy judaizmu. Zawierał w sobie bowiem uniwersalne przesłanie, wspólne dla ludzi wielu kultur. Jego pierwsza zasada głosiła, że lekarz powinien kierować się dobrem powierzonych mu pacjentów. Ciążył na nim obowiązek dołożenia wszelkich starań, by działać ku pożytkowi pacjentów, unikając zarazem wszystkiego, co mogłoby przynieść im krzywdę lub uszczerbek.

Przysięga Hipokratesa głosiła także nienaruszalność ludzkiego życia. Każdy składający ją lekarz powtarzał słowa: „Nikomu nie dam trucizny, choćby mnie o nią prosił, ani nie będę dawał rad, które mogą śmierć spowodować. Podobnie nie dam kobiecie środka na spędzenie płodu. Zachowam czystość mojego życia i mojej sztuki”.

Przysięga kładła więc nacisk na więź łączącą życie osobiste i zawodowe lekarza, wymagając zachowania czystości i godności w obu tych sferach. Jego powołanie mogło realizować się tylko poprzez zbudowanie relacji zaufania między chorym a lekarzem. Dlatego przysięga nakładała zachowanie tajemnicy zawodowej oraz wykluczała kategorycznie wymuszanie jakichkolwiek korzyści przez swą uprzywilejowaną pozycję. Adept Asklepiosa musiał być bezinteresowny i nie mógł nad dobro swego pacjenta stawiać żadnej innej wartości.

Oparta na tym fundamencie medycyna stała się jednym z filarów cywilizacji zachodniej. Dała ludzkości wiele zdobyczy intelektualnych i naukowych, badając i poznając zjawiska życiowe. Równolegle tworzyła wartości moralne i normy etyczne. Wewnętrzna logika zawodu lekarza przez wieki zakładała troskliwość, ofiarność i bezinteresowność. Nieprzypadkowo chrześcijanie, gdy szukali figury, do której mogliby porównać Boga jako źródło wszelkiej dobroci, odwoływali się do postaci lekarza.

Przez całe stulecia wielu lekarzy – od Hipokratesa, Galena i Wezaliusza, poprzez Sydenhama, Traubego

i Potaina, do Herricka, Cournanda i Borsta – starało się wcielić w życie ten ideał. Gdy na przełomie XII i XIII wieku osobisty medyk kalifa Kairu Saladyna – Mojżesz Majmonides, układał słowa „Porannej modlitwy lekarza”, zawarł w niej m.in. wezwanie: „Spraw, abym w moim pacjencie widział człowieka”. Chodziło mu o to, aby dostrzec w chorym swojego bliźniego, uszanować jego człowieczeństwo, a nie traktować go przedmiotowo.

Po tym jak Ambroży Pare został nadwornym chirurgiem króla Francji Henryka II, usłyszał od monarchy: „Mam nadzieję, że mnie trochę inaczej będziesz leczyć niż tych wszystkich twoich żebraków”. Odpowiedział wówczas władcy: „Sire, ja leczę moich żebraków tak, jakby byli królami”. Zawierał się w tym zdaniu, ukształtowany już w czasach Hipokratesa, a przez wieki uwewnętrzniony, lekarski obowiązek, żeby każdego chorego, niezależnie od jego statusu społecznego czy materialnego, traktować z taką samą uwagą i troską.

Kiedy Napoleon Bonaparte zażądał od swojego lekarza, barona Desgenettesa, by otrul z litości wszystkich zadumionych w Jaffie, ten odpowiedział mu słowami z przysięgi Hipokratesa: „Nikommu nie dam trucizny, choćby mnie o nią prosił, ani nie będę dawał rad, które mogą śmierć spowodować”. Zabijanie chorych było dla niego równoznaczne ze splamieniem godności lekarza, który uznaje nieskończoną wartość ludzkiego życia.

Przez niemal dwadzieścia pięć stuleci ten lekarski etos pozostawał nienaruszony. Dramatyczną zmianę przy-

niósł dopiero wiek XX. Jedną z najbardziej złowrogich postaci tego najbardziej krwawego w dziejach stulecia był niemiecki lekarz Joseph Mengele. Okres narodowego socjalizmu to czas, w którym medycyna przestała służyć prawdzie i podporządkowała się obłądnej ideologii.

Wydawać by się mogło, że szok moralny związany z odkryciem zbrodni nazistowskich spowoduje ostateczne zerwanie medycyny z praktykami wymierzonymi w życie i zdrowie ludzi. Tak się jednak nie stało. Niniejsza książka podaje wiele tego przykładów. Być może przyczyną zagubienia przez współczesną medycynę etycznej busoli jest odejście od podstawowych zasad zawartych w przysiędze Hipokratesa.

Przede wszystkim masowo podważana jest dziś zasada nienaruszalności ludzkiego życia, uważana za anachronizm. Coraz częściej lekarze jawią się nie jako ci, którzy ratują życie, ale jako ci, którzy zadają śmierć. W związku z tym dochodzi do zanegowania kolejnych fundamentalnych zasad: *primum: non nocere* (po pierwsze: nie szkodzić) oraz *salus aegroti suprema lex* (zdrowie chorego najwyższym prawem). Działanie mające na celu uśmiercenie człowieka zawsze wymierzone jest w jego dobro i wiąże się z wyrządzeniem mu krzywdy. Trudno mówić nawet, iż lekarz w takim wypadku uważa zdrowie pacjenta za swój najważniejszy obowiązek. Okazuje się, że ponad dobro człowieka – i to jest złamanie kolejnej zasady – może postawić inne wartości. Najczęściej występują one w kostiumie humanitaryzmu, ale nie zmienia to faktu, że osoba po-

wierzona pieczy lekarza przestaje być dla niego celem samym w sobie, a staje się środkiem do osiągnięcia celu. Takie działanie podkopuje relacje między lekarzem a pacjentem, zrywając między nimi nić zaufania.

Jak pisze lekarz a zarazem zakonnik dominikański, ojciec Jacek Norkowski, „naruszenie jakiejś zasady w jednym przypadku oznacza zniesienie jej w ogóle. Brak poszanowania życia jednego choćby pacjenta oznacza, że nie szanujemy życia ludzkiego jako takiego. Reguły moralne nie dopuszczają wyjątków. Zasada poszanowania życia każdego bez wyjątku współobywatela jest podstawą całego systemu prawnego i porządku społecznego”.

Zdaniem kardiologa Ryszarda Fenigsena, odrzucenie potencjału etycznego zawartego w przysiędze Hipokratesa musi prowadzić do kryzysu medycyny, a nawet do jej samounicestwienia – przynajmniej w takim kształcie, w jakim znaliśmy ją od wieków. Dyscyplina ta bowiem coraz częściej zamiast po stronie życia opowiada się po stronie śmierci. Jeżeli zaś medycyna jest jednym z filarów naszej cywilizacji, to znaczy, że fundamenty tej ostatniej także naruszył proces erozji. Nieprzypadkowo Jan Paweł II mówił o starciu „cywilizacji życia” z „cywilizacją śmierci” w kontekście wyzwań, w których główną rolę odgrywają przedstawiciele nauk medycznych. Być może nie ma więc przesady w stwierdzeniu, że przyszłość ludzkości leży w rękach lekarzy.

ABORCJA

czyli ludzie, którzy nie są osobami

„Nie jestem zlepkiem komórek”

Waszyngton, 22 kwietnia 1996 roku. Przed Zespołem Konstytucyjnym Komisji Sprawiedliwości Kongresu Stanów Zjednoczonych stoi młoda ładna dziewczyna. Nieco speszona widokiem szacownego gremium siedzącego za szerokim stołem, przełamując treść, zaczyna mówić: „Nazywam się Gianna Jessen. Mam dziewiętnaście lat. Pochodzę z Kalifornii, ale obecnie mieszkam w mieście Franklin w Teksasie. Jestem dzieckiem adoptowanym. Cierpię na porażenie mózgowie”.

Jej opowieść zaczyna się, gdy dziewczynka ma 32 tygodnie. To znaczy, gdy od siedmiu i pół miesiąca znajduje się w łonie matki. To właśnie wtedy 17-letnia Tina decyduje się poddać aborcji. 5 kwietnia 1977 roku lekarz 8-centymetrową igłą przekłuwa powłokę brzuszna i ścianę macicy, by wstrzyknąć do środka 200 milili-

trów hipertonicznego roztworu soli, zwanego w żargonie medycznym solanką. Dziecko przyzwyczajone do połykania płynu owodniowego, zawierającego albuminy, wapń oraz sole mineralne, nagle styka się z gorzkim płynem, który wyżera mu gardło i pali delikatną skórę. Potworny ból powoduje, że dziecko w konwulsjach miota się z jednej strony macicy w drugą.

Tina obserwuje, jak pod jej skórą toczy się walka – świadczą o tym co rusz pojawiające się i znikające w różnych miejscach wybrzuszenia. Jest nieco zaniepokojona tym widokiem, ale lekarz uspokaja ją: wszystko znajduje się pod kontrolą i przebiega zgodnie z planem.

Agonia dziecka trwa w takich przypadkach godzinami, ale jego energia będzie stopniowo słabnąć. Lekarz oblicza, że martwa dziewczynka zostanie wydalona z łona matki około dziewiątej rano następnego dnia, akurat wtedy, gdy on zacznie dyżur. Będzie cała czerwona od oparzelin. Personel medyczny nazywa takie dzieci „kandyzowanymi jabłuszkami”.

A jednak stało się coś, czego doktor nie przewidział. O szóstej nad ranem, 6 kwietnia, dziewczynka urodziła się żywa.

„Na moje szczęście, w momencie moich narodzin w klinice nie było jeszcze lekarza-abortera”, opowiada zasłuchanym członkom komisji Gianna Jessen. „Jestem pewna, że gdyby aborter rozpoczął swój dyżur wcześniej, nie byłoby mnie dziś tutaj”.

Na czym dziewczyna opiera swą pewność? Ona po prostu wie, jak funkcjonują kliniki aborcyjne w Sta-

nach Zjednoczonych. Doktor Bernard Nathanson, który osobiście wykonał wiele aborcji za pomocą hipertonicznego roztworu soli lub mocznika, opisuje ciąg dalszy owej procedury. Gdyby lekarz dotarł na miejsce, rozpoczęłaby się następująca akcja miniporodowa: „Rozszerzenie i opróżnienie wykonuje się przez przebicie pęcherza płodowego ostrym narzędziem wprowadzonym przez częściowo rozszerzoną szyjkę macicy, a następnie wprowadzenie do macicy narzędzi chwytających i rwących. Płód zostaje poćwiartowany, korpus oddzielony i pozbawiony wnętrzości, głowa zmiażdżona i usunięta w kawałkach. Łożysko zostaje zlokalizowane i zeszkrobane ze ścianki macicy”.

Brakowało trzech godzin, by Giannę Jessen spotkał taki właśnie los. „W języku potocznym jestem tak zwaną ‘spapraną aborcją’, wynikiem źle spełnionego obowiązku służbowego”, dziewczyna kontynuuje swoją opowieść. „Świadcami mojego przyjścia na świat było wiele osób. Pierwszymi witającymi mnie osobami były biologiczna matka i pozostałe młode dziewczyny oczekujące na śmierć swoich dzieci. Ponoć wywołałam wśród nich histerię. Następną była pielęgniarka, która jednak zadzwoniła po pogotowie, a ono zabrało mnie do szpitala”.

Gianna spędziła w szpitalu niemal trzy miesiące. Na początku lekarze nie dawali jej żadnych szans na przeżycie. Ważyła zaledwie 900 gramów. Dziewczynka jednak przeżyła. Wypisana ze szpitala, została umieszczona w rodzinie zastępczej. Lekarze stwierdzili, że

na skutek porażenia mózgowego wywołanego aborcją Gianna nigdy nie będzie samodzielnie raczkować, chodzić, a nawet siadać. Dzięki wytrwałej rehabilitacji i czterem operacjom chirurgicznym zaczęła chodzić o własnych siłach (osiem lat po zeznaniach złożonych w Waszyngtonie pobiegnie po raz pierwszy w maratonie).

Jej głos nabiera pewności: „Codziennie dziękuję Bogu za dane mi życie. Nie uważam siebie za ‘produkt uboczny poczęcia’, za ‘zbitkę komórek’, ani za żadną z rzeczy używanych do nazywania dziecka w łonie matki. Uważam, że życie poczęte nie może być tak określane. Spotkałam wiele żyjących ofiar aborcji. Wszystkie są wdzięczne za swoje życie. Przed kilkoma zaledwie miesiącami spotkałam kolejną ofiarę aborcji roztworami soli. Nazywa się Sara i ma dwa lata. Podobnie do mnie, Sara również cierpi na porażenie mózgu, ale stan jej zdrowia jest dużo poważniejszy. Jest zupełnie niewidoma i nękają ją ostre ataki epileptyczne. Przy tego typu zabiegu aborter nastrzykuje solanką zarówno łono matki, jak i swoje niemowlęce ofiary. Sara dostała zastrzyk z trucizny w główkę. Na jej czaszce widziałam po nim ślad. Dlatego też, kiedy zabieram głos na temat aborcji, mówię nie tylko w swoim imieniu, ale również w imieniu innych uratowanych ofiar, takich jak Sara, jak i w imieniu tych, którzy jeszcze nie mówią...”

Gdy Gianna Jessen kończy swoje wystąpienie i wychodzi z sali, część słuchaczy ma jeszcze w pamięci jej

słowa: „Nie mogę dać lepszego argumentu za obroną życia od mojego własnego życia...”.

Osiemnaście mgnienie wiosny

Cztery lata później, 20 lipca 2000 roku, przed Komisją Praworzędności Kongresu Stanów Zjednoczonych staje inna kobieta: 44-letnia Jill Stanek. Zeznaje pod przysięgą w sprawie „Ustawy H.R. 4292”. Jako zawodowa pielęgniarka pracowała przez poprzednich pięć lat na oddziale położniczym szpitala w Oak Lawn, w stanie Illinois. Placówka nosi imię chrześcijańskiego Zbawiciela, gdyż nazywa się Christ Hospital, a jednym z zabiegów wykonywanych w niej rutynowo jest aborcja.

Z zeznania złożonego przez Jill Stanek wynika, że pielęgniarka, która asystowała przy narodzinach Gianny Jessen, zachowała się nieprofesjonalnie, gdyż wezwła pogotowie. W Szpitalu Chrystusa lekarze stosują metodę zwaną „aborcją przy wywołanym porodzie” lub „aborcją z żywym urodzeniem”. Polega ona na przedwczesnym wywołaniu porodu, najczęściej przez wprowadzenie preparatu Cytotec, który podrażnia szyjkę macicy i stymuluje jej rozwarcie. Zdarza się, że na skutek tego zabiegu pojawia się wcześniak, który często jest żywy. A jednak – jak opowiada Jill Stanek – żadna z pielęgniarek ani żaden z lekarzy nie spieszy się, by ratować życie noworodka: „Nierzadko zdarza

się, że dzieci te żyją jeszcze godzinę lub dwie po zabiegu, a nawet dłużej. Jedno z nich żyło raz prawie osiem godzin”.

Maksimum tego, co gwarantuje szpital takiemu dziecku, to czynność zwana „zapewnieniem komfortu”, czyli przetrzymanie noworodka w ciepłym kocu do momentu śmierci, co trwa zazwyczaj kilka godzin. Pielęgniarka opowiada, jak pewnego wcześniaka w oczekiwaniu na zgon zawinięto w papierowy ręcznik i pozostawiono na blacie w brudowniku. Przez przypadek jednak ktoś wyrzucił go do śmieci. Gdy przetrząsano kosz w poszukiwaniu dziecka, wysunęło się ono z ręcznika i wypadło żywe na podłogę. Znow odłożono je na bok, by mogło umrzeć.

Dokumentacja zebrana przez Komisję Praworządności Kongresu USA nie pozostawia wątpliwości, że to, o czym opowiadała Jill Stanek, nie jest jakimś odosobnionym przypadkiem, ale regułą spotykaną w większości placówek medycznych, gdzie dokonuje się aborcji.

Podobnie dzieje się także w innych krajach. Rumuńska ginekolog Monica Campeanu, która dokonała osobiście ponad tysiąc aborcji, wspomina, że w szpitalu w Bukareszcie usunięte dzieci, które jeszcze żyły, kładziono na małej tacce przy toalecie, a przechodząc obok nich można było usłyszeć słabe kwilenie lub zobaczyć spowolniony ruch.

Rosyjski deputowany do Dumy Państwowej, doktor medycyny Władimir Szarapow w telewizyjnym programie „Parlamentskij czas” w 1998 roku przyznał,

że rutynową praktyką na oddziałach ginekologicznych szpitali w Rosji jest powodowanie zgonu dzieci, które przeżyły aborcję, w następujący sposób: nagiego noworodka kładzie się na parapecie, otwiera się na oścież okno i czeka aż dziecko umrze na skutek wyziębienia organizmu.

Komentując tego typu postępowanie, dwie rosyjskie psychoterapeutki Irina Miedwiediewa i Tatiana Szyszowa przypominają radziecki serial wojenny „Siedemnaście mgnień wiosny” z 1973 roku. W filmie jest scena, jak oprawcy z gestapo, chcąc wymusić zeznania na radiotelegrafistce Katii, zabierają jej noworodka, kładą go na parapecie, rozbierają z pieluszek i otwierają okno, za którym panuje mroźna zimowa pogoda. Zachowanie gestapowców odbierane było przez widzów i krytyków filmowych jako przykład skrajnego odczłowieczenia i bestialstwa, charakterystycznego dla zbrodniarzy hitlerowskich. Teraz okazuje się, że jest to czynność rutynowa i niemal powszechnie akceptowana przez personel medyczny.

Doktor Władimir Szarapow we wspomnianym już programie telewizyjnym opowiadał, że niekiedy w Rosji w inny sposób przyspiesza się zgon noworodka, który zamiast umrzeć podczas aborcji urodził się żywy. Najszybszą metodą jest wówczas włożenie dziecka głową w dół do wiadra z wodą.

Serbski ginekolog doktor Stojan Adašević z Belgradu przyznaje, że w komunistycznej Jugosławii topienie dzieci w wiadrze było często spotykaną praktyką

podczas „aborcji z żywym urodzeniem”. Wynikało to z faktu, że obowiązujące prawo uznawało człowieka za żywego dopiero od momentu wydania przez niego pierwszego okrzyku. Do tej chwili – nawet w sekundach poprzedzających poród – nie był on uznawany za istotę ludzką. Zadaniem lekarza było więc uniemożliwienie dziecku zaczerpnięcia powietrza i wydania okrzyku. Pod fotelem ginekologicznym stało wiadro z wodą, w którym błyskawicznie umieszczano noworodka, zatkawszy mu wcześniej usta dłonią.

„Świeży mózg” pilnie poszukiwany

Praktyką niewiele różniącą się od utopienia dziecka w wiadrze jest „aborcja przez częściowe urodzenie” (*partial birth abortion*), której przebieg w liście do Kongresu Stanów Zjednoczonych opisała pielęgniarka Brenta Shafer, pracująca w klinice aborcyjnej doktora Martina Haskella w Dayton:

„Haskell przyniósł urządzenie ultradźwiękowe i umieścił je u góry, tak aby widzieć dziecko. Na ekranie ultrasonografu widać było bijące serce. Obserwując ekran, wprowadził kleszcze i pochwycił nogi dziecka i wyciągnął je przez kanał porodowy. Następnie wyciągnął ramionka, aż po szyję. W tym momencie wewnątrz pozostawała jedynie główka dziecka. Ciało dziecka poruszało się. Jego małe paluszki plątały się. Machało nóżkami. Doktor Haskell wziął nożyce i wprowa-

dził je z tyłu głowy dziecka. Użył ich, a potem włożył rurkę aspiratora w otwór, wysysając mózg dziecka na zewnątrz. Widząc, jak to robi, prawie wymiotowałam. Potem Haskell wyciągnął główkę dziecka, obciął pępowinę i usunął łożysko. Wyrzucił dziecko do wiadra, razem z łożyskiem i narzędziami, których dopiero co użył. Widziałam konwulsje dziecka w wiadrze”.

W świetle obowiązującego w USA prawa tego typu „zabiegi” przez całe lata były legalne. Według oficjalnych danych, każdego roku w Stanach Zjednoczonych dokonywano ich kilkanaście tysięcy. Dwukrotnie – w 1995 i 1997 roku – republikanie, którzy mieli większość w Kongresie, przegłosowywali ustawę zakazującą „aborcji przez częściowe urodzenie”, ale dwukrotnie wetował ją ówczesny prezydent Bill Clinton. W roku 2000 stan Nebraska próbował zabronić tego typu procederu, ale Sąd Najwyższy USA (stosunkiem głosów 5 do 4) uchylił prawo stanowe i zezwolił na *partial birth abortion*.

Dopiero w listopadzie 2003 roku „aborcja przez częściowe urodzenie” została zakazana – najpierw stosowną ustawę przeforsował zdominowany przez republikanów Kongres, a następnie podpisał ją prezydent George W. Bush. W 2007 roku Sąd Najwyższy uznał w końcu (stosunkiem głosów 5 do 4), że zakaz *partial birth abortion* nie narusza Konstytucji Stanów Zjednoczonych. Zarazem jednak sędziowie sprecyzowali, że zabroniona jest tylko taka forma aborcji, gdy lekarz najpierw wyjmuje żywe dziecko z macicy, a następ-

nie je zabija. Dopuszczalna – według ich orzeczenia – jest natomiast taka metoda, gdy najpierw zabija się dziecko w łonie matki, a następnie wyciąga je na zewnątrz martwe (nawet jeśli aborcja ma miejsce w trzecim trymestrze ciąży – a więc w siódmym, ósmym lub dziewiątym miesiącu życia płodowego). Od tej pory amerykańscy lekarze, by być w zgodzie z prawem, wstrzykują do organizmu dziecka trującą substancję, np. silny lek nasercowy, a poród wywołują, kiedy dziecko jest już martwe.

Pewnym wytłumaczeniem częstotliwości dokonywania „aborcji przez częściowe urodzenie” może być fakt, że tkanki mózgu nienarodzonego dziecka wykorzystywane są przez przemysł farmaceutyczny lub kosmetyczny. Gdy lekarz wyciąga kleszczami rodzące się dziecko za nóżki, a następnie wbija nożyce chirurgiczne w rdzeń kręgowy u podstawy czaszki – ma możliwość wyssać jego mózg za pomocą próżnościągu do plastikowej torebki. Tkanka mózgowa jest wówczas nieskażona zgruchotanymi kawałkami czaszki i „świeża”, czyli pobrana od żyjącego jeszcze i zdrowego dziecka.

Tak zwana terapia fetalna (od łacińskiego słowa *foetus* oznaczającego płód) nie jest praktyką zupełnie nową. Debata, która odbyła się w szwedzkim parlamencie 15 grudnia 1971 roku, ujawniła, że w kraju tym już od 1954 roku wykorzystywano ciała nienarodzonych dzieci i tkanki płodowe do fabrykowania lekarstw. W latach siedemdziesiątych XX wieku Fundacja Kroca (m.in. dzięki funduszom pochodzącym z sieci McDonald's)

rozpoczęła próby nad użyciem ludzkich płodów do leczenia cukrzycy. Eksperyment zakończył się fiaskiem i w 1986 roku fundacja została rozwiązana.

Tkanki mózgowe dzieci stały się szczególnie poszukiwane na świecie po tym, jak w listopadzie 1992 roku „New England Journal of Medicine” po raz pierwszy zamieścił informację, jakoby tkanka nerwowa ludzkiego płodu była użyteczna w preparatach łagodzących objawy choroby Parkinsona. Później podobne doniesienia pojawiały się na temat leczenia udaru mózgu, choroby Alzheimera, paraplegii, stwardnienia rozsianego czy porażenia mózgowego. Rozpoczął się wówczas masowy handel mózgami dzieci poczętych, którego liderem zostały Chiny. Wieloletnie badania nie potwierdziły jednak skuteczności działania leków fetalnych. Ostatnio coraz częściej tkanki płodowe wykorzystują natomiast firmy kosmetyczne, produkując z nich specyfiki dające efekt odmłodzenia skóry.

Niedobór dziewczynek, nadmiar chłopców

Dzięki osiągnięciom współczesnej medycyny możliwe jest dziś utrzymanie przy życiu dziecka poza organizmem matki już w 21. tygodniu ciąży. Doktor Andriej Akopian, dyrektor Republikańskiego Centrum Reprodukcyjnego Człowieka w Moskwie, chwali się, że w Rosji „późne aborcje”, czyli dokonywane właśnie po 21. tygodniu, stanowią zaledwie 3 procent wszystkich

przypadków. Gdy jednak owe 3 procent przeliczymy na liczby bezwzględne, wówczas okaże się, że owo „zaledwie” dotyczy aż 90 tysięcy dzieci.

Są jednak państwa, w których „późnych aborcji” jest statystycznie znacznie więcej. Należą do nich m.in. Albania, Indie czy Chiny. W krajach tych powszechną praktyką jest uśmiercanie nienarodzonych dziewczynek, gdyż preferowani są mężczyźni potomkowie jako spadkobiercy rodu oraz pomoc fizyczna w domu i gospodarstwie. Dlatego używa się ultrasonografu, aby za jego pomocą rozpoznać płeć dziecka. Jeśli okaże się, że w łonie przebywa chłopiec, wówczas zachowuje się go przy życiu. Jeśli będzie to dziewczynka – zabija się ją. Ponieważ płeć na ekranie USG można rozpoznać dopiero w czwartym lub piątym miesiącu ciąży, niemal zawsze mamy do czynienia z „późnymi aborcjami”.

W Albanii przerywanie ciąży jest dopuszczalne prawnie tylko w pierwszych trzech miesiącach, ale zapis ten jest bez problemu omijany za pomocą fałszywych zaświadczeń o wieku dziecka. O tym, że zabijanie w ten sposób dziewczynek jest zjawiskiem masowym, przekonują oficjalne dane statystyczne. Otóż w kraju o prawidłowej strukturze demograficznej żyje zawsze więcej kobiet niż mężczyzn, tymczasem w Albanii mieszka o 6 procent więcej mężczyzn niż kobiet (i to pomimo olbrzymiej emigracji do innych krajów, w której przodują właśnie mężczyźni).

Z podobnym problemem borykają się też Indie, gdzie w XX wieku, według tamtejszego komisarza ds.

ludnościowych, zabito co najmniej 25 milionów dzieci – przed urodzeniem, w trakcie narodzin lub tuż po nich – tylko dlatego, że były płci żeńskiej. Doszło do sytuacji, w której rząd indyjski w 1996 roku wydał zakaz używania USG do określania płci dzieci nienarodzonych. Nie zahamowało to jednak procederu likwidowania dziewczynek. Dane statystyczne są alarmujące: w kraju na 1000 chłopców poniżej szóstego roku życia przypada 927 dziewczynek, zaś w niektórych regionach, zwłaszcza rolniczych, współczynnik ten jest jeszcze gorszy – 1000 chłopców na 754 dziewczynki. Demografowie ostrzegają, że będzie to w przyszłości poważny problem, gdyż dla wielu mężczyzn zabraknie kobiet, które mogłyby zostać ich żonami. Podobny problem panuje też w Chinach, gdzie już wkrótce zabraknie żon dla niemal 40 milionów młodych mężczyzn.

Ponad 50 milionów rocznie

Według danych Światowej Organizacji Zdrowia na kuli ziemskiej co roku przeprowadzanych jest ponad 50 milionów aborcji. Większość z nich jest dokonywana na dzieciach w pierwszym trymestrze, czyli do 13. tygodnia życia płodowego. Najczęściej wygląda to tak, że odpowiednim przyrządem rozszerza się szyjkę macicy, a następnie specjalnym nożem, zwanym kuretą, przebija się worek owodniowy, wycina łożysko i kawałkuje

razem z dzieckiem. Najtrudniej jest wyjąć ze środka główkę, dlatego najpierw się ją miażdży (Cecylia Krystyna Jankowska, pielęgniarka z Bydgoszczy, wspomina: „Człowiek słyszał, jak pękają miażdżone kostki, do dziś to pamiętam...”). Na końcu trzeba sprawdzić, czy z macicy zostały usunięte wszystkie części ciała dziecka, gdyż ich pozostawienie w organizmie matki mogłoby być groźne dla zdrowia kobiety.

W bardziej zaawansowanych technologicznie klinikach aborcyjnych używa się aparatów próżniowych, których końcówka rozrywa dziecko na kawałki, wysysając je z łona. Tego typu praktykę opisuje doktor Bernard Nathanson, w taki właśnie sposób uśmiercił on własne dziecko: „Wprowadziłem do pochwy ciężarnej wziernik Auvarda po uprzednim odkażeniu okolicy pochwy antyseptycznym roztworem. Następnie uchwyciłem szyjkę macicy dwoma kulociągami, zaaplikowałem roztwór leku mającego na celu obkurczenie macicy, tak abym mógł lepiej ocenić jej granice i uniknąć przebicia, dokonałem sondowania macicy (sonda to długi, cienki, stalowy przyrząd z zaznaczoną miarką, pokazujący, jak głęboko można bez obaw wprowadzać narzędzia), a potem rozszerzyłem szyjkę macicy za pomocą kalibrowanych metalowych rozszerzaczy. Kiedy szyjka osiągnęła żądane rozmiary, wprowadziłem do macicy pustą, plastikową rurkę i skinałem na pielęgniarkę, aby włączyła ssanie. Kiedy wskaźnik podciśnienia doszedł do pięćdziesięciu pięciu milimetrów, zacząłem wodzić

urką po wewnętrznych ścianach macicy, przyglądając się strzępkom tkanek pędzącym przezroczystą rurką ku torebce z gazy, skąd zostały następnie zabrane, poddane inspekcji i odesłane do laboratorium patologicznego dla potwierdzenia, że macica – by użyć naszego lekarskiego eufemizmu – została opróżniona”.

W ostatnim czasie zamiast aborcji chirurgicznej coraz bardziej rozpowszechniona staje się aborcja farmakologiczna, zwana też „aborcją domową”. Polega ona na zażyciu we wczesnej fazie ciąży odpowiedniego środka, który uśmierca płód w łonie matki, a następnie powoduje poronienie. Najczęściej dochodzi do tego w domu, a nie w klinice. Jak mówi Abby Johnson, była szefowa jednej z amerykańskich placówek aborcyjnych: „Aborcje medyczne mogą być bardzo niebezpieczne. Zdarzało się, że kobiety wykrawiały się na śmierć w wyniku tych podobno ‘bezpiecznych’ procedur domowych. Czasami (od 5 do 8 procent) aborcja się nie udaje i fragmenty dziecka pozostają w macicy kobiety. Kiedy do tego dochodzi, kobieta musi i tak przejść aborcję chirurgiczną. Jeśli jednak w tym wypadku kobieta nie zgłosi się do lekarza, może rozwinąć się bardzo poważna infekcja zakończona śmiercią. Aborcji medycznej towarzyszy silne krwawienie. Skrzepy krwi mogą występować do ośmiu tygodni. Niektóre kobiety wydalają skrzepy krwi wielkości cytryn przez wiele tygodni. Mdłości, gorączka, wymioty, dreszcze, stany przedomdleniowe to częste skutki uboczne aborcji medycznej”.

Kiedy zaczyna się życie?

Z biologicznego punktu widzenia nie ma najmniejszych wątpliwości, że życie ludzkie zaczyna się w momencie poczęcia. To kwestia nie wiary, lecz wiedzy. Do tego momentu istnieją dwa niezależne od siebie elementy: komórka jajowa kobiety i plemnik mężczyzny. Od chwili ich połączenia (czyli poczęcia) powstaje nowa, unikalna istota ludzka, która posiada swój własny niepowtarzalny genotyp.

Już w 1940 roku wybitny naukowiec George W. Corner, który jako pierwszy wyizolował i zidentyfikował żeński hormon progesteron, pisał: „Zapłodnienie jaja przez nasienie jest jednym z najwspanialszych cudów natury, wydarzeniem, w którym niezwykle małe drobinki życia są popychane przez siły kosmiczne ku swemu przeznaczeniu – ku rozwojowi żywej istoty ludzkiej. Widowiskowość tego cudu można porównać jedynie z zaćmieniem Słońca lub wybuchem wulkanu. Jest to kataklizm najbardziej powszechny i najbliższy nam, a przy tym tak rzadko oglądany, ponieważ dokonuje się w świecie, którego większość ludzi nigdy nie zobaczy – w świecie zjawisk mikroskopowych”.

„Wszyscy ludzie są istotami ludzkimi od momentu poczęcia”, pisał jeden z największych genetyków XX wieku profesor Jérôme Lejeune. „Suma indywidualnych cech charakterystycznych dla każdego człowieka, jak kolor włosów, oczu, talenty i predyspozycje, jest zdeterminowana w tym właśnie momencie”.

Są jednak osoby, które – wbrew nauce – twierdzą coś innego. „Aborcja to nie zabicie istoty ludzkiej, a tylko powstrzymanie bezkształtnego zleпка komórek od uformowania się w niepożądaną istotę ludzką”, mówiła w 1973 roku Gisèle Halimi, jedna z francuskich feministek, które stały na czele ruchu na rzecz legalizacji aborcji. Od przedstawicieli tego typu środowisk najczęściej można usłyszeć opinie, że dziecko poczęte to nie człowiek, lecz „zlepek komórek”, „masa cieleśna”, „skrzep krwi” czy „rodzaj nowotworu w jamie brzusznej”. Pojawiają się nawet twierdzenia, że jest on „quasi-objektem”, którego status można porównać z genetycznie modyfikowaną żywnością, wirusami, bakteriami czy rozrusznikiem serca.

Jednak naukowcy, którzy zajmują się zawodowo badaniem życia płodowego człowieka, mają odmienne zdanie. Embriolog z Akademii Medycznej w Luizjanie Jerome Gasser nie ma wątpliwości, że „istota ludzka nigdy nie jest bezładną masą protoplazmy lub komórek”. Z podobnym przekonaniem wypowiadał się francuski biolog Jean Rostand: „Cały człowiek tkwi już w tym zapłodnionym jaju; cały człowiek ze wszystkimi swoimi możliwościami”. Profesor Hymie Gordon z kliniki Mayo nie ma wątpliwości: „Zgodnie ze wszystkimi kryteriami współczesnej biologii molekularnej życie jest obecne od momentu poczęcia”.

Już zygota, a więc zapłodniona komórka jajowa w pierwszych trzydziestu godzinach swego istnienia, jest tak zaprogramowana, że zawiera w sobie wszyst-

kie informacje na temat własnego rozwoju. Współczesna genetyka mówi o ponad 100 tysiącach specyfikacji skodyfikowanych w genach chromosomów owej istoty. Oblicza się, że potrzeba byłoby 40 tysięcy tomów książek, by opisać program genetyczny zawarty w jednym zaledwie embrionie. Jest on systemem skończonym i zamkniętym: z zewnątrz nie przybędzie żadna nowa komórka, nie zostanie dostarczona żadna nowa informacja. Będzie budował się sam z siebie z materiałów dostarczanych przez krew matki. By móc rosnąć, będzie potrzebował jedynie trzech rzeczy: czasu, tlenu i pokarmu.

Już od pierwszych chwil swojego istnienia nowy byt rozwija się sam z siebie dzięki samosterującym procesom wzrostu. Pierwsze dwa tygodnie okresu płodowego to istna eksplozja życia. To czas najszybszego rozwoju osobniczego człowieka. Dość powiedzieć, że gdybyśmy przez cały okres prenatalny rośli w takim tempie, jak przez pierwsze dwa tygodnie, to każdy z nas w chwili urodzin musiałby ważyć 13 tysięcy kilogramów.

Dziecko w łonie matki, choć ściśle z nią złączone, jest jednak bytem odrębnym od niej. Może mieć inną płeć lub odmienną grupę krwi. Już między osiemnastym a dwudziestym piątym dniem od poczęcia zaczyna bić jego serce. Ukształtowane są wtedy zręby układu nerwowego. W czwartym tygodniu ma tułów, główkę i kończyny. Najnowsze urządzenia zarejestrowa-

ły pracę fal elektromagnetycznych wysyłanych przez mózg dziecka już w szóstym tygodniu. Wiadomo, że w tym czasie zdolne jest ono odczuwać ból. Już wówczas jego żołądek wydziela soki trawienne, a nerki usuwają kwas moczowy z krwi. Mózg i wszystkie układy anatomiczne są obecne w ósmym tygodniu. W dziewiątym tygodniu dziecko już zaciska piąstki, ziewa, obraca oczami, w jedenastym tygodniu – ssie kciuk. Pod koniec trzeciego miesiąca jego wzrost wynosi około 10 centymetrów, a waży około 30 gramów.

W 1999 roku cały świat obiegiło zdjęcie wykonane przez amerykańskiego fotoreportera Michaela Clancy'ego podczas operacji prenatalnej 21-tygodniowego dziecka Samuela Armasa. Na fotografii widać wyraźnie, jak chłopiec wyciąga swą rączkę przez otwór chirurgiczny w macicy i zaciska dłoń na palcu doktora Josepha Brunera, który dokonywał operacji rozszczepionego kręgosłupa. Dzięki temu zabiegowi cztery miesiące później, 28 grudnia 1999 roku, dziecko urodziło się zdrowe i sprawne.

Michael Clancy, który zrobił to zdjęcie, do tamtego momentu był zwolennikiem aborcji i uważał prawo do przerywania ciąży za oczywistość. Gdy na własne oczy zobaczył, że 21-tygodniowe dziecko w łonie matki jest człowiekiem, w jednej chwili zmienił zdanie. Poraził go fakt, że w tym samym czasie w USA dokonywano rocznie 15 tysięcy aborcji na dzieciach powyżej 21. tygodnia ciąży. Dziś Clancy opowiada się zdecydowanie

za ochroną życia nienarodzonych, a swoje przeżycia i przemyślenia opisał w książce pt. „Ręka nadziei: kulisy historii zdjęcia”.

Czy każdy człowiek to osoba?

Wraz z rozwojem genetyki oraz wiedzy medycznej o życiu płodowym niemożliwe stało się – dla ludzi trzymających się faktów biologicznych – dalsze kwestionowanie człowieczeństwa płodu. Żeby usprawiedliwić aborcję, zaczęto więc kwestionować osobową godność dziecka poczętego. Obecnie nie zaprzecza się już, że płód w łonie kobiety jest istotą ludzką, natomiast podważa się jego status jako osoby. Ciężar dyskusji przesuwają się więc na pytanie, czy dziecko nienarodzone jest osobą, a zatem czy posiada taki sam status prawny i moralny, jak człowiek już po urodzeniu.

Zwolennicy aborcji uważają, że dziecko w łonie matki, choć jest istotą ludzką, nie jest jeszcze osobą. Tym samym zamieniają spór naukowy w spór światopoglądowy. O ile bowiem na gruncie nauk empirycznych można bez problemu udowodnić, że dziecko poczęte jest *człowiekiem*, o tyle udowodnienie, kto zasługuje na miano *osoby*, a kto nie, wykracza już poza dziedzinę biologii i musi odwoływać się do założeń metafizycznych. Pisze o tym zresztą wprost jedna z promoterek aborcji Mary Ann Warren, która stwierdza, że sama przynależność do gatunku ludzkiego nie gwarantuje

jeszcze ani statusu osoby, ani wynikającej stąd ochrony prawnej.

W ten sposób ze świata naukowej pewności przechodzimy do świata światopoglądowych założeń i arbitralnych rozstrzygnięć. Dopiero wtedy możliwe staje się pytanie: dlaczego dziecko nienarodzone nie może być osobą?

Na to pytanie nie ma jednej obowiązującej odpowiedzi. Zwolennicy aborcji głoszą wiele różnych teorii negujących osobowy status ludzkiego płodu. Na przykład Bonnie Steinbok uważa, że warunkiem koniecznym bycia osobą musi być odrębność interesów, zaś płód nie może zgłaszać swych roszczeń natury moralnej. Z kolei Michael Tooley wyszczególnia liczbę aż czternastu cech, których występowanie jest nieodzowne, aby człowiek mógł zyskać godność osoby. Są to: zdolność odczuwania przyjemności i bólu, zdolność odczuwania pragnień, zdolność przypominania sobie wydarzeń z przeszłości, zdolność żywienia oczekiwań na przyszłość, świadomość upływu czasu, właściwość bycia jednolitą świadomą jaźnią, odczuwanie czystego „ego”, zdolność do samoświadomości, zdolność tworzenia hipotez, zdolność przeżywania wydarzeń myślnych, zdolność rozumowania, zdolność rozwiązywania zadań, zdolność posługiwania się mową i nawiązywania kontaktu z innymi.

Problem z tego typu definicją polega na tym, że wówczas kryteriów bycia osobą nie spełniałyby nie tylko dzieci nienarodzone, ale również noworodki.

Przyznaje to zresztą sam Tooley, tyle że dla niego nie stanowi to problemu: „ani aborcja, ani dzieciobójstwo, w każdym razie w pierwszych tygodniach od narodzenia, nie jest niemoralne”.

Konsekwentne negowanie osobowego statusu płodu musi prowadzić do przyjęcia, że także noworodek nie jest w pełni osobą. Zgadza się z tym zresztą niektóre autorytety współczesnego świata. Na przykład Francis Crick, odkrywca struktury molekularnej DNA i laureat Nagrody Nobla z medycyny w 1962 roku, proponował, by w ciągu 48 godzin po urodzeniu rodzice mogli decydować, czy dziecko zasługuje na dalsze istnienie, czy należy je pozbawić życia. Podobne poglądy głosi współcześnie jeden z najbardziej wpływowych bioetyków na kuli ziemskiej, australijski naukowiec Peter Singer, który pisze: „Jeśli płód nie ma takiego samego roszczenia do życia jak osoba, okazuje się, że nowo narodzone niemowlę nie ma go również”. On sam rozciąga możliwość dokonania dzieciobójstwa na okres kilku pierwszych miesięcy życia.

Jeżeli przyjmiemy, że osobami nie są wszyscy ludzie, lecz tylko ci, którzy spełniają pewne określone kryteria (takie jak choćby te ustalone arbitralnie przez Singera, Tooleya czy Warren), to okaże się, iż na to miało nie zasługuje także dzieci do trzeciego roku życia, ludzie chorzy psychicznie, ofiary wypadków pozostające w śpiączce czy cierpiący na chorobę Alzheimera. Jak zauważał Bernard Nathanson: „Szczerze mówiąc,

kiedy mam zły dzień, wcale nie jestem pewien, czy spełniam wszystkie wymagania, by móc się nazywać ‘osobą’”.

Jeśli uznamy, że przynależność do gatunku ludzkiego nie jest wystarczającym warunkiem, by być uznany za osobę, wówczas decydowanie o tym, kogo wykluczamy ze wspólnoty ludzi, pozostawiamy w rękach autorów nowych definicji człowieczeństwa. Oni zaś całkowicie arbitralnie będą decydować, kto zostanie pozbawiony praw moralnych i ochrony związanej z ludzką godnością.

Najwyraźniej widać to w ustawodawstwie krajów dopuszczających legalność aborcji. Otóż prawo francuskie (ustawa Veil-Pelletier), niemieckie (paragraf 218), włoskie (ustawa nr 194) czy amerykańskie (wyrok Sądu Najwyższego w sprawie *Roe versus Wade*) stwierdzają wyraźnie, że płód jest istotą ludzką, jednak w pewnym okresie jego życia zostaje wyjęte spod ochrony prawnej państwa. Sędzia Sądu Najwyższego USA Harry Blackmun, uzasadniając w 1973 roku wyrok legalizujący aborcję w Stanach Zjednoczonych, przyznał, że sędziowie musieli zbilansować dwie racje – prawo dziecka do życia i prawo matki do aborcji – i dlatego wskazali arbitralnie na okres między 16. a 18. tygodniem ciąży jako moment, w którym można uśmiercić dziecko w łonie matki bez sankcji karnych. Decyzja ta była sprzeczna z dziedzictwem prawodawstwa rzymskiego, a co za tym idzie – z całą tradycją świata zachodniego.

Kiedy bowiem na jednej szali kładzie się ludzkie życie, nie można przywoływać argumentu konfliktu wartości, gdyż prawo do życia jest ważniejsze od innych, nawet najbardziej słusznych praw.

Sędzia Blackmun stwierdził wyraźnie, że wybór takiego a nie innego okresu życia prenatalnego nie wynikał z żadnych przesłanek naukowych. Współczesna wiedza udowadnia jednoznacznie, że proces rozwoju istoty ludzkiej jest ciągły od chwili poczęcia i nie można znaleźć żadnego innego momentu, w którym rozpoczynałoby się życie człowieka. Tak więc decyzja o wskazaniu okresu między 16. a 18. tygodniem była czysto ideologiczna. Zresztą w różnych krajach aborcja dopuszczalna jest w różnych fazach ciąży, np. w Wielkiej Brytanii można ją dokonać legalnie aż do 24. tygodnia.

Jedynym sposobem, by uniknąć arbitralności w określaniu, którzy ludzie nie są osobami, a więc nie mają prawa do życia, jest ponowne połączenie owych dwóch pojęć – „osoby” i „człowieka” – które zostały sztucznie rozdzielone. Jak pisze niemiecki myśliciel Robert Spaeman: „Może istnieć tylko jedno kryterium bycia osobą: biologiczna przynależność do gatunku ludzkiego. Dlatego też początku i końca istnienia osoby nie można oddzielać od początku i końca ludzkiego życia. Jeśli ‘ktoś’ istnieje, to istniał, od kiedy zaistniał ten indywidualny ludzki organizm, i będzie istnieć tak długo, jak długo ten organizm jest żywy. Byciem osoby jest życie człowieka”.

Samoświadomość abortera

Rosyjskie psycholożki Irina Miedwiediewa i Tatiana Szyszowa piszą, że dziś los ludzkości spoczywa w rękach lekarzy. Nawet jeśli ich twierdzenie jest przesadą, prawdą pozostaje fakt, że to właśnie przedstawiciele nauk medycznych często decydują o życiu lub śmierci wielu z nas. Z danych Światowej Organizacji Zdrowia wynika, że w ciągu ostatnich kilkudziesięciu lat na naszym globie dokonano grubo ponad miliard aborcji. Niemal za każdym takim przypadkiem unicestwienia ludzkiej istoty stał konkretny człowiek w białym kitlu.

Co myśleli ginekologowie, którzy dokonywali aborcji? Przecież ich powołaniem powinno być pomaganie w rodzeniu się nowego życia, a nie jego odbieranie. Doktor Stojan Adašević z Belgradu, który dokonał osobiście kilkadziesiąt tysięcy aborcji, opowiada, że przez wiele lat był przekonany, iż wykonuje zwyczajny zabieg chirurgiczny podobny do innych operacji. W akademii medycznej uczono go bowiem, że usuwa jedynie z organizmu kobiety część jej ciała, tak zwaną tkankę ciążową.

Podobne wykształcenie uzyskał doktor Bolesław Piecha, który skończył studia w 1981 roku. Także jego uczono, że dziecko, które rozwija się w macicy, nie jest człowiekiem, lecz tkanką, trofoblastem, zygotą, embriem, płodem. Na wydziałach lekarskich w PRL-u nie prowadzono zajęć z bioetyki, ani nie mówiono o żadnych moralnych aspektach przerywania ciąży. „Żeby dokonywać aborcji, trzeba było przyszłych lekarzy od-

humanizować, odczytać ich empatii. Myśmy wtedy dziecka nie widzieli, bo zdobywcze techniki, takie jak USG, pojawiły się później. Ale widzieliśmy efekty masowo przeprowadzanych tak zwanych zabiegów przerywania ciąży”, opowiadał w jednym z wywiadów Piecha.

Doktor Monika Campeanu z Bukaresztu wspomina: „Za pierwszym razem, kiedy patrzyłam, jak wykonuje się zabieg aborcji, nie wytrzymałam, musiałam opuścić pomieszczenie i zemdlałam. Powiedziałam sobie, że nie będę lekarzem ginekologiem. Ale z czasem straciłam wrażliwość i później nie dokonywałam już żadnych powiązań pomiędzy aborcją a ludzkim życiem, nauczyłam się ‘pracować’ fachowo. O kobietach nie myślałam. Byłam przekonana, że to, co robię, jest dobre, że pomagam im. Tylko to miałam w głowie. Kobiety nie muszą mieć dzieci, jeśli tego sobie nie życzą. Miałam wrażenie, że kobiety są ofiarami mężczyzn, że cały ciężar spoczywa na ich barkach. A gdy mężczyzna nie przyjmuje na siebie odpowiedzialności, wówczas kobieta nie ma innego wyjścia – musi usunąć ciążę. Zgłasza się do lekarza, a ten powinien jej pomóc pozbyć się ciężaru. Tak sądziłam wówczas. I myliłam się. Poniekąd odseparowałam wówczas życie od procedury medycznej. Byłam robotem, który miał wykonać wszystko wedle określonych prawideł”.

Jednym z momentów, które wracają najczęściej we wspomnieniach Moniki Campeanu, jest charakterystyczny odgłos, który męczy ją do dziś: „Zabieg jest prawidłowo wykonany, jeśli na koniec słychać dźwięk, który

w języku medycznym określa się jako wołanie, krzyk macicy. Po francusku nazywa się to *cri de l'utérus...* w rzeczywistości jest to płacz, płacz macicy – to samo ciało kobiety płacze za płodem. Podczas studiów uczyliśmy się tego, lecz nie dokonywaliśmy powiązań między słowami, między znaczeniami tych słów”.

Bernard Nathanson, kiedy po latach odtwarzał obraz samego siebie z czasów, gdy masowo dokonywał aborcji, kreślił wizerunek człowieka pozbawionego jakichkolwiek rozterek moralnych, przekonanego, że wyświadcza ludziom dobro, a przede wszystkim dumnego z powodu własnej sprawności zawodowej: „To, co wtedy czułem w mojej zgłodniałej, pustej, biednej duszy, musiało bardzo przypominać rosnącą satysfakcję Adolfa Eichmanna, widzącego, jak zgodnie z jego planem pociągi wiozące Żydów do obozów zagłady, odchodzą i przychodzą punktualnie, napędzając maszynę zniszczenia z istic teutońską dokładnością. Usuwałem dzieci moich przyjaciół, kolegów z pracy, przypadkowych znajomych, a nawet nauczycieli. Nigdy nie odczuwałem bodaj cienia wątpliwości i nigdy nie zachwiałem się w przekonaniu, że oddaję wielką przysługę tym, którzy szukają u mnie pomocy”.

Były sytuacje, gdy Nathanson dokonywał aborcji dziecka w 23. tygodniu ciąży, a następnie przechodził na inne piętro tego samego szpitala, by przyjąć tam poród dziecka także w 23. tygodniu.

Mówi Monika Campeanu: „To jest pytanie, na które nikt chyba nie znalazł odpowiedzi: jak to jest możli-

we, by lekarz wykonał aborcję, a kilka minut później szedł na salę porodową, żeby pomóc przyjść na świat innemu dziecku – i nie kojarzył tych dwóch wydarzeń? Jak to możliwe, by myślał, że w obu przypadkach postąpił dobrze – zarówno zabijając dziecko, jak i pomagając mu się urodzić? Jedyne sensowne odpowiedzi to postępujące odczłowieczenie lekarza. Tak się niestety dzieje. Jesteśmy przygotowywani, by stać się maszynami, robotami, by zareagować tylko na to, co jest od nas wymagane. Powiedziałabym, że medycyna staje się komercyjna. To, że ktoś jest doceniony, ma dobrą reputację, dobrze zarabia i ma dużo pacjentów, staje się najważniejsze. Wtedy wszystkie pozostałe rzeczy można zanegować. Lekarz się komercjalizuje i robi to, co mu się każe. Za wszystko jednak trzeba kiedyś zapłacić. Nie wiem, czy to przypadek, ale bardzo wielu moich kolegów ginekologów źle skończyło. Zginęli w strasznych okolicznościach bądź stali się alkoholikami. Inni mają dużo osobistych problemów. Myślę, że dzieje się tak z powodu aborcji”.

O swoim odczłowieczeniu opowiada też Joan Appleton, była szefowa pielęgniarek w jednej z klinik aborcyjnych w Wirginii, która po odejściu z zawodu musiała – jak sama to nazywa – przejść „proces rehumanizacji”. Jej zdaniem podczas aborcji najpierw dokonuje się odczłowieczenie małej istoty ludzkiej w łonie matki, ale kolejnym etapem jest odczłowieczenie samego siebie.

Bolesław Piecha wspomina, że dokonując aborcji, powtarzał sobie, iż usuwa tkankę, zarodek czy trofo-

blast, ale łyżeczkując macicę, widział przecież wyraźnie rączki, nóżki, główkę. W jednym z wywiadów wyznaje: „Żeby jakoś pokonać ten dysonans i zarazem nie zwariować, piję wódkę i robię się coraz bardziej ostry, czasem brutalny. Krzyczę na pacjentki, jakbym chciał przerzucić na nie winę za to, że muszę przeprowadzać zabiegi. Że przyszło mi sprzątać po ich seksualnych ekscesach. Pozwalam sobie nawet na jakieś makabryczne żarty... Chcę pokazać, jaki jestem twardy, zdecydowany, bez wątpliwości. Maskę na twarz i robić swoje. Oto racjonalnie myślący materialista, który wszystko zniesie”.

Badania przeprowadzone przez kanadyjskiego naukowca, profesora Philipa Neyę, wskazują, iż wielu aborterów cierpi na zespół dolegliwości zwany syndromem poaborcyjnym. Potwierdza to także praktyka zawodowa polskich psychoterapeutów, m.in. Witolda Simona czy Andrzeja Winklera. Nigdy bowiem uśmiercanie ludzi nie pozostaje bez konsekwencji dla zdrowia psychofizycznego.

Syndrom poaborcyjny

Badania dotyczące syndromu poaborcyjnego (*Post Abortion Syndrom*) są dosyć świeżej daty, co wynika z tego, że przerywanie ciąży na masową skalę jest zjawiskiem stosunkowo niedawnym, obejmującym kilka ostatnich dziesięcioleci. Pierwszym krajem, w którym

usankcjonowano aborcję na życzenie, był Związek Sowiecki pod rządami Lenina. Później proceder ten zalegalizowany został przez Hitlera na terytoriach podbitych przez Trzecią Rzeszę. W państwach komunistycznych aborcja z przyczyn społecznych stała się legalna po II wojnie światowej, np. w 1953 roku na Węgrzech, w 1956 w Polsce, a w 1957 w Czechosłowacji. Dopiero po krajach totalitarnych podobną drogą podążyły demokracje zachodnie – w 1968 roku Wielka Brytania, w 1973 Stany Zjednoczone, w 1975 Austria, w 1976 Republika Federalna Niemiec, w 1978 Włochy.

W wielu krajach syndrom poaborcyjny nie figuruje jeszcze w rejestrach jako odrębna jednostka chorobowa, lecz najczęściej wpisywany jest do kategorii tzw. zespołu stresu pourazowego, który może pojawić się, gdy człowiek doświadczy jakiegoś traumatycznego przeżycia, np. utraty bliskiej osoby. Nie zmienia to jednak faktu, że powstała już rzetelna i bogato udokumentowana literatura naukowa na temat konsekwencji aborcji dla zdrowia kobiet. Wynika z niej niezbicie, że ginekolodzy, którzy przerywają ciążę, działają nie tylko na szkodę poczętych dzieci, pozbawiając je życia, lecz także na szkodę matek, powodując poważne uszczerbki na ich zdrowiu fizycznym i psychicznym.

Syndrom poaborcyjny po raz pierwszy został zdefiniowany przez dwoje amerykańskich naukowców: Ann Speckland i Vincenta Rue. Na początku ich diagnoza spotykała się z niedowierzaniem w środowisku lekarskim, z czasem jednak zgromadzony materiał em-

piryczny stał się tak bogaty, że nowa jednostka chorobowa znalazła drogę do podręczników diagnostyki zaburzeń psychicznych.

Poważne badania nad syndromem poaborcyjnym zaczęły się stosunkowo niedawno, bo dopiero w latach osiemdziesiątych XX wieku. Wynikało to z kilku przyczyn. Po pierwsze, w większości krajów zachodnich aborcja była przez długi czas zakazana. Trudno było więc badać skutki czynu, który w świetle prawa pozostawał nielegalny, i do którego kobiety wołały nie przyznawać się nawet przed lekarzami.

Po drugie, dopiero legalizacja aborcji spowodowała, że zjawisko, które jeszcze pół wieku temu było zjawiskiem marginalnym, stało się fenomenem ogólnoświatowym. Wynika to z faktu, że proceder aborcji przybrał rozmiary globalne. Według danych Światowej Organizacji Zdrowia, rocznie na świecie dokonuje się ponad 50 milionów aborcji. Na skutek tego masowym problemem stały się też urazy poaborcyjne.

Po trzecie, co podkreślają psychologowie i psychoterapeuci, destrukcyjne skutki aborcji ujawniają się nie natychmiast po jej dokonaniu (wtedy dominuje poczucie ulgi), ale w dłuższej perspektywie czasowej, nawet po upływie kilku lat.

Po czwarte zaś syndrom poaborcyjny jest trudny do zdiagnozowania, ponieważ może przejawiać się na wiele różnych sposobów i bardzo często lekarze koncentrują się na leczeniu objawów choroby, zamiast sięgnąć do jej przyczyn.

Nie ma jednego wspólnego modelu dla wszystkich przypadków zespołu poaborcyjnego. Jest to raczej kompleks wielu symptomów, które nie muszą występować wszystkie naraz i od razu w maksymalnym natężeniu. Każdy organizm kobiecy reaguje bowiem na przerwanie ciąży inaczej, co zależy m.in. od liczby i przebiegu ciąż, od przebiegu aborcji czy od temperamentu i charakteru kobiety. Zawsze mamy jednak do czynienia z brutalną, nie mającą precedensu w świecie przyrody, agresją w funkcjonowanie organizmu. Nikt nigdy nie dowiódł korzyści, jakie dla zdrowia kobiety niesie aborcja, dysponujemy natomiast niezliczoną liczbą relacji o jej niszczącym wpływie na sferę cielesną, psychiczną i duchową człowieka.

Wśród fizycznych skutków aborcji najczęściej wymienia się krwawienia, infekcje i uszkodzenia macicy, a także nowotwór szyjki macicy i jajnika. Zwiększa się też o 30 procent ryzyko zachorowania na raka piersi. Wiedeńska psycholog doktor Rosa Stummer tłumaczy to następująco:

„Pod koniec pierwszego trymestru ciąży, kiedy przeprowadzane są aborcje, koncentracja estrogenów we krwi przekracza wielokrotnie ich średni poziom. Taka koncentracja nie występuje nigdy w zwykłym cyklu, ani nawet w wypadku poronienia. Estrogeny powodują, że komórki w piersiach zaczynają rosnać i dzielić się, co nazywa się w języku medycznym proliferacją. Komórki te są jeszcze niezróżnicowane, niewyspecjalizowane, a wiemy, że takie komórki łatwiej mogą dege-

nerować się. Przy normalnym przebiegu ciąży, w trzydziestym drugim tygodniu, te gruczoły zaczynają się różnicować, tzn. powstają kanaliki mleczne, co znakomicie chroni kobiety przed rakiem piersi. Jeśli aborcji dokonano podczas pierwszego trymestru ciąży, szansa powstania raka piersi jest bardzo wysoka, szczególnie w przypadkach, jeśli rak występował już w rodzinie lub jeśli dziewczyna jest młoda, a później używa jeszcze takich środków, jak np. pigułki antykoncepcyjne”.

Jak pisze w swej pracy naukowej doktor Witold Simon, kobiety po aborcji mają więcej kłopotów ze zdrowiem niż te, które jej nie dokonały – nie tylko czterokrotnie częściej wymagają interwencji ginekologa, lecz również częściej cierpią na anoreksję, bulimię, astmę czy inne choroby.

Wśród objawów psychosomatycznych najczęstszymi następstwami aborcji są z kolei zaburzenia seksualności, niezogniskowane, przewlekłe bóle brzucha, migreny, zaburzenia snu czy koszmary nocne.

Jeszcze dłuższa jest lista skutków psychicznych. Znajdują się na niej m.in.: depresja, poczucie wewnętrznej pustki i emocjonalnej śmierci, stany lękowe, zachwiane poczucie własnej wartości, brak zaufania do samej siebie, poczucie zniechęcenia i beznadziei, tendencje autoagresywne. Według różnych badań, od 56 do 65 procent kobiet w ciągu pięciu lat od usunięcia dziecka przejawia skłonności samobójcze. Kobiety po aborcji pięć razy częściej uzależniają się też od alkoholu i dwa razy częściej od nikotyny niż te, które nie

miały takich doświadczeń. Ich chroniczne dolegliwości psychiczne często powodują załamanie się układu odpornościowego, a to zwiększa podatność na różne choroby, m.in. nowotwory. Aborcja wyostrza też przebieg dotychczasowych chorób, zwłaszcza depresji, schizofrenii i zaburzeń nerwicowych. O ile psychiatrycznie leczy się 3 procent ogółu ludności, to wśród kobiet po aborcji odsetek ten wynosi aż 25 procent.

Kobiety, które przerwały ciążę, często mają później problemy z nawiązaniem emocjonalnego kontaktu ze swoim dotychczasowym partnerem (większość związków po aborcji rozpada się) oraz ze swoimi dziećmi (najczęściej są nadopiekuńcze i mają wobec dzieci zbyt wygórowane oczekiwania, które gdy nie są spełniane, rodzą gniew i frustrację – o ile 65 procent matek po aborcji stosuje przemoc wobec własnych dzieci, o tyle wśród matek bez tego doświadczenia odsetek ten wynosi 35 procent).

Badania dowiodły, że także wielu ojców, których dzieci zostały zabite w okresie płodowym, cierpi na syndrom poaborcyjny, choć nie przejawia się on w tak ostrej formie jak u kobiet. Dotyczy to także rodzeństwa, które pozostało przy życiu. Obserwuje się u nich podobne problemy psychologiczne jak u równolatków, którzy przeżyli klęski żywiołowe, katastrofy lub śmierć bardzo bliskiej osoby. Jeden z prekursorów badań nad zespołem poaborcyjnym, kanadyjski doktor Phillip Ney, opisywał przypadek siedmioletniego pacjenta, którego dręczył ten sam powtarzający się nocny kosz-

mar – we śnie szedł z trojgiem rodzeństwa pobawić się nad rzekę, nagle piaszczysty brzeg zawalił się i trójka jego rodzeństwa utonęła. Chłopiec był jedynakiem i nie wiedział, że jego matka usunęła troje dzieci.

Psychiki nie można przekupić

Kobiety z syndromem poaborcyjnym, jeśli trafiają do lekarza ze swoimi problemami, często słyszą diagnozę, że cierpią na nerwicę natręctw, depresję lub inną dolegliwość. Rutynowe w takim wypadku leczenie najczęściej nie pomaga. Dopiero gdy zostanie odkryte właściwe źródło cierpień – czyli aborcja – możliwy staje się proces uzdrowienia. W wielu krajach świata działają psychoterapeuci specjalizujący się w leczeniu właśnie tego typu syndromu. Powstał nawet Międzynarodowy Instytut Terapii i Badania Strat związanych z Ciążą i Przemocą wobec Dzieci (IIPLCARR), który zajmuje się pomocą kobietom z tego rodzaju zaburzeniami.

Problem stał się na tyle powszechny, że nawet popularne czasopisma kobiece, które raczej nie występują otwarcie przeciwko aborcji, zaczęły poruszać temat syndromu poaborcyjnego. Niektóre z nich publikują nawet wstrząsające listy matek do swoich nienarodzonych i uśmierconych dzieci. Tego typu świadectw nie sposób zanegować. W związku z tym środowiska proaborcyjne próbują takie relacje poddać własnej re-

definicji. Na przykład Biuletyn Federacji na rzecz Kobiet i Planowania Rodziny przyznaje, że „syndrom się zdarza”, ale bardzo rzadko, a i tak wszystko zależy od przyjętej interpretacji.

Podobną wymowę miał opublikowany w 2004 roku w „Wysokich obcasach” artykuł, z którego wynikało, jakoby źródłem syndromu poaborcyjnego miało być nie tyle samo zabicie dziecka, ile raczej związane z przerwaniem ciąży poczucie winy, narzucone kobiecie przez tradycję religijną i kulturową. Na zespół poaborcyjny – zgodnie z taką interpretacją – miałyby się więc skarżyć głównie osoby wierzące, które nie są w stanie pogodzić swego czynu z wyznawaną religią. Wniosek, jaki nasuwał się po lekturze tego materiału, był oczywisty: żeby uwolnić kobietę od syndromu poaborcyjnego, należy pozbawić ją dręczącego poczucia winy, którego źródłem jest religia. W przypadku Polski, rzecz jasna, chodzi o katolicyzm, który surowo osądza aborcję, niezmiennie przykładając do niej piąte przykazanie Dekalogu: „nie zabijaj”.

Jeśli przedstawiona w „Wysokich obcasach” teza o kulturowych uwarunkowaniach zespołu poaborcyjnego jest prawdziwa, to jak w takim razie wytłumaczyć fakt, że kilkadziesiąt procent Japonek cierpi na ten syndrom, mimo że dominująca tam religia szintoistyczna nie uważa aborcji za grzech, a nawet zezwala na jej wykonywanie? Poza tym – jak twierdzi doktor Rosa Stummer – większość pacjentek, które trafiają do

niej z syndromem poaborcyjnym, jest niewierząca lub poszukująca. Wszyscy zajmujący się tym problemem psychologowie są zresztą zgodni, że doświadczanie negatywnych skutków aborcji nie zależy ani od wyznania, ani od światopoglądu, ani od wrażliwości moralnej. Ich zdaniem cierpienie kobiety jest po prostu naturalną reakcją, wynikającą z zerwania fizjologicznej i psychologicznej więzi z poczętym dzieckiem.

Jako przykład tego, że nie trzeba być osobą religijną, by cierpieć na syndrom poaborcyjny, może służyć przypadek pisarki Karin Struck – czołowej przedstawicielki pokolenia '68 w niemieckiej literaturze. Swoją aborcję oraz późniejsze koszmary z nią związane opisała w 1992 roku w głośnej książce „Widzę me dziecko we śnie”. „Psychiki nie można przekupić, duszy nie można przekupić”, mówiła, opowiadając o swojej depresji, zatracaniu się w używkach czy agresji oraz nienawiści wobec mężczyzn.

Aborcja tworzy pewną wspólnotę przelanej krwi, w której sprawcy stają się zarazem ofiarami. Jak pisze Pete Randall, psycholog z uniwersytetu w Hull, „większość z nas na wzmiankę o ofiarach aborcji, ma na myśli tylko dzieci, którym nie dane było się narodzić. Tak naprawdę pogląd ten jest bardzo wąski – ofiarami mogą być także: matka, ojciec, przyszli dziadkowie, a czasami nawet bracia i siostry”. Wśród osób dotkniętych syndromem poaborcyjnym znajduje się także personel medyczny, przede wszystkim zaś ginekologowie.

Nawrócenie przez ultrasonograf

Dla wielu ginekologów przełomowym momentem w ich życiu zawodowym okazał się wynalazek ultrasonografu. „Odkąd zobaczyłem obraz USG, nie mogłem już żyć tak jak dawniej. To ‘nawrócenie’ miało podłoże czysto doświadczone”, wspominał Bernard Nathanson. Dzięki owej aparaturze nakręcił on film dokumentalny pt. „Niemy krzyk”, na którym została zarejestrowana aborcja 12-tygodniowego dziecka, rozerwanego na części za pomocą aparatu ssącego i instrumentów zgniatających. Gdy kilka lat później w Polsce film ten zobaczył Bolesław Piecha, postanowił nie przeprowadzać już więcej aborcji.

Widok zagłady dziecka na ekranie jest w stanie zmienić nawet utrwalony wcześniej światopogląd. Przekonuje o tym choćby przykład Abby Johnson, która nie tylko dwukrotnie poddała się aborcji, ale przez osiem lat kierowała kliniką aborcyjną Planned Parenthood w Teksasie. Przez ten czas wierzyła, iż płód nie jest osobą ludzką. Zmieniła zdanie dopiero we wrześniu 2009 roku, gdy na ekranie ultrasonografu na własne oczy zobaczyła dziecko w 13. tygodniu ciąży rozpaczliwie walczące o życie podczas aborcji. Dziecko walkę przegrało, a ona sama oglądała później jego szczątki złożone do plastikowej torby: ręce, nogi, głowę. To był dla niej szok, po którym zdecydowała się natychmiast porzucić pracę.

Pojawienie się ultrasonografu miało też duże znaczenie dla praktyki zawodowej Stojana Adaševicia: „Dopiero w 1983 lub 1984 roku dostałem w ręce prawdziwy aparat do badań USG i kiedy zobaczyłem na ekranie wnętrze macicy, powoli zacząłem rozumieć. Widziałem mianowicie żywe dziecko, dziecko, które się rusza, a którego kawałki niedługo później leżały na moim stole. Ale na pełne zrozumienie trzeba było jeszcze poczekać. Dość długo przebijało się to do mego umysłu”.

Ostateczne zrozumienie tego, w czym uczestniczy, dokonało się wkrótce potem, gdy Adašević przeprowadził aborcję pewnego dziecka w czwartym miesiącu ciąży. Wyciągnął wówczas kleszczami bijące serce. „Widzę, jak serce pulsuje, coraz wolniej, wolniej, aż w końcu przestaje bić. Wtedy zrozumiałem, że zabiłem człowieka, zabiłem syna lub córkę mojego kuzyna. Zrozumiałem też, jak wiele osób zabiłem w swoim życiu. Zrobiło mi się ciemno przed oczami. Nie pamiętam, ile czasu to trwało”.

Wynalezienie ultrasonografu spowodowało, że wielu lekarzy wycofało się z przeprowadzania aborcji. O ile w 1975 roku w USA procederem tym trudniło się aż 80 procent ginekologów, o tyle w 1994 roku było ich już tylko 20 procent. Oblicza się, że ponad połowa amerykańskich kobiet, które planowały dokonanie aborcji, zmieniła zdanie po obejrzeniu na ekranie USG swojego dziecka i usłyszeniu bicia jego serca.

Aborcja farmakologiczna

W ostatnich latach coraz bardziej rozpowszechnioną praktyką – zamiast aborcji chirurgicznej – staje się aborcja farmakologiczna. Jest ona reklamowana także jako „aborcja domowa”, gdyż nie wymaga przyścia do kliniki, a polega na zażyciu odpowiedniego środka wczesnoporonnego. Najbardziej znanym z owych specyfików jest tabletki RU-486. Przez przywoływanego już genetyka, profesora Jérôme’a Lejeune’a, została ona nazwana „pestycydem na ludzi”, ponieważ nie ma innego zastosowania niż dzieciobójcze. Na marginesie warto zaznaczyć, że jest ona produkowana w tych samych zakładach chemicznych Hoechst, w których podczas II wojny światowej wytwarzano Cyklon B – gaz używany w komorach gazowych niemieckich obozów zagłady do uśmiercania Żydów.

RU-486 może spowodować zgon dziecka poczętego w łonie matki do siódmego tygodnia życia. Dzieje się tak na skutek zablokowania wytwarzania progesteronu, czyli hormonu odpowiedzialnego za prawidłowy przebieg ciąży, a przede wszystkim za odżywianie płodu. Dochodzi więc do sytuacji, w której pozbawione pokarmu dziecko umiera w macicy i zostaje poronione. Jak mówi obrazowo doktor Stojan Adašević: „Człowiek umiera z głodu w pomieszczeniu pełnym jedzenia”.

Metoda ta jest jednak skuteczna jedynie w 60 procentach, dlatego żeby przyspieszyć efekt wczesnoporonny, kobietom podaje się prostaglandyny, czyli silne

środki skurczowe. Jest to zabieg o wysokim stopniu ryzyka dla zdrowia. W 90 procentach przypadków łączy się z krwawieniem, silnym bólem bądź zapaleniami. Stąd bardzo często kobietom podaje się środki przeciwbólowe oraz antybiotyki, by zapobiec infekcjom. Ten „koktajl farmaceutyczny” (RU-486, prostaglandyny, leki wspomagające, antybiotyki i środki przeciwbólowe) powoduje tak wiele niebezpiecznych efektów ubocznych, że trzy feministki i zwolenniczki aborcji – Janice G. Raymond, Renate Klein i Lynette J. Dumble – które przebadały powikłania i komplikacje powstałe na tym tle, zaapelowały, żeby wycofać RU-486 z rynku z powodu ryzyka, jakie stwarza dla zdrowia kobiet.

Przyznaje to wspomniana już Abby Johnson, która twierdzi, że aborcja farmakologiczna była dla niej bardziej traumatycznym przeżyciem niż wcześniejsza aborcja chirurgiczna: „Pamiętam to uczucie, jakby był to ostateczny upadek. Jeśli nie było to najgorsze, to z pewnością jedno z najgorszych doświadczeń w moim życiu – zarówno pod względem fizycznym, jak i emocjonalnym. Było to doświadczenie traumatyczne, z powodu którego cierpiałam fizycznie przez osiem tygodni po zażyciu środka powodującego aborcję”.

W około 10 procentach przypadków RU-486 nie przynosi spodziewanych efektów i konieczna jest aborcja chirurgiczna. Zdarza się też, że dochodzi do porodu i wówczas najczęściej rodzą się noworodki ciężko upośledzone. Niepełnosprawność dzieci może wywołać również przyjmowanie innych środków wczesnopo-

ronnych, takich jak leki służące do zwalczania wrzodów na żołądku lub raka. Zażywanie medykamentów przeciwrakowych skutkuje zresztą nie tylko poronieniem dziecka, lecz także silnym zatruciem organizmu matki.

Innymi środkami wczesnoporonnymi są wkładki domaciczne lub tak zwane pigułki następnego dnia. Wbrew oficjalnie używanym nazwom, nie są one środkami antykoncepcyjnymi, lecz *de facto* aborcyjnymi. Antykoncepcja ma bowiem na celu zapobieżenie zapłodnieniu, czyli połączeniu się komórki jajowej z plemnikiem. Tymczasem celem tych wynalazków jest niedopuszczenie do zagnieżdżenia się w macicy zapłodnionego już jaja płodowego, czyli istoty ludzkiej na etapie zarodka. W ten sposób dziecko poczęte, pozbawione odżywczych zasobów błony śluzowej macicy, umiera, mając od 8 do 14 dni.

Przeciw używaniu tego typu środków aborcyjnych protestuje zdecydowanie Gianna Jessen, która zaangażowała się w ruch obrony życia. Podkreśla ona, że każde ludzkie istnienie wymaga ochrony, a pozbawienie go prawa do tego to nic innego jak dyskryminacja ze względu na wiek. Gianna nie zgadza się z twierdzeniem, że aborcja to jedno z podstawowych praw kobiet. Pewnego razu podczas dyskusji z działaczkami feministycznymi zadała im pytanie, na które nie potrafiły odpowiedzieć: „Jeśli aborcja dotyczy praw kobiet, to gdzie były wtedy moje prawa?”.

ZAPŁODNIENIE POZAUSTROJOWE IN VITRO

czyli jedno życie za dwadzieścia śmierci

„Człowiek przezroczysty”

Paryż, 24 lutego 1982 roku. Tego dnia oczy całej Francji zwrócone są na jednego człowieka. Bohaterem konferencji prasowej, która skupia uwagę wszystkich mediów, jest pracownik naukowy Narodowego Instytutu Zdrowia i Badań Medycznych – Jacques Testart. „Legendarny Jacques Testart”, jak podkreślają dziennikarze relacjonujący to wydarzenie. 43-letni doktor w białym kitlu, siedzący razem ze swymi współpracownikami za przydzielonym stołem, pokazuje zgromadzonym fotografię noworodka. Dziewczynka Amandine to pierwsze we Francji „dziecko z probówki”. Jej ojcem jest właśnie Jacques Testart. Oczywiście, „ojcem” w sensie naukowym, gdyż dziewczynka posiada biologicznych rodziców.

Już wcześniej nie był postacią anonimową, ale jego sława ograniczała się jedynie do świata akademickiego. Jako weterynarz w instytucie reprodukcji ssaków stworzył w 1972 roku pierwszą krowią matkę zastępczą. Rezultatami jego badań szybko zainteresowały się wielkie koncerny zajmujące się hodowlą bydła. Zaczęto masowo rozmnażać krowy z materiałem genetycznym o najwyższej jakości, dokonując przeniesienia krowich embrionów do matek zastępczych. Testart nie ukrywał swego przerażenia: „sposzregłem, że wokół biotechnologii rozwija się komercyjna dewiacja. Odniosłem wrażenie, że od momentu, gdy udoskonaliłem technologię, wymknęła się ona z moich rąk. Nie miałem już więcej nad nią żadnej kontroli, pojawili się ludzie, którzy chcieli zarobić na tym pieniądzu”.

To spowodowało, że w roku 1977 Testart w ramach tej samej specjalizacji zmienił obiekt swych badań – rozpoczął prace nad sztucznym zapłodnieniem, ale tym razem już nie krów, tylko ludzi. Miał nadzieję, że pomoże parom małżeńskim cierpiącym na bezpłodność. Poza tym był przekonany, że ponieważ człowiek jest istotą z definicji godną szacunku, to badania nad ludzkimi komórkami jajowymi nie zostaną podporządkowane rynkowej logice komercji. Uważał, że postawa taka jest logiczną konsekwencją jego ateistycznych i racjonalistycznych poglądów. Spotkał go wszakże zawód. „Byłem jednak zaskoczony i rozczarowany. Ginekolodzy zachowywali się dokładnie jak handlarze

bydła, których widziałem kilka lat wcześniej”, wspominał po latach.

Dziś Jacques Testart jest jednym z najbardziej znanych na świecie krytyków zapłodnienia pozaustrojowego, czyli metody, do powstania której sam się przyczynił. Pozostaje ateistą, publikuje w lewicowej prasie i ostrzega ludzkość przed skutkami zapłodnienia *in vitro*. Wśród nich wymienia odczłowieczenie aktu prokreacji, który do tej pory związany był z uczuciem, intymnością, bliskością drugiej osoby, teraz zaś elementami procesu zapłodnienia stają się laboratoria, probówki, pipety, strzykawki czy pojemniki z ciekłym azotem.

Testart pisze: „Przygoda komórek przeznaczonych do prokreacji kończy się, gdy szerokie łapy wziernika rozchylają zewnętrzne narządy płciowe kobiety i zarodek przez delikatny kateter popychany jest ku macicy. Ten kateter naśladuje cienki przewód pozbawionego mięśni członka, mięsień zaś swoją funkcję wtryskiwania przekazał strzykawce. Narzędzia mają wspólną cechę: cienkie, przezroczyste ścianki. Ścianki pojemnika, probówki, inkubatora i katetera to tylko umowne granice, zakreślone w przestrzeni wokół różnego rodzaju jam: jam, które nazywa się ‘światłami’. Zarodki człowieka-samca i człowieka-samicy wędrują dziś przezroczystymi naczyniami. Zarodek również jest przezroczysty”.

Francuski naukowiec jako pierwszy wprowadził do obiegu pojęcie „człowieka przezroczystego” – isto-

ty pozbawionej tajemnicy, odartej z intymności, podlegającej manipulacjom technicznym, wytwarzanej w warunkach laboratoryjnych i traktowanej jak bytło hodowlane. Możliwość takiego obchodzenia się z ludźmi pojawiła się – jego zdaniem – wraz ze stworzeniem możliwości sztucznego kreowania życia.

Od weterynarii do medycyny

Technika zapłodnienia pozaustrojowego została przeniesiona do świata lekarskiego ze środowiska weterynarzy. Pierwszego na świecie zapłodnienia *in vitro* na zwierzętach dokonał XVIII-wieczny naukowiec włoski Lazzaro Spallanzani, używając do tego celu żab. W 1777 roku temu samemu uczonemu udało się zapłodnić sztucznie ssaki. Dzięki temu eksperymentowi na świat przyszło zdrowe psie potomstwo. W późniejszych latach przenoszono do innych organizmów embriony szczurów, owiec, kóz, myszy, królików, krów, świń i koni. Dopiero z czasem przyszła kolej na człowieka.

Zastosowanie wśród ludzi metody zapłodnienia *in vitro* (czyli „w szkle”, inaczej mówiąc: w probówce) zostało poprzedzone metodą *in vivo* (dosłownie: „na żywym”), polegającą na sztucznym unasiennieniu wewnątrz organizmu kobiety. Zapłodnienie takie może być homogeniczne, gdy do narządów rodnych wprowadzone zostaje nasienie męża, lub heterogeniczne,

gdy wprowadza się nasienie dawcy. Jak pisze badacz tej problematyki David S. McLaughlin, pierwsze homogeniczne zapłodnienie *in vivo* miało miejsce w 1875 roku, natomiast heterogeniczne dziewięć lat później. Doszło do niego w Filadelfii, przy czym lekarz, który przeprowadzał zabieg, nie poinformował małżonków, że użył nasienia obcego im dawcy.

Pierwsze na świecie dziecko, które przyszło na świat dzięki zastosowaniu technologii zapłodnienia pozaustrojowego *in vitro*, urodziło się 25 lipca 1978 roku o godzinie 23.47 w Oldham w Wielkiej Brytanii. Była to dziewczynka Louise Brown. Autorami udanego eksperymentu byli dwaj Brytyjczycy: biolog Robert Geoffrey Edwards i ginekolog Patrick Steptoe. W 2010 roku pierwszy z nich otrzyma z tego powodu Nagrodę Nobla z medycyny (Steptoe nie doczeka tego, gdyż umrze w 1988 roku).

W miarę upływu lat metoda *in vitro* była udoskonalana i pojawiały się nowe sposoby zapłodnienia pozaustrojowego. Jedną z nich nazywa się SET (Surrogate Embryo Transfer) i polega na zapłodnieniu *in vivo* dawczyni, a następnie pobraniu od niej embrionu i umieszczeniu w organizmie innej kobiety. Kolejne metody to tzw. TOT (Tubal Ovum Transfer), czyli jajowodowe przeniesienie komórki jajowej, oraz GIFT (Gamete Intrafallopian Transfer), czyli wspólne umieszczenie gamet męskich i żeńskich w jajowodzie. 28 marca 1984 roku w Melbourne w Australii doszło do narodzin Zoe Leyland – pierwszego dziecka, które zostało w stanie

embrionalnym zamrożone, a potem – przed przeniesieniem do organizmu matki – rozmrożone. Wszystkie wspomniane wyżej sposoby zapłodnienia, zanim zostały przeprowadzone na ludziach, były wcześniej stosowane na zwierzętach hodowlanych.

Generalnie w rozwoju sztucznej prokreacji – jak zauważa profesor bioetyki ksiądz Artur Jerzy Katoło – można zaobserwować następującą ewolucję: „od sztucznego unasienniania w organizmie, przez zapłodnienie w probówce, do wspólnego umieszczania gamet wewnątrz organizmu kobiety; od używania świeżych gamet – do gamet zamrożonych uprzednio; od przeniesienia świeżych embrionów – do ich zamrażania i rozmrażania; od używania gamet małżonków – do użycia gamet dawców (znanych lub anonimowych)”.

Procedura sztucznego rozrodu

Wbrew rozpowszechnionym mniemaniom, zapłodnienie *in vitro* nie jest metodą leczenia bezpłodności. Podczas tego zabiegu nie diagnozuje się bowiem ani nie leczy chorób, które powodują zaburzenia płodności. W rzeczywistości zapłodnienie pozaustrojowe jest procedurą sztucznego rozrodu zapożyczoną z weterynarii. Para małżeńska, która zgłasza się do kliniki *in vitro*, nie zostaje wyleczona ze schorzeń powodujących jej bezpłodność. Małżonkowie rozwiązują co prawda problem swojej bezdzietności, ale metoda *in vitro* nie

stwarza im szansę ani na wyleczenie, ani na naturalne poczęcie.

Mimo to technologia zapłodnienia pozaustrojowego, od momentu swojego pojawienia się, zdominowała rynek usług medycznych. Jej popularyzacja spowodowała regres w rozwoju medycyny prokreacyjnej. Tymczasem skuteczność procedury *in vitro* waha się w granicach około 20 procent. Tyle wynosi statystycznie szansa na zajście w ciążę po odbyciu jednego cyklu.

O wiele lepsze rezultaty przynosi naprotechnologia, która rozwinęła się znacznie później niż metoda *in vitro*. Jest to kompleksowy sposób leczenia niepłodności, oparty na najnowszych odkryciach z dziedziny chirurgii, endokrynologii, andrologii, farmakologii i innych gałęzi medycyny. Został on opracowany przez amerykańskiego profesora ginekologii Thomasa Hilgersa, który w 2004 roku opublikował swoje *opus magnum*: ponad 1300-stronicową pracę na temat naprotechnologii. Jest to metoda skuteczna nawet wobec par, które wielokrotnie przeszły nieudane próby *in vitro*.

Jak wobec tego wygląda procedura zapłodnienia pozaustrojowego? Pierwszym krokiem jest farmakologiczne wywołanie u kobiety nadowulacji. Chodzi o to, by zwiększyć liczbę komórek jajowych, które zostaną pobrane z organizmu matki i zapłodnione w probówce. Podczas normalnego cyklu miesięczkowego dojrzewa bowiem jedna komórka jajowa, natomiast na skutek hormonalnej stymulacji może ich być od pięciu do dziesięciu. W celu wywołania nadowulacji należy wy-

konać całą serię podskórnych zastrzyków z klomifenu lub gonadotropiny.

Nie musi być to wcale procedura przyjemna i bezpieczna, o czym przekonują świadectwa kobiet zgromadzone choćby na przychylniej zapłodnieniom pozaustrojowym stronie internetowej www.proin vitro.pl. Jedna z forumowiczek, podpisana jako Ania – „mama Gabrysia z *in vitro*”, wspomina: „Stymulacja przebiegała strasznie, zastrzyki przez PCO spowodowały gwałtowne nadprodukcowanie jajeczek, co spowodowało, że w jednym jajniku miałam aż 50 pęcherzyków! Lekarze postanowili natychmiast przerwać proces stymulacji, mając nadzieję, że pęcherzyki wchłoną się, a nie pękną, bo spowodowałyby to wylew wody do płuc”.

Zdaniem włoskich lekarzy oraz bioetyków, m.in. Antonia G. Spagnolo i Michele’a Araminiego, farmakologiczna nadprodukcja komórek jajowych nie jest procesem neutralnym dla organizmu i może wywołać w niektórych przypadkach tzw. syndrom nadowulacji. Jego przejawami są nieprawidłowości w krzepnięciu krwi, funkcjonowaniu nerek i wątroby oraz trudności z oddychaniem.

Drugim etapem jest pobranie komórek jajowych. Może odbywać się to dwoma sposobami. Pierwszy z nich to laparoscopia. Polega ona na tym, że dokonuje się niewielkiego nacięcia powłoki brzusznej, przez które wprowadza się laparoskop, czyli instrument chirurgiczny z umieszczoną na końcu miniaturową kamerą i źródłem światła, który umożliwia obserwację pęche-

rzyków jajowych. Następnie pęcherzyki te nakłuwa się igłą, a ich zawartość zasysa się do strzykawki. Drugi sposób pobrania komórek jajowych odbywa się nie pod kontrolą optyczną, lecz echograficzną. Lekarz za pomocą punkcji, poprzez sklepienie pochwy, nakłuwa igłą jajnik i pobiera z jego wnętrza płyn wraz z komórkami jajowymi. Następnie żeńskie gamety lokalizowane są pod mikroskopem, zasysane pipetą i przenoszone do specjalnego inkubatora.

Potem przychodzi kolej na pobranie nasienia od mężczyzny. Adam Szulc, który zdecydował się wspólnie z żoną na procedurę *in vitro*, opowiada, jak w praktyce wygląda ten element zabiegu: „W klinikach mężczyźni stoją w kolejkach z pojemnikami na nasienie i po kolei wchodzi do pokoju pobrań. Tam, korzystając najczęściej z gazetek erotycznych, muszą napęścić swoim nasieniem pojemnik. Potem wychodzą z pokoju i wchodzi następna osoba. To wszystko dzieje się niemal na oczach obcych ludzi, na oczach żon. Można nawet powiedzieć, że to ośmiesza proces poczęcia dziecka”. Julia Manning, szefowa organizacji 2020health, w opublikowanym przez siebie raporcie na temat klinik *in vitro* w Wielkiej Brytanii, potwierdziła wszechobecność pism pornograficznych w tego typu instytucjach jako podstawowego stymulatora służącego dawcom nasienia do masturbacji.

Pobrane nasienie umieszczane jest w inkubatorze, a następnie poddane wirowaniu. Proces ten ma na celu wyodrębnienie najbardziej ruchliwych i żywotnych

plemników. Dopiero wówczas można przejść do kluczowego etapu procedury, czyli połączenia gamet męskich i żeńskich. Dochodzi do tego – jak wskazuje sama nazwa *in vitro* – w szkle. Komórki jajowe i plemniki umieszczone zostają razem na płytce Petriego, wypełnionej roztworem z substancjami odżywczymi.

Zazwyczaj już po 20 godzinach można zaobserwować pierwsze oznaki zapłodnienia. Lekarze pobierają wówczas embriony i wkładają je do inkubatora, gdzie będą przebywać przez kolejną dobę. Po upływie tego czasu część zarodków zostaje przeniesiona do organizmu kobiety. Dokonuje się tego za pomocą specjalnego cewnika, tuby lub kateteru, którymi wprowadza się trzy lub cztery embriony przez szyjkę do wnętrza macicy. Jedna z kobiet, która zgłosiła się do organizacji MaterCare w celu leczenia niepłodności, tak relacjonowała swoje przeżycia z tej fazy inseminacji: „Czułam się, jakbym była po prostu stołem ginekologicznym, odwrócona do góry nogami, nieobecna w swoim ciele. Okropne to było, zazdrościłam muszce siedzącej na ścianie”.

Pozostałe, nadliczbowe, zarodki, które nie trafiły do macicy, lekarze zamrażają w pojemnikach z ciekłym azotem, gdzie panuje temperatura minus 196 stopni Celsjusza. Takich naczyń z płynnym azotem są na świecie tysiące. Szacuje się, że na kuli ziemskiej może być zamrożonych nawet kilkadziesiąt milionów ludzkich embrionów, zwanych „mrozaczkami”. Nikt ich nigdy nie policzył, ponieważ nie są traktowane jak lu-

dzie. Tymczasem w sensie genetycznym, biologicznym i metafizycznym są to istoty ludzkie, tyle że w embrionalnej fazie rozwoju. Ich status prawny pozostaje jednak niejasny. Mogą być zabijane, sprzedawane lub poddawane medycznym eksperymentom. Wszystko zależy od kraju, w którym się znajdują. Są państwa, gdzie istoty te są rozmrażane i spuszczone do kanalizacji, są też takie, gdzie wykorzystuje się je do testowania nowych linii kosmetyków.

Niekiedy ludzie w fazie embrionalnej służą jako pojemniki do przechowywania plemników. Dzieje się tak wówczas, gdy zapłodnienie *in vitro* przeprowadzane jest wśród par, gdzie na bezpłodność cierpi mężczyzna, w którego spermie brakuje żywych plemników. Wtedy laborant pobiera owe plemniki bezpośrednio z jąder dawcy i zanim zapłodni nimi komórki jajowe, wsadza je do „żywego inkubatora”, jaki stanowi zamrożony zarodek. Embryon następnego dnia umrze, ale plemnik będzie gotowy do użycia.

Innym sposobem instrumentalnego traktowania istot ludzkich jest wykorzystywanie zarodków do pobierania z nich komórek macierzystych. Są to takie komórki, które mają charakter niezróżnicowany i wielofunkcyjny. Nie posiadają one właściwości służących funkcjonowaniu poszczególnych organów ani podtrzymywaniu określonych procesów organicznych. Są one natomiast materiałem biologicznym, z którego powstają takie właśnie wyspecjalizowane komórki. Można więc powiedzieć, że komórki macierzyste pełnią rolę

jakby reproduktora wszystkich pozostałych komórek w organizmie, dając początek ich zróżnicowaniu i konkretnej funkcjonalności.

W ostatnich latach w mediach zaroiło się od doniesień, że komórki macierzyste mogą być wykorzystywane przy leczeniu takich schorzeń, jak choroba Alzheimera czy choroba Parkinsona, bądź też do regeneracji zniszczonych tkanek albo narządów. Pojawił się jednak problem: skąd wziąć komórki macierzyste?

Część lekarzy sięgnęła wówczas po „mrozaczki”, ponieważ ludzki embriion to najlepszy przykład samodzielnego organizmu złożonego właśnie z komórek macierzystych. Zaczęto więc pozyskiwać owe komórki z wytworzonych w czasie procedury *in vitro* nadliczbowych embriionów, których nie implantowano do organizmów kobiet. Oznaczało to, oczywiście, uśmiercenie zarodków. Lekarze liczyli, że embrionalne komórki macierzyste, mogące potencjalnie zróżnicować się w każdy rodzaj komórek, mogłyby teoretycznie zastąpić dowolną tkankę, która uległa uszkodzeniu. Ich nadzieje były jednak przedwczesne. Okazało się bowiem, że komórki te, wprowadzone do organizmów pacjentów, zamiast integrować się z nimi, zaczęły tworzyć nowotwory zwane potworniakami.

Znacznie bardziej obiecujące wyniki osiągnięto, gdy pobierano komórki macierzyste nie z zapłodnionych zarodków, lecz z płynu owodniowego otaczającego płód w łonie matki oraz z krwi pępowinowej, pozostającej

po porodzie w naczyniach łożyska i łożyskowej części pępowiny. Ich przewaga nad komórkami embrionalnymi polega na tym, że nie przekształcają się one w nowotwory. Niekorzystne wyniki badań nie zniechęciły jednak naukowców w wielu krajach do prowadzenia badań i eksperymentów medycznych nad komórkami macierzystymi pochodzącymi z embrionów powstałych podczas procedury *in vitro*.

Zamrożone dzieci mogą zostać teoretycznie odmrożone i otrzymać szansę urodzenia, ale w praktyce prawdopodobieństwo to dotyczy niewielkiej liczby zarodków. Po pierwsze, ich rodzice przestają się nimi zazwyczaj interesować, gdy uda im się już doczekać potomka. Po drugie, podczas odmrażania umiera przeważnie około 40 procent embrionów, zaś później w trakcie implantacji ginie ich od 80 do 90 procent. Oznacza to, że gdyby rozmrożono milion „mrozaczek” i dano im szansę na urodzenie, to przeżyłoby zaledwie około 115 tysięcy.

100 milionów ofiar

Jednym z pionierów metody *in vitro* w Polsce był doktor Tadeusz Wasilewski. Od 1993 do 2007 roku pracował w klinice w Białymstoku, gdzie przeprowadzał zabiegi zapłodnienia pozaustrojowego. Przez całe lata był przekonany, że jego profesja jest misją na rzecz rodzącego się życia. Utwierdzały go w tym przekona-

niu liczne listy od szczęśliwych par małżeńskich, które cierpiały na bezpłodność, a które dzięki jego interwencji mogły doczekać się potomstwa.

W 2007 roku Wasilewski porzucił dotychczasową pracę, ponieważ zrozumiał, że podczas tego samego zabiegu jednym daje życie, ale drugim przynosi śmierć. Każde żywe urodziny dzięki procedurze *in vitro* są bowiem okupione uśmierceniem około dwudziestu istnień ludzkich. To jest cena, jaką płaci się za zapłodnienie pozaustrojowe.

Dwa lata później doktor wspominał: „Wiedziałem, że nie zostanę przy programie *in vitro* ani minuty dłużej z uwagi na szacunek dla życia. Z uwagi na to, że ten zarodek, który ma dwie czy cztery komórki, to potencjalnie każdy z nas w przeszłości. On też chce żyć. On też chce, by dać mu szansę, by trafić do mamy i do taty”.

„Embrion ludzki jest organizmem gatunku ludzkiego”, pisze chilijski lekarz Juan de Dios Vial Correa, dodając, że „status ten uzyskuje on w momencie zapłodnienia”. Doktor z Santiago, jeden z największych autorytetów medycznych w Chile, w swoich pracach udowadnia naukowo, że embrion jest już samodzielnym organizmem, gdyż spełnia dwa podstawowe warunki. Po pierwsze: „wszystkie etapy rozwoju mają miejsce wewnątrz pewnego ogrodzenia, czyli wewnątrz przestrzeni oddzielonej od środowiska przez wyraźnie zdefiniowaną fizycznie granicę”. Po drugie zaś: „każdy organizm realizuje ‘przypisany mu’, ściśle zdeteminowany szlak rozwojowy, co oznacza, że w każdym

punkcie życia jego stan może być przewidziany z pewną dokładnością, przy założeniu, że znamy gatunek, do którego dany organizm należy”.

Takie właśnie istoty ludzkie unicestwiane są podczas procedury *in vitro* na wielu etapach. Pierwszymi ofiarami są wspomniane już zarodki nadliczbowe. Zapładnia się bowiem od pięciu do siedmiu komórek jajowych, ale do organizmu kobiety wszczepia się tylko od dwóch do czterech z nich. Pozostałe, czyli „mrozaczki”, umieszcza się w ciekłym azocie.

Drugi moment, w którym giną dzieci, to implantacja. Według statystyk, od 70 do 80 procent zapłodnionych zarodków nie zagnieżdża się w macicy i jest wydalanych z organizmu kobiety. Zwolennicy *in vitro* powołują się na fakt, że do identycznych sytuacji dochodzi także w przypadku naturalnej prokreacji, gdy wiele istot ludzkich ginie, ponieważ nie udaje się im zagnieżdżyć w ciele matki.

Bioetycy zwracają uwagę, że jest to argument sprzeczny sam w sobie, gdyż z jednej strony przywołuje się naturę po to, by usprawiedliwić uśmiercanie istot ludzkich w fazie embrionalnej, z drugiej zaś strony sama procedura zapłodnienia pozaustrojowego jest przecież niezgodna z naturą. Istnieje jednak zasadnicza różnica moralna między śmiercią naturalną a śmierciąadaną. Przyjmując sposób rozumowania zwolenników metody *in vitro*, można byłoby z faktu, iż wiele osób umiera na raka, wyciągnąć wniosek, że można niektórym z nich pomóc w wywołaniu tej choroby.

Trzeci moment, w którym dochodzi do zabicia nie-narodzonych dzieci, nazywany jest w języku specjalistycznym „redukcją embrionalną”. Można go jednak określić mianem „aborcji selektywnej”. Jak już wspomniano, do organizmu kobiety wprowadza się zazwyczaj od dwu do czterech embrionów. Może się zdarzyć, że implantacja powiedzie się w przypadku aż kilku z nich. W macicy pojawiają się więc bliźnięta. Statystyki pokazują, że ciąży mnogie stanowią rezultat metody *in vitro* aż w 22 procentach przypadków, podczas gdy przy naturalnym zapłodnieniu odsetek ten wynosi tylko 1,25 procenta.

Praktyka pokazuje, że w takich sytuacjach często dochodzi do aborcji eugenicznej. Wynika ona z dwóch faktów. Po pierwsze: rodzice często nie życzą sobie większej liczby dzieci niż jedno, więc nalegają na likwidację pozostałych. Po drugie: ponieważ ciąży mnogie (zwłaszcza od trojaczków wzwyż) są uważane za niebezpieczne dla zdrowia matki, lekarze sami rekomendują usunięcie embrionów. Najczęstszym sposobem „redukcji embrionalnej” jest wprowadzenie pod kontrolą echograficzną igły do serca lub płuc dziecka oraz wstrzyknięcie roztworu soli lub chlorku potasu.

Lekarz dokonujący takiej aborcji musi dokonać selekcji i podjąć decyzję, któremu dziecku dać szansę przeżycia, a które uśmiercić. Najczęściej wybiera do dalszej egzystencji płody, które wyglądają na zdrowe i najbardziej żywotne. Trudno nie nazwać takiej moty-

wacji inaczej niż eugeniczną, gdyż chodzi o wybranie „najlepszego egzemplarza”.

W niektórych krajach, gdzie prawo dopuszcza zapłodnienie *in vitro*, „redukcja embrionalna” jest zabroniona. Zakazana jest tam również diagnostyka preimplantacyjna, która polega na sprawdzaniu materiału genetycznego zarodka w celu wykrycia anomalii. Takie zapisy obowiązują choćby we włoskiej „ustawie o prokreacji medycznie asystowanej” z 2004 roku, która miała za zadanie m.in. wyeliminowanie możliwości aborcji eugenicznej.

W wielu innych państwach praktyka ta jest jednak powszechnie stosowana. Profesor Janusz Gadzinowski, wojewódzki konsultant do spraw neonatologii w Poznaniu, pisał niedawno o problemie „tzw. ‘eliminacji płodu’, czyli zabicia jednego z dzieci w łonie matki w celu ograniczenia liczby płodów i w intencji wykonawców zwiększenia szans ich przeżycia. Z przerażeniem słucham wystąpień na ten temat na międzynarodowych sympozjach, ponieważ wykładowcy mówią o tym tak, jakby zabili kurczaka, jest to bowiem dla nich normalne”.

Latem 2012 roku media doniosły, że liczba dzieci na świecie urodzonych dzięki technice *in vitro* przekroczyła 5 milionów. Jeżeli każde z nich zostało okupione likwidacją około 20 istnień ludzkich, oznacza to, że liczba ofiar zapłodnienia pozaustrojowego wzrosła już do ponad 100 milionów. W Wielkiej Brytanii – według

obliczeń tamtejszego Urzędu ds. Płodności i Embriologii (HFEA) – w latach 1991-2005 w ramach programu pomocy parom starającym się o dziecko wytworzono 2 137 924 ludzkich embriionów, jednak łączna liczba urodzeń *in vitro* w tym czasie wyniosła zaledwie 109 469.

Trzy matki jednego dziecka

Zwolennicy metody *in vitro* rzadko wspominają o szkodliwych skutkach ubocznych tej procedury. Jednym z nich jest większa niż przy naturalnej prokrecji liczba ciąż pozamacicznych. Są one głównie wynikiem stosowania środków hormonalnych podczas stymulowania nadowulacji. Prawdopodobieństwo ich wystąpienia wynosi 8,3 procenta. Ciąże te z powodu niemożności prawidłowego rozwoju płodu poza macicą kończą się najczęściej poronieniem i mogą stanowić zagrożenie dla zdrowia matki.

Przyjmowanie środków hormonalnych – oprócz wspomnianych już przypadków tzw. syndromu nadowulacji u kobiet – wywoływać może także negatywne skutki dla narodzonego potomstwa. Wśród dzieci urodzonych dzięki technice *in vitro* notuje się – w porównaniu z dziećmi poczętymi w sposób naturalny – dwukrotnie więcej defektów urologicznych, kardiologicznych i mięśniowo-szkieletowych. Aż siedmiokrotnie wzrasta możliwość zachorowania na nowotwór siatkówki oka. Niemal dziesięciokrotnie większe

jest też prawdopodobieństwo wystąpienia tak rzadkich schorzeń, jak zespół Beckwith-Wiedemanna czy zespół Angelmana.

Wspomniany już profesor Janusz Gadzinowski napisał w liście otwartym: „Jako lekarz i kierownik największej Kliniki Neonatologii w Polsce obserwuję oprócz radości rodzin z powodu posiadania dziecka w następstwie stosowania metody *in vitro*, także tragedie będące konsekwencją częstszego występowania ciąży mnogiej z ryzykiem porodu przedwczesnego (często w fazie ciąży, gdzie przeżycie jest niemożliwe). Dochodzi do tego zwiększona częstość przetoczeń krwi między płodami oraz większa liczba wad wrodzonych. Wszystko to powoduje zwiększoną zachorowalność i śmiertelność noworodków”. Lekarz nie omieszczał dodać: „Nieznane są też następstwa zdrowotne, które mogą wystąpić w następnych generacjach”.

Metoda *in vitro* może mieć nie tylko uboczne skutki fizyczne, lecz także psychiczne, zwłaszcza w przypadku osób powołanych do życia przez sztuczne zapłodnienie heterogeniczne, gdy dawcą nasienia był obcy mężczyzna. Często muszą one borykać się w dorosłym życiu z zaburzeniami emocjonalnymi oraz problemami z tożsamością.

Relacje takich osób gromadzone są na specjalnych forach internetowych, na których dzielą się one między sobą swoimi przemyśleniami i przeżyciami. Jeden z forumowiczów, spłodzony z nasienia anonimowego dawcy, napisał: „Jestem człowiekiem, a mimo to zostałem

poczęty techniką, która ma swoje korzenie w hodowli zwierząt. A najgorsze jest to, że rolnicy bardziej troszczą się o pochodzenie swojego bydła niż kliniki *in vitro* o pochodzenie ludzi naszej epoki. Dziwnie się też czuję z tym, że moje geny pochodzą od dwójki osób, które nigdy się nie kochały, nigdy nie tańczyły razem, nigdy się nie spotkały”.

Inny mężczyzna zwierzał się w internecie: „Kiedy miałem 21 lat, odkryłem, że moim biologicznym ojcem była próbówka z zamrożoną spermą i etykietą ‘C11’. To był potężny szok. Przez całe, kończące się, dzieciństwo cementowały się więzi z moim tatą. Nie mogłem myśleć o nim jako o kimś, kto nie jest moim ojcem (i wciąż nie mogę), a jednocześnie wiedziałem, że jesteśmy sobie genetycznie obcy. Moja tożsamość została rozdzielona, jej aspekty biologiczny i społeczny zostały przecięte. W miejscu, gdzie otrzymałem moje genowe dziedzictwo, ujrzałem naczynko nasienia w jakimś chłodnym magazynie. Opłakiwałem tę ludzką twarz ukrytą za próbką, której nie poznałem, i może nigdy nie poznam. To trochę, jakby matka opłakiwała dziecko, którego nigdy nie mogła mieć”.

W jednym z amerykańskich wydań „Newsweeka” w 2000 roku opublikowane zostało wyznanie Margaret Brown, którą ciągle prześladowają nocne koszmary: „Śni mi się nieraz, że pływam w ciemnościach, kręcąc się bez przerwy, coraz to szybciej, w miejscu, gdzie nie ma ani nazw, ani czasu. Ogarnia mnie strach i mam ochotę oprzeć stopy o ziemię, by odnaleźć sama siebie. Lecz

nie znajduję gruntu, na którym mogłabym się oprzeć. Taki jest ten mój koszmar... Jestem osobą poczętą na drodze sztucznego zapłodnienia i nigdy nie poznam drugiej strony mej tożsamości. Nie pojmuję, jak ktoś świadomie może pozbawić innych czegoś tak zasadniczego, jak własne dziedzictwo. Doceniam ogromnie ofiary, jakie poniosła moja matka, oraz miłość, jakiej zaznałam w mojej rodzinie. Niemniej gdy czuję się przytulana jednym z najśłodszych objęć siostry mego ojca (prawnego), mam wrażenie, jakbym została wypożyczona przez obcą rodzinę. Dzieci nie są dobrami konsumpcyjnymi, ani własnością kogokolwiek. Są osobami mającymi jednakowe prawa do rozwoju”.

Procedura zapłodnienia heterogenicznego radykalnie zmienia definicję macierzyństwa i ojcostwa, a tym samym głęboko przedefiniowuje istotę rodziny. Okazuje się bowiem, że dziecko może mieć naraz dwóch ojców, a nawet trzy matki: genetyczną (dawczynię komórek jajowych), biologiczną (która użyczyła macicy i je urodziła) oraz społeczną (która zapłaciła za cały proces i podjęła się wychowania). Taka sytuacja może mieć niszczycielski wpływ na tożsamość osobową dziecka, która zakorzeniona jest przecież w biologii.

Dzieci na zamówienie

Dzięki metodzie *in vitro* możliwe stały się też sytuacje, które do tej pory nie były na świecie spotykane,

jak choćby narodziny przez kobiety, które przeszły już menopauzę. Na przykład w 2005 roku w Bukareszcie emerytowana nauczycielka Adriana Iliescu urodziła dziecko w wieku 66 lat. Zarówno komórka jajowa, jak i plemniki pochodziły od anonimowych dawców, a kobieta udostępniła jedynie na czas ciąży swoje ciało. Z kolei w 2011 roku Carole Hobson, samotna 58-letnia Brytyjka, powiła parę bliźnięt, po tym jak do jej organizmu wszczepiono sześć zarodków. Trzy z nich nie zagnieździły się w macicy, ale trzy zaczęły się rozwijać. W pewnym momencie ciąży starsza kobieta podjęła decyzję, by zabić trzecie z dzieci, ponieważ zagrażało zdrowiu pozostałej dwójki.

Inna sytuacja dotyczy homoseksualistów, którzy postanawiają zostać samotnymi ojcami. Przekazują oni swoją spermę specjalnym agencjom, które znajdują tzw. surogatki, czyli kobiety wynajmujące swe macice do wnoszenia ciąży i urodzenia dziecka. Przykładem może być *casus* Jeffa Walkera, 49-letniego muzyka z Nowego Jorku, któremu dwie wynajęte kobiety urodziły dwie córki. W 2005 roku przyszła na świat Elisabeth, a rok później Alexandra.

Z kolei w 2001 roku dwie głuche lesbijki z Kanady – Candace McCullough i Sharon Duchesneau – zażyły sobie niesłyszącego dziecka. Klinika zagwarantowała im nasienie od anonimowego dawcy pozbawionego słuchu. W efekcie urodził się chłopiec o imieniu Gauvin, który niemal w ogóle nie słyszy. Uradowane

kobiety zdecydowały, że nie będzie on nosił aparatu słuchowego.

Wiele dyskusji w medycznej prasie wywołały narodziny dziecka, które na potrzeby mediów nazwano Umut-Talha, co po turecku znaczy „Nasza Nadzieja”. Przyszło ono na świat 26 stycznia 2011 roku we Francji tylko po to, by stać się żywym lekarstwem dla swego rodzeństwa. Powołano je do życia, żeby pobrać z jego organizmu komórki potrzebne do leczenia starszego brata cierpiącego na rzadkie genetyczne schorzenie hematologiczne. Krew pępowinowa dziecka, zawierająca wiele komórek macierzystych układu krwionośnego, była sukcesywnie przetaczana bratu, by zastąpić jego chorą krew.

Wielokrotnie dochodziło też do przypadków, gdy anonimowy dawca plemników stawał się biologicznym ojcem wielu dzieci zrodzonych z różnych kobiet. Może się więc zdarzyć, że w przyszłości dzieci te – nie wiedząc o tym – wejdą między sobą w związki małżeńskie. Pojawia się zatem realne niebezpieczeństwo nieświadomego kazirodztwa, a w związku z tym narodzenia potomstwa obciążonego licznymi wadami genetycznymi.

Jeszcze do niedawna o tego typu przypadkach można było przeczytać jedynie w literaturze *science fiction*. Teraz media niemal na bieżąco donoszą o przełamywaniu kolejnych barier, które do tej pory wydawały się nie do przekroczenia.

W 1986 roku Jacques Testart, gdy zaczynał dystansować się od przemysłu *in vitro*, mówił publicznie, że dręczy go myśl o obłąkanej perspektywie produkowania „dzieci na zamówienie”. Obecnie jest to już praktyka stosowana w wielu krajach świata. Liczne kliniki przyciągają klientów zapewnieniami, że ich pociechy – dzięki odpowiednim dawcom spermy – będą podobne do ludzi z pierwszych stron gazet.

Testart czuje się dziś jak bohater mitologii greckiej, który otworzył puszkę Pandory. Mówi, że opracowana przez niego procedura, która miała służyć szczęściu ludzi, obecnie obraca się przeciwko ludzkości. „Skoro w przypadkach poważniejszych wad już jest praktykowane niszczenie płodu, to raz jeszcze staje przed nami problem progę, poza którym człowiek staje się wrogiem swojego gatunku”.

Według niego sztuczne wspomaganie prokreacji dawno już przekroczyło granicę terapii i weszło na drogę przemiany natury ludzkiej i projektowania osób. Służy temu diagnostyka preimplantacyjna, która prowadzi do selekcji zarodków ze względu na ich jakość. Kończy się bowiem zabijaniem zarodków, u których istnieje ryzyko wystąpienia schorzeń genetycznych. Jego zdaniem jest to przejaw nowej eugeniki, której patronuje „ideologia prowadząca do większego niż kiedykolwiek odrzucania ludzi niepełnosprawnych”. Dzisiejsza eugenika, tak jak jej poprzedniczka w Trzeciej Rzeszy, ma za zadanie nie dopuścić do wspólno-

ty żywych ludzi, których uważa za „niedoskonałych”, „nienormalnych”, „niepełnowartościowych”, „niepełnosprawnych”. W czasach nazistowskich ich „normalność” określana była przez zasady higieny rasowej, teraz natomiast – jak mówi Testart – jest ona „definiowana pod względem zgodności z potrzebami przemysłu i umów ubezpieczeniowych”.

Doktor Tadeusz Wasilewski, który – podobnie jak Jacques Testart – przeszedł drogę od fascynacji metodą *in vitro* do jej odrzucenia, od roku 2009 całkowicie poświęcił się naprotechnologii. Przełomowym momentem okazał się udział w zjeździe ginekologicznym w Rzymie: „tam, na wykładach, przekonałem się, że jest to absolutnie naukowe podejście, w którym stosuje się wszystkie współczesne narzędzia: diagnozowanie, począwszy od badania nasienia, wywiad, badanie kobiety, ultrasonografię, badania hormonalne, endoskopowe, badania nad płodnością człowieka, w których używa się chirurgii ginekologicznej (tzn. eliminuje się nieprawidłowości, jeżeli takowe są – usuwa się zrosty, przywraca drożność jajowodów) – a przede wszystkim jest to metoda, która nie zapomina o naturze kobiety! Profesor Hilgers zaproponował klucz, dzięki któremu można odczytać wiele nieprawidłowych zjawisk zachodzących w organizmie kobiety, by potem wprowadzać leczenie, nadzorując dalej cykl. I kiedy po zabiegach leczniczych cykl wraca do normy, płodność kobiety wraca do normy – i dochodzi do naturalnego poczęcia oraz ciąży”.

Naprotechnologia spotyka się dziś z atakami ze strony wielu środowisk promujących przemysł *in vitro*. W sumie nic w tym dziwnego. Nowa metoda podważa dotychczasową pozycję zapłodnienia pozaustrojowego, przy którym zaangażowanych jest około 200 tysięcy ludzi na całym świecie. Profesor Debora Spar z prestiżowej Harvard Business School w książce pt. „Dzieciący biznes” szacuje wielkość rynku sztucznego zapłodnienia na 500 miliardów funtów szterlingów rocznie.

Naprotechnologia w porównaniu z *in vitro* jest jednak skuteczniejsza, tańsza, nie powoduje skutków ubocznych i nie wywołuje kontrowersji moralnych. Jest zarazem metodą, która rzeczywiście leczy bezpłodność i daje wielu bezdzietnym parom szansę na naturalną prokreację. Jak podaje „Journal of American Board Family Medicine”, w klinice w Galway, prowadzonej przez irlandzkiego ginekologa Phila C. Boyle’a, skuteczność naprotechnologii w pierwszych dwóch latach leczenia wynosi 52 procent (a więc ponad dwa razy więcej niż w przypadku *in vitro*).

Nie dziwi zatem, że w ostatnich latach naprotechnologia coraz dynamiczniej rozwija się na całym świecie. W samych Stanach Zjednoczonych powstało już ponad dwieście ośrodków stosujących tę metodę. Zdaniem coraz większej liczby ginekologów przyszłość w zapobieganiu bezdzietności należy do naprotechnologii, która wyprze z czasem procedurę *in vitro*.

EUTANAZJA

czyli śmierć jako rodzaj terapii

„Proszę mi pomóc”

Henk Reitsma, młody holenderski chłopak, do dziś nie może się otrząsnąć, gdy wspomina historię swojego dziadka. Osiemdziesięcioletni mężczyzna był kimś w rodzaju „rodzinnego patrioty”, gromadził wokół siebie dzieci, wnuki i kuzynów, opowiadając swym gościom barwne historie z przeszłości, ale także dając im się wygadać. Mimo podeszłego wieku, sprawny intelektualnie, prowokował do dyskusji, dawał dobre rady, integrował liczną rodzinę.

Henk cofa się pamięcią do grudnia 1995 roku, gdy u dziadka pojawiły się problemy z dziąsłami i lekarz rodzinny wysłał go na biopsję, żeby sprawdzić, czy to rak. „W styczniu przyszły wyniki. Okazało się, że ma początkowe stadium raka układu limfatycznego. Zapytałem moją siostrę, która jest lekarzem, o prognozy.

Powiedziała, że w jego wieku – a miał osiemdziesiąt lat – to około trzech lat życia; przez pierwsze półtora roku nie ma żadnych poważniejszych zmian, późniejsze stadium choroby może być bolesne”.

Cała rodzina spodziewała się więc, że dziadkowi zostało jeszcze kilka lat życia. Tymczasem tydzień później mężczyzna był już martwy.

Henk Reitsma relacjonuje: „Lekarz rodzinny, gdy otrzymał wyniki, zdecydował, że oszczędzi dziadkowi cierpienia i natychmiast rozpoczął terapię – jeśli można to tak nazwać – polegającą na podawaniu zwiększonych dawek morfiny oraz wstrzymaniu posiłków i napojów. Nasza rodzina odkryła to na dzień przed śmiercią dziadka. Ostatni raz odwiedziłem go sześć dni przed śmiercią, byłem bardzo zdziwiony, że jego stan tak szybko się pogorszył, był niezwykle otumaniony, nie było z nim żadnego kontaktu. Siostry powiedziały nam, że to z powodu walki z bólem spowodowanym zakrzepem w nodze. Mówiły, że to jest przyczyną podawania środków przeciwbólowych. Tak czy inaczej, przedostatniego dnia jedna z moich ciotek chciała mu podać wodę, na co zareagowała jedna z pielęgniarek: ‘Proszę tego nie robić’. Ciotka zdziwiona zapytała: ‘Dlaczego? Przecież widać, że on jest spragniony’. Na co tamta odpowiedziała: ‘To tylko przedłuży jego cierpienia, miałyśmy nie podawać mu wody’. To był pierwszy moment, kiedy zrozumieliśmy, co się dzieje. Próbowaliśmy to powstrzymać, ale było już za późno,

gdyż z powodu dużych dawek morfiny płuca przestały normalnie pracować.

Gdy ciotka odkryła, że morfina została przedawkowana, nie mogła uwierzyć, że jakkolwiek lekarz mógł podjąć taką decyzję. W pierwszym odruchu zapytała babcię i swoje siostry: 'To wy dałyście zgodę?'. To było prawie tak, jakby zapytała: 'Czy to wy zamordowałyście tatę? Czy zamordowałyście dziadka?'. To stało się początkiem bardzo bolesnej sytuacji w rodzinie, załamało się wzajemne zaufanie. Moja babcia nie była w stanie o tym mówić aż do swojej śmierci, tak bardzo cierpiała”.

Henk podkreśla, że jego dziadek był człowiekiem starej daty, głęboko wierzącym w Boga, i ani jemu, ani nikomu z rodziny nie przyszlaby do głowy myśl o eutanazji. Postanowili więc wyjaśnić, dlaczego ich bliski został uśmiercony.

„Kiedy po wszystkim poszliśmy do lekarza, by przedstawić nasze żale, na początku powiedział: 'Ale on był chory, ja mu tylko pomagałem'. A gdy rodzina zareagowała na to bardzo gniewnie, powiedział: 'Ale przecież on prosił'. Okazało się, że jako prośbę o eutanazję wykorzystano zdanie dziadka: 'Proszę mi pomóc'. Ta prośba nie padła nawet w obecności lekarza, lecz pielęgniarki. Ona mu to przekazała, a on uznał to za wystarczający powód, aby rozpocząć eutanazję i pomóc dziadkowi w walce z bólem. Taki to był rodzaj pomocy: morfina, by nic nie czuł, i zagłodzenie na śmierć”.

Rodzina próbowała wytoczyć lekarzowi proces, jednak sprawa nie trafiła do sądu, gdyż żona zmarłego na skutek szoku nie była w stanie zeznawać, a bliscy nie chcieli na nią naciskać. Nie podniosła się już po tym wydarzeniu i wkrótce umarła. Henk wspomina: „Mój ojciec pracował w tym czasie w RPA. Gdy w styczniu usłyszał, że jego ojciec, czyli mój dziadek, ma raka, i gdy poznał prognozy, natychmiast zarezerwował bilet na maj, by spędzić cały miesiąc ze swoim tatą. Nikt go nie pytał, czy dziadek ma być zabity. Tydzień później mógł już tylko zmienić rezerwację, by przylecieć na pogrzeb. Został ograbiony z możliwości ostatniego spotkania z ojcem przed śmiercią, możliwości, która tak wiele dla niego znaczyła”.

Zastrzyk bez rozpoznania

Zazwyczaj dyskusja o eutanazji odbywa się na poziomie ogólnych idei, deklarowania intencji i odwoływania się do wzniosłych wartości. Warto jednak spojrzeć na to zjawisko nie od strony abstrakcyjnych rozważań, lecz przyjrzeć się konkretnej praktyce, jaka wiąże się ze stosowaniem eutanazji. Można to znakomicie prześledzić na przykładzie Holandii – państwa, które stało się światowym pionierem w tej dziedzinie.

Przypadek rodziny Reitsma z Nimmwegen nie jest w tym kraju odosobniony. Oddajmy głos profesorowi Ryszardowi Fenigsenowi, kardiologowi żydowskiego

pochodzenia urodzonemu w Polsce, który dziewiętnaście lat przepracował jako lekarz i wykładowca medycyny w Holandii. Opowiada on o następującym przypadku:

„W roku 1973 podczas obchodu w jednym ze szpitali w Rotterdamie dr W., internista, stwierdził, że jeden z pacjentów znajduje się w stanie przyćmionej świadomości. Dr W. zwrócił się wtedy do pielęgniarki z pytaniem, czy chory ‘nadaje się do eutanazji’, co siostra po pewnym wahaniu potwierdziła. Dr W. wydał zlecenie, by chorego uśmiercić odpowiednim zastrzykiem dożylnym. Ponieważ jednak jeden z obecnych przy tym lekarzy zaprotestował, eutanazja nie doszła do skutku. Tenże protestujący lekarz poprosił też o wyjaśnienie, na co pacjent jest właściwie chory. Okazało się, że dr W. nie znał rozpoznania. Co więcej, wyszło na jaw, że rozpoznania w ogóle nie było: chorego przyjęto do szpitala z powodu bólów w krzyżu, ale przyczyny tych dolegliwości nie znaleziono. Nie było żadnych danych, które by wskazywały na jakąś poważną chorobę. Wtedy lekarz, który zaprotestował przeciwko eutanazji, sprawdził na karcie gorączkowej, czy chory otrzymywał może jakieś leki, które mogły spowodować jego półprzytomny stan. Istotnie okazało się, że podawano mu duże dawki valium. Dr W. zapomniał jednak, że sam temu pacjentowi (zresztą niepotrzebnie) valium przepisał. Nie przyszło mu do głowy, że to właśnie mogło wywołać oszołomienie pacjenta. Zaprzeszono podawania valium i na następny dzień pacjent, który

o włos uniknął był śmierci, zaczął normalnie mówić i spacerować po korytarzu”.

Historia miała swój ciąg dalszy: „W kilka dni po owym obchodzie dra W. sprawa została omówiona na zebraniu lekarzy oddziału wewnętrznego. Dr W. dał wyraz zdumieniu, że jeden z lekarzy uważa wszelką eutanazję za niedopuszczalną, i to nie ze względów religijnych (które dr W., nie wgłębiając się w nie zresztą, gotów był uszanować), lecz z jakichś innych, dla niego zupełnie niezrozumiałych. Co się tyczy postępowania na obchodzie, dr W. nie miał sobie nic do zarzucenia. Wprawdzie nie znał rozpoznania, kiedy postanowił pacjenta uśmiercić, ale przecież nie można wszystkich chorych znać dokładnie (dr W. pracował w dwóch szpitalach równocześnie). Istotnie przeoczył, że to valium było przyczyną oszołomienia pacjenta, ale ludzką jest rzeczą mylić się i wszyscy popełniamy błędy. Rzeczywiście, ten pacjent nie był ciężko chory. Brak rozpoznania, błąd w postępowaniu czy fakt, że choremu nic poważnego nie jest, nie powinny powstrzymać lekarza od spełnienia jego obowiązku; a obowiązkiem lekarza, może najważniejszym, jest dbać o to, by jego bliźni, powierzeni jego opiece, umierali łagodną śmiercią. Również uśmiercenie kogoś, kto mógłby jeszcze jakiś czas, może i długo pożyć, może być dobrym uczynkiem. Któż wie, ile ciężkich chorób, zmartwień i cierpień musiałby ten człowiek przez wszystkie te lata przeżyć! Lekarz jest osobą szczególnie uprzywilejowa-

na, bo ma sposobność i środki, aby uwalniać bliźnich od dalszej, może długiej drogi przez mękę”.

Powyższa argumentacja nie spotkała się z protestami grona lekarskiego – poza jednym przypadkiem owego doktora, który sprzeciwił się eutanazji. Podsumowując dyskusję, dyrektor szpitala oświadczył więc: „Wobec tego, że ujawniły się różnice zdań, pacjenci dra K. (lekarza, który protestował) nie będą odtąd poddawani eutanazji”.

W obliczu kryptanazji

Rodzi się wątpliwość: czy te dwa przykłady – z Nimmewegen i Rotterdamu – mogą być miarodajne dla holenderskiej służby zdrowia? Podobne pytania zadawali sobie przed laty także politycy w tym kraju. Dlatego w styczniu 1990 roku rząd w Hadze powołał Komisję do Zbadania Praktyk Lekarskich w Zakresie Eutanazji pod przewodnictwem prokuratora generalnego Jana Remmelinka. 11 września 1991 roku opublikowała ona swój raport, z którego wynikało, że w roku 1990 w Holandii zanotowano 2300 przypadków „aktywnej dobrowolnej eutanazji”, co stanowiło zaledwie 1,8 procenta wszystkich zgonów w kraju.

Jednakże „aktywna dobrowolna eutanazja” nie wyczerpuje wszystkich rodzajów skracania życia pacjentom przez lekarzy. Jeden z głównych promotorów ruchu

eutanazyjnego na świecie, protestancki teolog Joseph Fletcher wyróżnił cztery rodzaje eutanazji – oprócz wspomnianej już dobrowolnej aktywnej także dobro- wolną bierną, niedobrowolną aktywną i niedobrowolną bierną.

Jeśli weźmiemy pod uwagę także te przypadki, to okaże się, że raport Remmelinka jest źródłem znacznie bogatszej statystyki. W dokumencie możemy bowiem przeczytać, że w 13 516 przypadkach lekarze świadomie spowodowali śmierć chorych przez przerwanie lub zaniechanie ich leczenia (przy czym 4756 razy odbyło się to na prośbę pacjentów, a 8750 razy bez ich wiedzy i zgody), w 8100 przypadkach personel medyczny celowo zaaplikował pacjentom śmiertelne dawki morfiny lub morfinopodobnych leków przeciwbólowych, w 1000 przypadków doszło do „aktywnej niedobrowolnej eutanazji”, zaś w 400 przypadkach lekarze udzielili chorym pomocy w samobójstwie.

Dopiero sumując te wszystkie liczby, można się przekonać, że faktyczne eutanazje były w 1990 roku w Holandii przyczyną 25 306 zgonów, co stanowiło 19,4 procent wszystkich przypadków śmierci w tym kraju. Co więcej – aż 14 691 Holendrów opuściło ten świat na skutek kryptanazji (od greckich słów: *kryptos* – tajny, *thanatos* – śmierć), czyli w wyniku eutanazji niedobrowolnej, a więc przeprowadzonej bez wiedzy i zgody pacjenta. Stanowiło to 11 procent wszystkich zgonów w Holandii. Liczba ta powinna być nawet jeszcze wyższa, gdyż w statystykach nie uwzględnio-

no niedobrowolnego uśmiercania noworodków, dzieci i pacjentów chorych psychicznie.

Od tamtej pory specjalna komisja w Hadze co pięć lat publikuje kolejne raporty na ten temat. Wynika z nich, że odsetek eutanazji wykonywanych w Holandii oscyluje między 2 a 4 procent wszystkich zgonów. Kategoria ta obejmuje jednak tylko „aktywne dobrowolne eutanazje”. Jeżeli doliczy się do tego także inne rodzaje eutanazji (dobrowolna bierna, niedobrowolna aktywna i niedobrowolna bierna), wówczas ogólna liczba będzie kilkakrotnie wyższa.

Takim rodzajem uśmiercania pacjentów, który nie figuruje w rubryce „aktywna dobrowolna eutanazja”, jest tak zwana sedacja terminalna. Praktykował ją często doktor Pieter Admiraal, który chętnie dzieli się swym doświadczeniem: najpierw pacjentowi podaje się podwyższone dawki morfiny, a następnie przestaje się go karmić i poić; po kilku dniach chory umiera z głodu lub odwodnienia, ale ponieważ jest odurzony narkotykami, to nie wie, że umiera i nie jest w stanie zaprotestować. W taki właśnie sposób został zabity dziadek Henka Reitsmy.

Admiraal mówi, że sedacje terminalne stanowią około 11,5 procenta wszystkich zgonów w Holandii. Jego zdaniem większość lekarzy wybiera tą metodę pozabawiania pacjentów życia, gdyż nie muszą wówczas wypełniać wielu biurokratycznych formalności, które wymagane są w przypadku oficjalnie zgłoszonej „aktywnej dobrowolnej eutanazji”.

Likwidacja bezwartościowego życia

Zanim odpowiemy na pytanie, dlaczego większość eutanazji dokonywanych dziś w Holandii odbywa się bez wiedzy i zgody pacjenta, prześledźmy pokrótce historię tego zjawiska. Słowo „eutanazja” pochodzi od greckiego wyrazu *euthanatos* i oznacza „dobrą śmierć”. Według encyklopedii PWN jest to „powodowane współczuciem zabicie człowieka, który cierpi i jest nieuleczalnie chory”. W polskim prawodawstwie eutanazja została określona jako „zabicie człowieka na jego żądanie pod wpływem współczucia”, zaś w holenderskim jako „aktywne pozbawienie człowieka życia na jego własną prośbę”.

Wspomniany już Ryszard Fenigsen pisze, że na przestrzeni dziejów wyróżnić można dwa dominujące nurty ruchu proeutanazyjnego. Pierwszemu z nich – eksterminacyjnemu – przyświeca ideał ludzkości zdrowszej, silniejszej, piękniejszej i wyzwolonej od cierpień, dlatego jego przedstawiciele domagają się eliminacji istot biologicznie mało wartościowych. Drugi nurt – wolnościowy – odwołuje się natomiast do praw i swobód człowieka, wśród których na jednym z czołowych miejsc znajduje się prawo do wyboru własnej śmierci.

Współcześni zwolennicy eutanazji reprezentują najczęściej ten drugi nurt, chociaż w historii częściej dochodzili do głosu entuzjaści pierwszej opcji. Eutanazja znana była już w niektórych społeczeństwach w staro-

żytności, np. w Sparcie, gdzie nowo narodzone dzieci przedstawiano do oceny starszyźnie, która wybierała jednostki silne i zdrowe, zaś noworodki słabe i chore skazywała na porzucenie na zboczach góry Tajgetos. Tam padały one łupem dzikich zwierząt lub drapieżnych ptaków. Zarazem już wówczas zaznaczył się silny sprzeciw wobec eutanazji. W przysiędze Hipokratesa (z przełomu V i IV wieku przed Chrystusem), która stała się podstawą wszystkich kodeksów lekarskich, czytamy: „Nikommu, nawet na żądanie, nie dam śmiertelnej trucizny, ani nikomu nie będę jej doradzał, podobnie nie dam też nigdy niewieście środka poronnego. W czystości i niewinności zachowam życie swoje i sztukę swoją”.

Zakaz eutanazji został później wzmocniony przez chrześcijaństwo. Święty Augustyn pisał: „Nigdy nie wolno zabić drugiego człowieka, nawet gdyby sam tego chciał”. Pewne zmiany przyniósł dopiero protestantyzm. W XVI stuleciu Marcin Luter twierdził, że dziecko upośledzone jest *massa carnis*, czyli płodem szatańskim pozbawionym duszy, tak więc zabicie go nie jest grzechem.

Sam termin „eutanazja” upowszechnił w XVII wieku Francis Bacon, opisując w swej „Nowej Atlantydzie” idealne społeczeństwo, w którym lekarze mieliby prawo skracać życie osobom nieuleczalnie chorym. W XIX stuleciu zwolennikami eutanazji byli August Comte, a przede wszystkim Fryderyk Nietzsche, który domagał się jej „dla chorych, którzy mają nieprzyzwo-

itość żyć długo, nikczemnie wegetują zatraciwszy poczucie przyzwoitości”.

Nową jakość przyniosła w 1920 roku publikacja profesorów Karla Bindinga i Alfreda Hochego pt. „Zgoda na niszczenie bezwartościowego życia”. Obaj niemieccy naukowcy uznali, że dla dobra pacjentów można pozbawiać ich życia – nieuleczalnie chorych na ich prośbę, a znajdujących się w śpiączce i upośledzonych psychicznie bez ich zgody.

Praktyczna realizacja postulatów Bindinga i Hochego dokonała się w Trzeciej Rzeszy. We wrześniu 1939 roku, podczas pobytu w Sopocie, Adolf Hitler podpisał rozkaz rozpoczynający akcję masowej eutanazji niemieckich kalek i chorych psychicznie: „Niniejszym udziela się Reichleiterowi Bouhlerowi oraz doktorowi nauk medycznych Brandtowi wszelkich pełnomocnictw w zakresie zwiększania uprawnień określonych lekarzy, po to, by ci ostatni mogli zadawać pacjentom, którzy wedle wszelkich ludzkich kryteriów są nieuleczalnie chorzy, miłosierną śmierć po najbardziej wnikliwym orzeczeniu lekarskim dotyczącym stanu ich zdrowia”.

Skutkiem decyzji Hitlera, który powoływał się na swoje rozumiane miłosierdzie, była akcja o kryptonimie „T-4”. Oblicza się, że w jej ramach, według różnych szacunków, z pomocą lekarzy zginęło od 275 tysięcy do 400 tysięcy chorych. Egzekucji dokonywano w Bernburgu, Brandenburgu, Grafeneck, Hadamarze, Hartheim, Sonnenstein i innych szpitalach psychia-

trycznych. W oficjalnej dokumentacji ośrodka w Hartheim eutanazję określano mianem dezynfekcji: „Do 1 września 1941 zostało zdezynfekowanych 70.237 osób. (...) Przy przeciętnym zużyciu 3,50 RM zaoszczędzono dziennie 245.955,50 RM”.

W ramach akcji „T-4” likwidowano nie tylko chorych psychicznie, ale także dzieci, na początku upośledzone umysłowo, później również sprawiające trudności wychowawcze, a w końcu o wydaniu „skierowania na eutanazję” mógł zdecydować nawet kształt małżowiny usznej. Wśród ofiar znajdowali się także niedołążni staruszkowie, co prawda bez starczej psychozy, ale nieproduktywni z punktu widzenia finansów państwa. Nosicielei „bezwartościowego życia” uśmiercano najpierw zastrzykiem z morfiny, skopolaminy i kwasu pruskiego, potem zaś głodzono na śmierć lub gazowano czadem. To właśnie w Sonnenstein latem 1941 roku użyto po raz pierwszy komór gazowych. Ich efektywność spowodowała, że postanowiono je później wykorzystać na masową skalę w niemieckich obozach zagłady.

W akcję eutanazyjną zaangażowane były największe autorytety niemieckiej psychiatrii o światowej sławie, m.in. profesorowie Max de Crinis i Konrad Meyer. Większość morderców w białych kitlach, która dokonywała wówczas eutanazji, pozostała po II wojnie światowej bezkarna. Na przykład doktor Horst Schumann, odpowiedzialny za wymordowanie 14 000 niewinnych ludzi w Sonnenstein, został uznany przez sąd

we Frankfurcie nad Menem za „niezdolnego do uczestnictwa w procesie” i jego sprawę zamknięto. Inny nazistowski eutanasta, doktor Kurt Borm, usłyszał wyrok uniewinniający, gdyż – jak stwierdził sąd – „nie można mu było udowodnić, iż mógł wiedzieć, że masowe zabijanie było czynem nieprawnym”. Borm mógł więc dalej, podobnie jak wielu innych „egzekutorów”, kontynuować swoją lekarską praktykę.

„Dokonało się” w Wielki Piątek

Zbrodnie niemieckich nazistów spowodowały, że po II wojnie światowej eutanazja została potępiona i znalazła się w odwrocie. Musiało minąć trochę czasu, nim zaczęła wracać, tym razem pod humanitarnymi hasłami ulżenia doli osób doświadczających niewyobrażalnych cierpień. Krajem, który okazał się pionierem w tej dziedzinie, była Holandia. Dużą rolę odegrała tam wieloletnia działalność publiczna Jana van den Berga, zwanego niekiedy „apostolem eutanazji”. W swych pełnych pasji wystąpieniach domagał się on zalegalizowania kryptanazji noworodków z wadami wrodzonymi, osób z demencją starczą, a nawet ofiar wypadków drogowych, które przez kilka godzin nie odzyskują przytomności. Przeciwników eutanazji określał mianem wsteczników kierujących się przestarzałymi i zdyskredytowanymi normami etycznymi. Wydana przez niego książka pt. „Potęga medycyny a etyka lekarska” doczekała się

w Holandii kilkudziesięciu wydań i była – po Biblii – najczęściej kupowaną lekturą w tym kraju.

Działalność van den Berga i jego sympatyków stworzyła klimat intelektualny, w którym możliwa stała się zmiana nastawienia społecznego (zwłaszcza środowiska lekarskiego) wobec eutanazji. Wspomniany wcześniej doktor Pieter Admiraal, nazwany „ojcem chrzestnym” eutanazji w Holandii, przyznaje, że swojego pierwszego pacjenta uśmiercił już w 1969 roku i nie miał z tego powodu żadnych kłopotów.

Przełomem stała się sprawa młodej holenderskiej lekarki Gertrudy Postmy, która w 1973 roku zabiła własną matkę. Przed sądem zeznała, że matka znajdowała się w głębokiej depresji i wielokrotnie prosiła ją o skrócenie życia. Rozprawie sądowej towarzyszyła kampania medialna Holenderskiej Fundacji na rzecz Eutanazji (NVVE), która argumentowała, że skrócenie męczarni osobom cierpiącym ponad siły jest aktem miłosierdzia i humanitaryzmu. Sąd przychylił się do tej argumentacji, mimo że depresja, którą była dotknięta zabita kobieta, jest chorobą uleczalną.

Gertruda Postma została skazana na tydzień więzienia i rok nadzoru sądowego. Ta symboliczna kara zapoczątkowała praktykę uniewinniania przez sądy holenderskie sprawców eutanazji, chociaż proceder ten oficjalnie nadal pozostawał nielegalny. Doszło więc do sytuacji, w której skracanie życia pacjentów stało się coraz częstszym zjawiskiem, a państwo przymykało na to oczy.

W 1983 roku ukazał się raport holenderskiego socjologa Henriego W. A. Hilhorsta na temat praktyk eutanazyjnych, powstały na podstawie badań w ośmiu renomowanych szpitalach. Hilhorst, który sam był zwolennikiem eutanazji, opisywał, że pozbawianie życia chorych bez ich wiedzy i zgody, a nawet bez świadomości ich rodzin, to zjawisko powszechne w badanych przez niego placówkach. Jeden z lekarzy przyznał mu się nawet, że pewnego młodego pacjenta, „który czepiał się życia”, uśmiercił w przyпадку gniewu i zniecierpliwienia. Raport Hilhorsta nie wywołał w Holandii żadnej społecznej reakcji, być może dlatego, że na skutek wieloletniej kampanii medialnej opinia publiczna została oswojona z tezami o dobroczynnej roli eutanazji.

W tym kontekście niezwykle symptomatyczna była reakcja na dwa wydarzenia, do jakich doszło w 1985 roku. Kiedy w haskim domu starców „De Terp” zaczęło nagle umierać wielu pensjonariuszy, przeprowadzono w tej sprawie śledztwo. Wykazało ono, że zabijał ich pielęgniarz, który stracił cierpliwość, by zajmować się osobami starszymi i zrzędlivymi. Sąd uniewinnił oskarżonego, nakazując mu jedynie zmianę miejsca pracy. Na wolność wypuszczono też pielęgniarzy z oddziału neurochirurgii Wolnego Uniwersytetu w Amsterdamie, którzy nie mogli znieść widoku nieprzytomnych chorych i postanowili ich uwolnić od niepotrzebnych cierpień. W tym celu wstrzykiwali chorym środki, które porażały ich oddech i wstrzymywały akcję serca.

Pielęgniarze nie doczekali się ani społecznego potępienia, ani wyroku skazującego w sądzie. Spotkali się za to z sympatią mediów i poparciem środowiska lekarskiego. W ich obronę zaangażowało się wiele społecznych komitetów. Nawet w Holandii bowiem prawo nie zezwala na uśmiercanie chorych pielęgniarom, a jedynie lekarzom. Sprawców jednak uniewinniono, a kiedy opuszczali gmach sądu, przed wejściem czekali na nich rodzice zabitych pacjentów i ze łzami w oczach dziękowali pielęgniarom za ich czyn.

Nic więc dziwnego, że w takiej atmosferze społecznej musiało dojść do zalegalizowania eutanazji. Wymowny był fakt, że stało się to w Wielki Piątek 2002 roku, a holenderska minister zdrowia Els Borst, gdy podpisywała ustawę o legalności eutanazji, powtórzyła słowa wypowiedziane przez Chrystusa na krzyżu: „Dokonało się”.

Nie ból, lecz strach

Jaka motywacja przyświecała ustawodawcom, gdy decydowali się na uprawomocnienie eutanazji? Najczęściej jako główny powód skrócenia życia chorego podaje się ból fizyczny, często przekraczający granice ludzkiej wytrzymałości. W praktyce dzieje się jednak inaczej. Według danych Światowej Organizacji Zdrowia, przy obecnym stanie medycyny ból daje się wyeliminować lub znacząco załagodzić aż w 95 procentach

przypadków. Przyznaje to zresztą sam doktor Admiraal, który mówi, że cierpienie fizyczne jest przyczyną prośby o śmierć tylko w 29 procentach przypadków. Znacznie ważniejszym motywem natomiast, bo dotyczącym aż 70 procent przypadków, jest poczucie utraty godności i sensu życia.

Potwierdza to założyciel pierwszego w Holandii hospicjum, doktor Zbigniew Żylicz. Kiedyś pracował on jako lekarz w szpitalu. Gdy pojechał na urlop, zastępujący go doktor poddał eutanazji jego pacjentkę, która wcale o to nie prosiła. „Ona i tak by umarła, a ja potrzebowałem wolnego łóżka”, wyjaśnił zmiennik. Wstrząśnięty tym Żylicz porzucił pracę w szpitalu i stworzył ośrodek hospicyjny „Rozenheuvel” w Rosendaal. Jak sam opowiada, główną przyczyną prośby o eutanazję nie jest ból, lecz lęk. Ludzie boją się cierpienia, samotności, braku opieki oraz tego, że staną się ciężarem dla rodziny.

Willy Ebbers, przełożona pielęgniarek z hospicjum „Zeisterwoude”, przyznaje, że żaden z pacjentów, który pragnął eutanazji, a później trafił do jej ośrodka, kiedy został otoczony opieką, nie ponawiał już prośby o zabicie. „Czasem wystarczy, że się obok kogoś usiądzie, porozmawia, potrzyma za rękę i już wraca mu wola życia”, mówi Ebbers, zaś doktor Żylicz wspomina: „Kiedyś przez pół godziny rozmawiałem z nowo przywiezionym pacjentem. Później ze łzami w oczach dziękował mi, bo od lat już nikt z nim tak długo nie rozmawiał”.

Jedna z pionierek ruchu hospicyjnego na świecie Cicely Saunders z Wielkiej Brytanii stwierdza: „Jeżeli chory przywołuje eutanazję, to zawsze dlatego, że czegoś lub kogoś zaczęło mu brakować”. Najlepszą pomocą dla pacjenta w tym stanie nie jest pozbawienie go życia, ale otoczenie opieką paliatywną: medyczną, psychologiczną, społeczną i duchową. Jest to rozwiązanie bez wątpienia trudniejsze i bardziej skomplikowane niż eutanazja, ale troszczące się o zaspokojenie potrzeb fizycznych, psychicznych i socjalnych chorego, bez pozbawiania go życia.

Profesor Ryszard Fenigsen mówi, że za prośbą o śmierć najczęściej kryje się rozpaczliwe wołanie o odrobinę troski, o zwrócenie na siebie uwagi. Najczęściej propozycja taka pada, gdy chory jest w stanie przygnębienia i ciężkiego załamania psychicznego. Sam Fenigsen podczas swej 19-letniej praktyki lekarskiej w Holandii tylko raz zetknął się z prośbą o eutanazję. Padła ona z ust pacjenta, którego znał zaledwie od dwóch godzin:

„Chory był cały spuchnięty i cierpiał na taką duszność, że od trzech tygodni nie spał i wszystkie noce przesiedział na krześle ciężko dysząc. Wkrótce po przeniesieniu na mój oddział szpitalny ten człowiek powiedział do mnie: ‘Doktorze, niech mi pan już lepiej da ten zastrzyk, co to pan wie’, najwyraźniej mając na myśli śmiertelne wstrzyknięcie. Gdyby trafił na lekarza-eutanastę, prośbie jego prawdopodobnie stałoby się zadość. Cierpiał przecież okropnie. Można było z dużym praw-

dopodobieństwem przyjąć, że była to nieodwracalna niewydolność serca i że nie było widoków na poprawę; a nawet że ‘proces umierania był już w toku’. Poza tym chory sam przecież zażądał, by go uśmiercono.

Zwrócił się jednak z tą prośbą pod niewłaściwy adres. Jestem tylko staroświeckim lekarzem, wątpię często o rozpoznaniu i zupełnie nie ufam moim prognozom. Nie przyszłoby mi nigdy do głowy, aby słowa, które chory wypowiedział w chwili rozpacz, obrócić przeciwko niemu. Nie przyszłoby mi też nigdy do głowy, że mógłbym kogoś zabić i nie wiem nawet, jak to się robi. ‘Podręcznik odpowiedzialnej eutanazji’, który mi kiedyś – jak i wszystkim innym lekarzom w kraju – przysłało propagujące eutanazję stowarzyszenie, odesłałem z nieuprzejmym listem. Muszę więc wyznać, że nie poświęciłem tej prośbie pacjenta należytej uwagi. Odpowiedziałem mu: ‘daj mi pan spokój z takimi gadkami, przecież pan widzi, że jestem bardzo zajęty, i to właśnie tym, żeby panu pomóc’. Udało się go wtedy wyciągnąć z owego ciężkiego stanu, odwodnić, zamiast bardzo szybkiej akcji serca (trzepotania przedsionków) przywrócić normalny rytm. Przyszło mi wtedy do głowy, i udało się to potwierdzić, że przyczyną choroby były zatory płucne. Zatory te nie powtórzyły się już nigdy więcej dzięki leczeniu przeciwzakrzepowemu. Pacjent ten zjawiał się do kontroli w ambulatorium przez sześć lat. Ani on, ani ja nie wspominaliśmy nigdy o jego prośbie, wypowiedzianej w chwili załamania”.

Nowe generacje lekarzy mają już jednak często inne podejście do tych kwestii. Według badań z 1989 roku aż 41 procent holenderskich lekarzy dokonało przynajmniej jednej kryptanazji. Jak opowiada profesor Fenigsen: „Na zebraniu zespołu lekarzy naszego szpitala młody internista wystąpił z wnioskiem, aby to zgromadzenie specjalistów *zabroniło* reanimowania pacjentów, co do których takie zastrzeżenie poczynił. ‘Jest szczególnie przykre – argumentował – gdy się takiego pacjenta na następny dzień znów znajduje przy życiu’. (...) Typowa jest następująca sytuacja: pacjent z niedowładem połowicznym po zkrzepie mózgowym sprzed kilku lat przybywa do szpitala ze świeżo powstałym zawałem serca i lekarz-eutanasta wydaje zlecenie ‘nie reanimować’. W parę godzin później pielęgniarki pozwalają choremu umrzeć na banalne migotanie komór serca. Jaka jest przyczyna śmierci tego człowieka? Nie zawał serca lub jego powikłania, bo to migotanie komór można było jednym wyładowaniem elektrycznego defibrylatora przerwać. Porażenie połowiczne też nie, z tym żył ten chory już od lat i mógł z tym żyć dalej. *Człowiek ten zmarł na uzgodnienie*”.

Doktor Zbigniew Żylicz jest zdania, że lekarze tak naprawdę uczą się swojego fachu nie na zajęciach w akademii medycznej, ale w praktyce, od swoich najtrudniejszych pacjentów. Gdy dominuje mentalność eutanazyjna i najtrudniejsze przypadki eliminuje się, zamiast je leczyć, wówczas lekarze nie wiedzą, jak

postępować z pacjentami w skomplikowanych sytuacjach, gdyż nie są tego nauczeni. On sam w Holandii spotkał się z przypadkiem doktora, który wyznał mu, że nie wie, jak prowadzić leczenie, gdyż zawsze w takim wypadku stosował eutanazję.

Eutanazja jest wyjściem najprostszym – nie wymaga długotrwałego wysiłku, żmudnego analizowania danych, opanowania lekarskiego kunsztu. Eliminuje problem w jednym momencie.

Miłosierni inaczej

Eutanaści najczęściej przedstawiają się jako prawdziwi idealisci, kierujący się czystym miłosierdziem i współczuciem. Utrzymują, że skracają życie chorego dla jego własnego dobra i w jego dobrze pojętym interesie. Tymczasem jest to argument logicznie niespójny, gdyż w momencie uśmiercenia człowieka unicestwione zostają wszelkie jego dobra i interesy.

Poza tym analiza wielu przypadków eutanazji stosowanej w Holandii wykazała, że duża liczba tych zgonów to wcale nie „dobra śmierć”, jak sugerowałaby oficjalna nazwa owego procederu, lecz długotrwała agonía w ciężkich męczarniach. Dzieje się tak chociażby w przypadku pacjentów z ostrym obrzękiem płuc, z ciężką mocznicą czy z blokiem serca, którym odmówiono pomocy w intencji skrócenia ich życia.

Skoro chorzy ci zgłosili się o pomoc do lekarza, to znaczy, że chcieli żyć, nie mieli zaś intencji umierania. Wymowne świadectwo zostawia w swoich pamiętnikach doktor Janusz Korczak, który zajmował się osobami cierpiącymi na choroby nowotworowe i skarżącymi się przez to na chroniczny przejmujący ból. W tamtych czasach, kilkadziesiąt lat temu, jedynym środkiem uśmierającym cierpienie była morfina. „Mówiła mi pielęgniarka w przytułku, że sama stawiała pacjentom przy łóżku toksyczną dawkę lekarstwa, czyli słoik z roztworem morfiny w rozcieńczeniu. Każdego z nich pouczała – nie brać więcej niż jedną łyżkę, bo to trucizna. Łyżka ukoji bóle, większa dawka zabije. Na przestrzeni kilku lat żaden pacjent nie sięgnął po dawkę trującą”.

Skoro sami chorzy nawet w ciężkim stanie nie kwapią się do sięgania po śmiertelne dawki trucizny, to dlaczego tak często robią to dziś lekarze bez wiedzy i zgody samych zainteresowanych? Czy kryptanazja jest wypaczeniem szlachetnych ideałów eutanazji, czy też ich logiczną konsekwencją? Profesor Ryszard Fenigsen nie ma w tej sprawie wątpliwości: „Ważna przyczyna, która sprawia, że dobrowolnej eutanazji musi towarzyszyć eutanazja niedobrowolna, leży w samej logice eutanazji. Kto wierzy i głosi, że pozbawienie człowieka życia, aby uwolnić go od cierpień, jest dobrodziejstwem, nie ma prawa pozbawić niektórych cierpiących tego dobrodziejstwa tylko dlatego, że nie są w stanie sami o to poprosić”.

Poza tym uśmiercenie pacjenta bez jego wiedzy i zgody jest dla wielu lekarzy łatwiejsze do wykonania niż eutanazja dobrowolna. Ta ostatnia wymaga bowiem przeprowadzenia trudnej rozmowy z pacjentem, wytrzymania jego wzroku, nieprzewidzianych reakcji w momencie samego zadawania śmierci. Znacznie łatwiej jest dokonać eutanazji, gdy do ostatnich chwil chory pozostaje w nieświadomości co do zamiarów lekarza. Tego samego zdania był zresztą doktor Fritz Lenz, twórca prawa obowiązującego w Trzeciej Rzeszy od 1940 roku, który utrzymywał, że eutanazja bez wiedzy chorego jest „mniej okrutna” i „bardziej humanitarna”. Dlatego właśnie komory gazowe urządzano na podobieństwo łaźni, by do ostatniej chwili utrzymać skazanych w przekonaniu, że to tylko zabieg higieniczny, a nie egzekucja.

Rozpowszechnienie mentalności kryptanazyjnej i częste stosowanie tego typu praktyk spowodowało w Holandii podkopanie zaufania wielu ludzi do lekarzy. Dotyczy to zwłaszcza osób starszych, które często wolą korzystać z usług medycyny niekonwencjonalnej niż zgłaszać się do lekarzy pierwszego kontaktu. Coraz większa liczba Holendrów w podeszłym wieku, zamiast zwracać się do rodzimej służby zdrowia, woli wyjeżdżać na leczenie do pobliskich Niemiec, gdzie pamięć o zbrodniach narodowych socjalistów jest na tyle żywa, że nie ma tam na razie mowy o zalegalizowaniu eutanazji. W Holandii, jak mówi przewodniczący organizacji „Krzyk dla Życia” Bert Dorenbos, „ni-

gdy nie można być pewnym, czy lekarze przychodzą cię leczyć, czy zabić”.

Kiedy przygotowywano projekt ustawy o eutanazji, grupa holenderskich emerytów z Amersfoort wysłała list otwarty do rządu w Hadze. Autorzy pisali: „Czujemy, że nasze życie jest zagrożone. Wiemy, że dużo kosztujemy naszą społeczność. Wiele osób sądzi, że jesteśmy bezużyteczni. Często zauważamy, że próbuje się nas przekonać, że pragniemy śmierci. Jesteśmy przerażeni, że prawo może zezwolić na eutanazję”.

Ich obawy zostały jednak zignorowane. Nie jest zatem dziwne, że z inicjatywy fundacji „Azyl” wielu emerytów zaczęło nosić przy sobie zaświadczenia, iż nie zgadzają się na eutanazję na wypadek, gdyby zaślabli na ulicy i zostali przewiezieni bez przytomności do szpitala. Zdarzały się bowiem przypadki uśmiercania starszych osób, które w ten sposób trafiały do placówek medycznych.

„Pigułka śmierci” dla zmęczonych życiem

Coraz częściej w Holandii eutanazja wymuszana jest przez członków rodziny chorego, którzy również powołują się na argument współczucia i litości wobec swego bliskiego. Często jednak za takim żądaniem kryje się mechanizm, który ponad sto lat temu opisał Lew Tołstoj w powieści „Zmartwychwstanie”. Jeden z bohaterów tego utworu, niejaki Niechludow „pamię-

tał, jak ku końcowi choroby matki otwarcie pragnął jej śmierci. Próbował wmówić sobie, że pragnie, aby się wyzwoliła od cierpień, w rzeczywistości pragnął sam wyzwolić się od widoku jej cierpień”. Podobną wrażliwość na ludzkie cierpienia przedstawił niemiecki lekarz Hoimar von Ditfurth, gdy opisał reakcję pewnego arystokraty na prośby żebraczki, która zapukała do jego domu: „wyrzućcie ją, bo inaczej złamię mi serce”.

Nierzadkie są też przypadki, gdy najbliższa rodzina dąży do skrócenia życia chorego, ponieważ jest stroną, która na tej śmierci korzysta. W 1984 roku głośna była w Holandii sprawa małżeństwa: Reina i Lucii Clary van Bemmelenów. Para umówiła się, że wspólnie podda się eutanazji – najpierw miała to zrobić ona, a trzy dni później on. Rzeczywiście, lekarz uśmiercił kobietę, ale wówczas mąż oświadczył, że rezygnuje z eutanazji i wkrótce potem wyjechał do Austrii, gdzie szybko się ożenił. Sprawa stała się głośna, ponieważ van Bemmelen, emerytowany profesor geologii, poprosił znanego holenderskiego reżysera Wibo van de Lindena, by towarzyszył ich umieraniu i nakręcił film dokumentalny o wspólnej drodze na tamten brzeg. Dokument taki powstał, dzięki czemu możemy oglądać, jak przerażona Lucie Clara van Bemmelen rozpaczliwie błaga męża o przedłużenie życia, jak prosi go choćby o jeszcze jeden weekend spędzony z przyjaciółmi, jednakże współczujący mąż nie daje się przekonać. Po emisji filmu w holenderskiej telewizji ani emerytowany geolog, ani lekarz, który dokonał eutanazji, nie zostali

pociągnięci do odpowiedzialności karnej, chociaż pani van Bemmelen nie cierpiała wcale z powodu bólu nie do wytrzymania.

Ustawa obowiązująca w Holandii jako główny powód eutanazji podaje cierpienie, nie precyzje jednak, czy ma mieć ono charakter fizyczny, czy psychiczny. W marcu 1998 roku doktor Philip Sartorius zabił zastrzykiem senatora Edwarda Brongersmę, który nie był w ogóle chory, tylko odczuwał „zmęczenie życiem”. Sartorius został przez sąd uniewinniony, a dla zwolenników eutanazji stał się wręcz bohaterem. W jego obronę zaangażowała się m.in. minister zdrowia Els Borst. Poparła ona pomysł przepisywania trucizny „bardzo starym ludziom, którzy mają już dość życia, nawet jeśli ludzie ci byłiby fizycznie zdrowi”.

Emerytowany sędzia Sądu Najwyższego Huib Drion od dawna domaga się z kolei wprowadzenia ustawy, w myśl której każdy, kto skończy 70 lat, powinien mieć dostarczoną do domu „pigułkę śmierci”. Będzie mógł ją zażyć w dowolnej chwili, gdy uzna, że jest zmęczony życiem. Nie jest to zresztą pomysł nowy: już przed laty przywoływany wcześniej noblista Francis Crick postulował wprost: „Śmierć legalną można by ustanowić dla osiemdziesięciu lat: poza tą datą lekarze nie mieliby obowiązku przedłużania życia w sposób kosztowny i często niepotrzebny”.

Zwolennicy eutanazji coraz głośniejszą mówią też o rozszerzeniu jej legalności na kolejne grupy społeczne, głównie na chorych umysłowo i upośledzone dzie-

ci. W rzeczywistości nie chodzi o wywalczenie prawa do eutanazji, lecz do kryptanazji, gdyż zarówno chorzy psychicznie, jak i noworodki nie są w stanie sami poprosić o odebranie im życia. Obowiązujące od 2002 roku prawo mówi, że prośba o eutanazję powinna być dobrowolna, świadoma i wielokrotnie powtarzana. Praktyka jednak jest zupełnie inna. Już w 1993 roku Holenderskie Stowarzyszenie Pediatriczne zatwierdziło proceder zabijania niepełnosprawnych noworodków. W 2004 roku powstał tak zwany protokół z Groningen, opracowany przez zespół pediatrów pod przewodnictwem doktora Edwarda Verhagena. Zawiera on warunki, które muszą zostać spełnione, by można było uśmiercić chore dziecko. Podstawowym kryterium decydującym o wyeliminowaniu takiego człowieka ze wspólnoty żywych jest stwierdzona komisyjnie „niska jakość życia”.

Mierniczy „jakości życia”

W 1989 roku wybitne osobistości holenderskiej nauki na czele ze specjalistką od etyki Helen Dupuis wydały opracowanie, w którym zalecały wykonywanie eutanazji noworodków na podstawie kryterium „wartości życia”. Autorzy precyzowali, iż „wartość ludzkiego życia zależy od tego, jaką wartość inni ludzie temu życiu przypisują”. Było to niemal dosłowne powtórzenie sformułowanej w 1934 roku zasady, która stała się podstawą polityki higieny rasowej w Trzeciej Rzeszy. To

fachowcy w białych kitlach mają mierzyć jakość życia i oceniać jego wartość, by następnie decydować, kogo można uśmiercić, a kogo pozostawić na tym świecie.

W Wielkiej Brytanii, gdzie praktyka uśmiercania upośledzonych noworodków jest także rozpowszechniona, opracowano nawet jednostki pomiaru jakości życia, tzw. *QL*, czyli *quale* (od angielskiego *Quality of Life*). W zależności od uzyskanej ilości *quali* podejmuje się decyzje w sprawie życia lub śmierci dziecka. O wyniku decyduje m.in. skala ograniczenia sprawności w wyniku choroby, stopień zdolności do funkcjonowania w życiu codziennym czy prognozowana intensywność odczuwania bólu. Życie uznawane jest za wartościowe w zależności od tego, w jakiej mierze jest źródłem przyjemności i dobrobytu. Jego jakość gwałtownie spada, gdy okazuje się ono zbyt kosztowne i uciążliwe.

W ten sposób *de facto* zaakceptowano postulat, który wysuwał już dawno Francis Crick. Domagał się on stworzenia nowych definicji prawnych życia i śmierci: „Na przykład można by rozważyć nową definicję urodzenia, odkładając datę do dwóch dni po położeniu. To pozwoliłoby na zbadanie nowo narodzonych – którzy nie są jeszcze istotami ludzkimi we właściwym znaczeniu tego słowa – i zastosowanie eutanazji u tych, którzy urodzili się z jakimkolwiek poważnym zniekształceniem”.

Podobnie uważa jeden z najbardziej prominentnych współczesnych bioetyków, profesor Peter Singer, który pisze wprost: „Obecnie rodzice mogą wybrać, czy

utrzymać, czy zniszczyć ich niepełnosprawne dzieci, tylko jeśli zdarzy się, że niepełnosprawność zostanie wykryta podczas ciąży. Nie ma logicznych podstaw, by ograniczyć wybór rodziców do tych szczególnych wypadków niepełnosprawności. Jeśli niepełnosprawne nowo narodzone niemowlę nie byłoby uznane za mające prawo do życia, powiedzmy tydzień czy miesiąc po urodzinach, pozwoliłoby to rodzicom, po konsultacji z lekarzami, dokonać wyboru na podstawie dużo większej wiedzy o niemowlęciu, niż jest to możliwe przed narodzinami”.

Usankcjonowanie tego typu postępowania jest wynikiem przyjęcia nowej moralności, która odrzuca tradycyjną etykę stojącą na straży godności każdego ludzkiego życia. Potwierdzają to zresztą sami zwolennicy eutanazji. Francis Crick mówił: „Nie wierzę ani jednemu słowu tej tradycji, wedle której wszyscy ludzie rodzą się równi i jednakowo godni czci”. Takie samo stanowisko prezentuje Peter Singer głoszący, że podstawą nowej etyki musi być zniszczenie dominującego dotychczas przekonania o świętości i nienaruszalności ludzkiego życia.

Niektóre osoby nie zasługują więc na istnienie, gdyż ich „jakość życia” w oczach innych jest zbyt niska, by mieli prawo do egzystencji. Część zwolenników eutanazji uważa wręcz, że nie wszyscy ludzie są osobami, w związku z czym nie mogą być objęci prawami człowieka. Na przykład Helena Eilstein w tekście opublikowanym w 2001 roku na łamach krakowskiego „Znaku”

uznała, że pacjent cierpiący na chorobę Alzheimera nie tylko przestaje być osobą, ale nawet człowiekiem czy zwierzęciem i przekształca się w przedmiot, w rzecz, w jakieś bliżej niesprecyzowane „to”.

Wspomniany już „apostoł eutanazji” w Holandii Jan van den Berg domagał się na początku lat sześćdziesiątych XX wieku eutanazji wszystkich noworodków, które urodziły się jako ofiary talidomidu. Był to lek nasenny i przeciwbólowy, wynaleziony przez niemieckich chemików w 1953 roku i sprzedawany w Europie Zachodniej bez recepty w latach 1957-1961. Później okazało się, że korzystanie z talidomidu przez kobiety w ciąży powoduje nieodwracalne deformacje płodu, zwłaszcza kończyn. W rezultacie na Starym Kontynencie urodziło się około 12 tysięcy dzieci z ciężkimi deformacjami ciała, brakiem kończyn lub nienaturalnymi proporcjami organizmu.

Wykryciu afery talidomidowej towarzyszyła kampania medialna na rzecz „oszczędzenia cierpień” upośledzonym dzieciom. W jej efekcie około 3 tysięcy kobiet dokonało aborcji. Największy rozgłos zyskała jednak sprawa 24-letniej Belgijki Suzanne Coipel van de Put, która w maju 1962 roku zamordowała swą tygodniową córeczkę Corinne tylko dlatego, że ta urodziła się bez rąk. W listopadzie tego samego roku sąd w Liège wydał wyrok uniewinniający małżeństwo van de Put. Na starych belgijskich kronikach filmowych widać rozentuzjasmowany tłum, który wiwatuje na cześć pary opuszczającej gmach sądu.

Francuski publicysta Morvan Lebesque, *nota bene* zdeklarowany agnostyk, który obserwował proces w Liège, tak relacjonował go na łamach tygodnika „Le Canard enchaîné”: „W Liège jednak nie tylko uniewinniono państwo van de Put. Nazwano ich ‘świętymi’, ‘bohaterami’, ‘męczennikami’. Sławiono ich ‘nadludzką odwagę’, ich ‘wzniosłą litość’, ‘wielkość poświęcenia’. Ostatniej soboty rozgorączkowany tłum wywoływał ich na balkon ‘jak króla i królową’; krzyczano z radości, całowano się na ulicach, zasypano tych ‘bohaterów’ górą kwiatów, niesiono ich w triumfalnym pochodzie... W ową sobotę Liège przekreśliło ideał, o który tylu ludzi walczyło przez stulecia: życie ludzkie jest absolutem. Liège uczciło uznane wreszcie prawo do zabicia dziecka, kiedy nie ma ono rąk albo nóg, kiedy nie jest ładne i miłutkie jak inne dzieci, kiedy nam przynosi wstyd wobec sąsiadów”.

Puentę do tej historii dopisało samo życie: w następnych latach ofiary talidomidu, których „wartość życia” miała być rzekomo zbyt niska, by zasługiwały na istnienie, udowodniły, że znakomicie dają sobie radę w życiu zawodowym i osobistym. „Talidomerzy” kończyli studia, zakładali rodziny, czuli się szczęśliwi. Wielu z nich zaangażowało się w ruch obrony życia, dowodząc, że każdy chory, niezależnie od stopnia niepełnosprawności, ma prawo do istnienia.

Euforia, jaka zapanowała po wyroku w Liège, była zwiastunem zmian, jakie miały nastąpić w tym kraju. We wrześniu 2002 roku Belgia jako drugie państwo na

świecie po Holandii zalegalizowała eutanazję. W społeczeństwie tym istnieje silna presja, aby likwidować dzieci niepełnosprawne. Odczuwają to na co dzień państwo Lionel i Renate Roosemontowie, których córka Tykwa urodziła się z wodogłowiem. W szpitalu wielokrotnie musieli odrzucać wysuwane przez lekarzy propozycje eutanazji dziewczynki. Później natomiast często spotykali się z sytuacjami, gdy na ulicy podchodzili do nich nieznajomi ludzie z wyrzutami, dla czego w ogóle dopuścili do urodzenia takiego dziecka. „Prawo do eutanazji stało się obowiązkiem eutanazji”, mówi Lionel Roosemont.

Małżonkowie uważają, że Tykwa wniosła do ich życia rodzinnego wiele szczęścia i radości. Ludzie, którzy na co dzień opiekują się dziećmi niepełnosprawnymi, podkreślają, że tego typu osoby wyzwalają w nas to, co najlepsze, a tym samym wyświadczają ludziom zdrowym wielką przysługę.

Mentalność eugeniczna

Na przykładzie najbardziej kontrowersyjnych przypadków ostatnich dziesięcioleci można wyraźnie prześledzić, jak w środowiskach medycznych krajów zachodnich zmieniał się nastawienie wobec eutanazji dzieci. 28 czerwca 1981 roku w Wielkiej Brytanii urodził się John Pearsons – chłopiec z zespołem Downa. „Nie chcę go”, powiedziała wkrótce po urodzeniu mat-

ka dziecka. Doktor Leonard Arthur, słysząc to, rozpoczął procedurę, która polegała na zaprzestaniu karmienia chłopca i podawaniu mu dużych dawek środków przeciwbólowych. Cztery dni później John zmarł.

Lekarz miał jednak pecha, gdyż jedna z pielęgniarek, którą dręczył widok konającego przez cztery dni dziecka, powiadomiła policję. Arthur stanął przed sądem, gdzie okazało się, że nie była to jego pierwsza ofiara. Biegli orzekli, że śmierć chłopca została spowodowana przez przedawkowanie środków przeciwbólowych, których podawanie było nieuzasadnione, gdyż zespół Downa nie wywołuje bólu. Wydawało się więc, że doktor zostanie skazany za morderstwo.

Nie doszło do tego, gdyż w obronę Arthura zaangażowały się lekarskie autorytety. Jeden z nich, doktor Peter Dunn, przyznał przed sądem, że sam często postępował podobnie: „Sam w takich przypadkach zalecam jedynie opiekę pielęgniarską w nadziei, że brak karmienia spowoduje rozwinięcie się powikłań, które doprowadzą do śmierci dziecka z zespołem Downa”. W efekcie sąd nie skazał Arthura.

Inną głośną sprawą był przypadek Baby Doe – dziecka urodzonego 4 kwietnia 1982 roku w Bloomington Hospital w stanie Indiana w USA. Noworodek z zespołem Downa miał źle zbudowany przełyk, co uniemożliwiało normalne karmienie go. W takich sytuacjach rutynową czynnością jest operacja mająca na celu udrożnienie przełyku. Położnik Walter Owens doszedł jednak do wniosku, że lepiej będzie jak naj-

szybciej skrócić życie dziecka poprzez podawanie mu środków przeciwbólowych i zagłodzenie na śmierć. Przekonał do tego rodziców noworodka.

Kierownictwo szpitala wstrzymało się jednak z podjęciem decyzji do czasu zasięgnięcia opinii sądu. Poproszony o wydanie orzeczenia sędzia John Bakers uznał, iż rodzice niepełnoletniego dziecka mają prawo do wyboru takiej terapii, jaką proponują im lekarze. Tym samym orzekł więc, że skazanie kogoś na śmierć jest metodą leczenia. Baby Doe przestał zatem być karmiony.

Gdy sprawa została nagłośniona przez media, prokuratura hrabstwa Monroe wniosła rewizję do Sądu Najwyższego stanu Indiana. Zapadła decyzja o ponownym rozpoczęciu karmienia dziecka do momentu wydania ostatecznego wyroku. Było już jednak za późno. Baby Doe piątego dnia zmarł zagłodzony, a werdykt w jego sprawie nigdy nie został ogłoszony. Nikt nie został ukarany za uśmiercenie noworodka.

Trzy dekady, jakie minęły od tamtych czasów, przyniosły radykalną zmianę w tego typu sytuacjach. Dziś to sądy przekonują rodziców, by wydali zgodę na zabicie własnego dziecka. Jeśli natomiast ojciec i matka nie godzą się na uśmiercenie swojego dziecka, muszą się liczyć z poważnymi kłopotami. Tak było z Moe i Saną Maraachli z Kanady, rodzicami chłopca, który żył od stycznia 2010 do września 2011 roku i przeszedł do historii jako Baby Joseph. Zarówno lekarze, jak i sąd odmówili niemowlęciu wykonania zabiegu tracheotomii,

który pozwoliłby mu normalnie oddychać. Zamiast tego wyznaczili termin, w którym Joseph miał zostać odłączony od aparatury umożliwiającej oddychanie i uśmiercony zastrzykiem wstrzymującym akcję serca. Jedynie ogromny nacisk opinii publicznej udaremnił te plany. Zanim to jednak nastąpiło, rodzice chłopca traktowani byli niemal jak przestępcy tylko dlatego, że nie wydali zgody na zabicie swego syna. Sąd ograniczył im możliwość spotkań z własnym dzieckiem i mogli je widywać tylko w towarzystwie strażnika.

Oczywiście głównym argumentem na rzecz uśmiercania nieuleczalnie chorych noworodków jest odwoływanie się do kryterium niskiej „jakości życia”. Lekarstwem na to ma być eutanazja, czyli „dobra śmierć”. Jak wygląda ona w przypadku głodzenia dzieci z upośledzeniami lub wadami letalnymi, pokazują najdobitniej prace doktor Hal Siden. Z badań tej kanadyjskiej lekarki wynika, że głodzone dziecko umiera przeciętnie przez 13 dni, choć zdarzały się przypadki, gdy agonia trwała nawet 26 dni. Siden podkreślała, że dla personelu medycznego widok tak długiego konania jest trudnym doświadczeniem.

Cóż można przeciwstawić twierdzeniom specjalistów, którzy uważają życie osób upośledzonych za mniej wartościowe, nieszczęśliwe i pozbawione sensu? Posłuchajmy wyznania, jakie na łamach czasopisma „Ombres et Lumière”, poświęconego problematyce dzieci niepełnosprawnych, zamieścił ojciec pewnej dziewczynki chorej na zespół Downa:

„Moja Nanou pluskała się w wodzie. Było wspaniałe słońce, od czasu do czasu przysłaniane białym obłoczkiem; morze spokojne i ciepłe. Nanou była szczęśliwa; brodziła z zapalem, ochlapywała się z radością przepelniona szczęściem, że może się przewracać do woli w tej ogromnej, migocącej ‘kałuży’; śmiała się głośno do słońca. (...) Jakiż rozczulający jest śmiech dziecka szczęśliwego! Ale jak wstrząsający radosny śmiech dziecka upośledzonego!... My, rodzice dzieci ‘tak urodzonych’, wiemy dobrze, ile czułości zachowujemy dla tego śmiechu, ilekroć dane nam jest go posłyszeć: to śmiech, który dziękuje, dodaje odwagi...

Moja Nanou wyszła z wody, drobna i krucha wobec nieskończoności morza. Ze swymi zmoczonymi warokczykami i wątlwym ciałkiem śmiała się do słońca, bo ona nie zna troski ani zniechęcenia, ani goryczy, ani wątpliwości, żadnej z tych wszystkich chorób duszy, tylko wielki spokój serca, radość kochania i świadomość tego, że jest kochana taka, jaka jest”.

Nieżyjący już francuski genetyk, profesor Jérôme Lejeune podczas jednego z sympozjów przywołał przykład pewnej austriackiej rodziny, w której urodziła się dziewczynka z zespołem Downa oraz zdrowy chłopczyk. Gdyby to miało miejsce w dzisiejszych czasach, dziewczynka zostałaby najprawdopodobniej po badaniach prenatalnych zlikwidowana poprzez aborcję, a gdyby jednak dane było jej się urodzić, to wszystko wskazuje na to, że zostałaby przez lekarzy zagłodzona lub zabita zastrzykiem. Taka jest przynajmniej

powszechna praktyka w większości krajów Europy Zachodniej. Dziewczynka z zespołem Downa jednak urodziła się, urosła, a kiedy jej matka uległa paraliżowi, sama się nią opiekowała. Przez pięć lat, aż do śmierci matki, była jej oparciem i źródłem radości. Zdrowy chłopiec opuścił tymczasem rodzinne strony i wyjechał w świat robić karierę. Nazywał się Adolf Hitler.

Śmierć głodowa w państwie dobrobytu

Szczególnym przypadkiem eutanazji jest skracanie życia osobom znajdującym się w stanie określanym jako „trwała śpiączka”. Najczęściej ludzi takich przestaje się karmić i poić, aż umrą z głodu i odwodnienia. W Stanach Zjednoczonych tego typu praktyka jest dopuszczalna od 1990 roku, gdy Sąd Najwyższy (stosunkiem głosów 5 do 4) opowiedział się za prawem do odmowy niepożądanych procedur medycznych. Pod tym pojęciem może kryć się zarówno „zaprzestanie uporczywej terapii”, jak i „eutanazja bierna”. W 1999 roku Amerykańskie Towarzystwo Szpitalne szacowało, że około 70 procent wszystkich zgonów w placówkach zdrowia następuje na skutek wstrzymania bądź zaniechania leczenia.

Sąd orzekający w sprawie Ann Karen Quinlan, przebywającej od 1975 do 1984 roku w stanie śpiączki, stwierdził, że obowiązek ochrony życia przez państwo zanika proporcjonalnie do pogarszającej się szansy na

odzyskanie świadomości. Nie każde życie jest więc tyle samo warte, lecz zależy ono od diagnozy medycznej i oceny prawnej. Stąd wzięła się w USA praktyka wyrażania sądowej zgody na odłączenie pacjenta od pokarmów i napojów.

Głośnym echem w USA odbił się w 1993 roku przypadek Christine Busalacchi, która była co prawda chora, ale jej stan ulegał stałej poprawie: „uśmiechała się, śledziła oczami obecnych przy niej ludzi, a nawet zaczęła formułować pewne słowa”. Ostatecznie jednak przeważyło zdanie jej rodziny, która zdecydowała się „skrócić cierpienia” dziewczyny. Bez picia i jedzenia Christine umierała przez wiele dni.

Czy była to „dobra śmierć”? Najlepiej na to pytanie mogłaby odpowiedzieć Kate Adamson, która w 1995 roku na skutek obustronnego wylewu krwi do mózgu trafiła do szpitala i przez 70 dni leżała w śpiączce. Lekarze stwierdzili u niej przewlekły stan wegetatywny i zdecydowali, by zaprzestać jej karmienia i podawania płynów. Jak sama później wspominała, przez osiem dni umierała z głodu i pragnienia: „to była po prostu tortura”. Przeżywając straszliwe cierpienia, sparaliżowana kobieta nie była w stanie nawet się poruszyć. Całymi dniami i nocami chciała krzyczeć z bólu, lecz nie mogła. Swe życie zawdzięcza determinacji męża Stevena Klugmana. Pewnego razu poprosił ją, by dała mu sygnał, że go słyszy. I wtedy zauważył, że mrugnęła okiem. Zażądał od lekarzy, by z powrotem podłączyli umierającą Kate sondę, ci jednak odmówili. Dopiero gdy zagroził

im procesem, posłuchali go. Z czasem Kate Adamson odzyskała świadomość i wróciła do zdrowia.

Tyle szczęścia nie miała natomiast Terri Schiavo, 41-letnia Amerykanka, która w 2005 roku na skutek decyzji sądu na Florydzie skazana została na śmierć głodową i umierała przez 13 dni. Kobieta od 15 lat znajdowała się, jak orzekli lekarze, w przewlekłym stanie wegetatywnym, choć miała kontakt z otoczeniem i reagowała na widok osób bliskich. Jej rodzice oraz rodzeństwo chcieli utrzymać Terri przy życiu i poddać ją rehabilitacji. Nie wyraził jednak na to zgody mąż chorej – Michael Schiavo, ustanowiony przez sąd jej prawnym opiekunem. Złożył on do sądu wniosek o odłączenie żony od karmienia i podawania jej płynów.

Mąż nalegał na uśmiercenie żony, gdyż wcześniej otrzymała ona 1,3 miliona dolarów odszkodowania za błędy w sztuce lekarskiej, a w przypadku jej śmierci to on przejąłby całą kwotę. Żeby nie utracić tych pieniędzy, Michael nie godził się na rozwód z Terri, choć od dawna był związany z inną kobietą, z którą miał nieślubne dziecko. Sąd odrzucił prośbę rodziców chorej, by to oni zostali jej prawnymi opiekunami. Przychylił się natomiast do wniosku męża, aby odłączyć żonę od sondy dokarmiającej.

Terri Schiavo została skazana na długą, powolną śmierć. Jak mówił jej brat Robert Schindler: „Ostatnie 72 godziny były barbarzyńskie. Umieranie z godnością jest wielkim kłamstwem. Oglądanie cierpienia mojej

siostry przed jej śmiercią jest czymś, czego nigdy nie zapomnę”.

Przypadek Terri Schiavo wywołał na całym świecie ożywioną dyskusję. Jednym z jej elementów było pytanie, czy na Florydzie doszło do eutanazji, czy zaprzestania uporczywej terapii. Większość etyków przychyliła się do zdania, że podawanie pokarmów i napojów nie może być uznane w żadnym wypadku za formę terapii, gdyż jest ono obowiązkową formą opieki podstawowej nad chorymi. W związku z tym nie mieliśmy do czynienia z rezygnacją z uporczywej terapii, lecz z formą zalegalizowanej eutanazji.

Licencja na zabijanie

Zwolennicy eutanazji często używają takich określeń jak: „prawo do śmierci”, „wybór odpowiedniej chwili”, „godne umieranie”, „towarzyszenie naturze” czy „współczujące uwolnienie”. Głoszą przy tym, że legalizacja eutanazji spowoduje, iż człowiek będzie mógł decydować o własnym życiu. Jest to jednak nieprawda, gdyż nie trzeba wcale legalizować eutanazji, by człowiek mógł decydować o swoim życiu. Przecież ani samobójstwo, ani jego próba nie są w żadnym państwie karane przez prawo. Chodzi więc nie tyle o możliwość decydowania o własnym życiu, ile o życiu innych ludzi. Usankcjonowanie eutanazji daje bowiem lekarzom

(czy szerzej: personelowi medycznemu) prawo do zadawania śmierci.

„Sądzę, że od czasu, gdy śmierć stała się jednym z rodzajów terapii, lekarze stracili perspektywę, z czym mają do czynienia”, uważa Henk Reitsma, którego dziadek został uśmiercony przez kryptanazję. „Po pierwsze, ogromnym nieporozumieniem wydaje mi się założenie, że życie w cierpieniu nie ma sensu. Żyjemy w czasach, gdy nie rozumiemy dobrze cierpienia, nie znajdujemy dla niego miejsca, a przecież pojęcia cierpienia i sensu nie są rozłączne, a przeciwnie – często pokrywają się. Po drugie, nie mamy odpowiedniej perspektywy, by podejmować decyzje na poziomie życia i śmierci, by robić to odpowiedzialnie. Zdecydowanie przeceniamy nasze możliwości”.

Eutanazja – jak mówił profesor medycyny Julian Stolarczyk z Gdańska – „jest klęską chorego i lekarza, wynikiem niespełnienia i nieumiejętności”. Nieumiejętne postępowanie z pacjentem doprowadza go często do stanu, który nazywany bywa 3xB – ból, bezsenność, beznadziejność. W tym stanie chory często jest gotów poprosić o ulżenie mu w cierpieniach nawet poprzez zadanie śmierci. Wystarczy jednak, że lekarz opanuje ból i przywróci pacjentowi sen, a wraca mu wola życia.

Doświadczenie medycyny paliatywnej profesora Stolarczyka jest następujące: „Chory wie, że umiera i chce, aby ktoś był z nim, umiał usunąć ból i nie opuścił go aż do śmierci. Nie chce być sponiewierany przez cierpienie. Lekarz, wiedząc o tym, musi wyjść

naprzeciw tym oczekiwaniom. Sam nie może się bać tego wszystkiego, co może się stać. Musi być dostępny, musi odjąć lęk i przynieść otuchę nie tyle słowem, ile swoją osobowością. Na początku potrzebny jest jakiś niewielki sukces w zmniejszaniu dolegliwości somatycznych (np. zniesienie bezsenności, zaparcia) i nawiązanie kontaktu psychicznego (moment wspólnej zadumy czy radości z bycia razem). Prośba chorego o pozbawienie go życia jest wynikiem niezaspokojenia jego potrzeb. W momencie, gdy znajduje oparcie w lekarzu i rodzinie, każda chwila życia staje mu się droga. (...) Eutanazja jest zaprzeczeniem daru życia i wartości związków międzyludzkich, jest prostym skreśleniem z listy żyjących niewygodnego i pozornie niepotrzebnego człowieka. Umierający oczekuje od lekarza i od otoczenia akceptacji swojej osoby, pomocy i umniejszenia cierpienia, a nie sprawnego wykonania wyroku śmierci”.

ŚMIERĆ MÓZGOWA

czyli zwłoki z bijącym sercem

Cud w Oklahomie?

Rok 2003. Jedenastoletnia Agnieszka Terlecka przyjeżdża na obóz jeździecki pod Piłą. Instruktor każe jej przejechać się bez asekuracji na świeżo ujeżdżonym koniu. Narowiste zwierzę ponosi dziewczynkę i w galopie zrzuca ją z grzbietu. Agnieszka traci przytomność. W stanie śpiączki zostaje przewieziona do szpitala w Pile. Lekarze orzekają śmierć pnia mózgu.

Kilka dni później pani ordynator bierze na bok rodziców Agnieszki i oznajmia im, że ich dziecko nigdy nie odzyska świadomości i zawsze będzie wegetować jak warzywo. Pyta, czy zgodzą się na pobranie od niej narządów do transplantacji. Argumentuje, że Agnieszce i tak już nic nie pomoże, a jej organy mogą uratować kilkoro innych dzieci. W ten sposób jej śmierć nie pójdzie na marne.

Regina i Robert Terleccy popierają transplantację, więc skłonni są zgodzić się na pobranie narządów od córki. Stawiają tylko jeden warunek: chcą wiedzieć, kto będzie biorcą serca, wątroby, nerek. Lekarka odmawia im jednak udzielenia informacji, wobec czego wstrzymują się ze swoją decyzją.

W tym czasie do Roberta Terleckiego, który prowadzi sklep motocyklowy, zgłasza się znany żuźlowiec Tomasz Gollob i radzi, by rodzice udali się po pomoc dla córki do Bydgoszczy. W tym mieście profesor Jan Talar prowadzi najbardziej znaną w kraju klinikę wybudzania chorych ze śpiączki. Przywrócił do przytomności także kilku żuźlowców, którym lekarze nie dawali szans.

Terleccy podejmują decyzję przewiezienia córki z Piły do Bydgoszczy. Nie można jednak wypisać dziewczynki ze szpitala, gdyż na jej karcie chorobowej widnieje napis „śmierć pnia mózgu”. W polskim prawodawstwie taka diagnoza jest równoznaczna ze śmiercią człowieka, a to oznaczałoby, że Terleccy chcą wywieźć ze szpitala zwłoki dziecka. Lekarka przekreśla więc długopisem słowo „śmierć” i zamienia je na „stłuczenie” (rodzice do dziś przechowują ten dokument). Dopiero wówczas Agnieszka może opuścić szpital.

Dziewczynka, którą uznano za zmarłą, trafia do kliniki profesora Talara. Zaczyna się rehabilitacja. Po czterech dniach Agnieszka sama siada, po miesiącu – zaczyna chodzić. Dziś jest zdrową, młodą, normalnie

funkcjonującą w życiu kobietą. W 2011 roku zdała maturę i dostała się na studia.

Podobną historię mogłaby opowiedzieć mieszkanka Charleston w Wirginii Zachodniej – Val Thomas. 17 maja 2008 roku ta 59-letnia kobieta została przewieziona po ataku serca do miejscowego szpitala. Lekarze orzekli, że mózg kobiety został nieodwracalnie uszkodzony i przestał wykazywać jakąkolwiek aktywność. Postawiono więc diagnozę śmierci mózgowej (*brain death*), a jej ciało zaczęto traktować jak „wentylowane zwłoki”. Kobieta była bowiem podłączona do aparatury podtrzymującej oddychanie, aby zachować jej najważniejsze organy do transplantacji. Rodzina zastanawiała się w tym czasie nad wydaniem zgody na pobranie od niej organów. Okazało się to jednak bezprzedmiotowe, gdyż w pewnym momencie kobieta, którą zdiagnozowano jako zmarłą, podniosła się na ramieniu, zakaszła i zawołała swojego syna. Wkrótce potem Val Thomas opuściła szpital jako zdrowa osoba.

Wiele szczęścia miał także 21-letni Amerykanin Zack Dunlap z Oklahomy, który w ostatniej chwili uniknął pobrania narządów. W listopadzie 2007 roku, jadąc quadem, uległ groźnemu wypadkowi. Znalazł się w szpitalu, gdzie lekarze orzekli śmierć mózgową. Rodzina usłyszała, że chłopak do końca życia będzie roślinką – nie będzie nic czuł, nigdy też nie okaże żadnej reakcji. Pamela Dunlap, matka Zacka, zgodziła się więc na transplantację. Uznała, że skoro jej syn i tak

jest martwy, to przynajmniej niech jego serce bije w innym człowieku i daje mu życie.

Tuż przed pobraniem narządów do przeszczepu w szpitalu zbiera się cała rodzina Zacka, by pożegnać się ze zmarłym. W pewnym momencie jedna z jego kuzynek Christie Coffin, która jest pielęgniarką, nabiera wątpliwości co do stanu Zacka. Zaczyna wciskać swoje paznokcie pod paznokcie zmarłego. „Zwłoki” reagują na ból i cofają dłoń. Czterdzieści osiem godzin później niedoszły dawca opuszcza szpital o własnych siłach.

W marcu 2008 roku telewizja NBC nakręciła film, w którym wystąpił całkowicie już zdrowy Dunlap. Przed kamerą opowiadał, że słyszał, jak lekarze podejmowali decyzję o przeznaczeniu go na organy do przeszczepów: „Słyszałem, jak ogłosili mnie martwym. Cieszę się, że nie mogłem wstać, bo tak bym ich pogonił, że wyfrunęliby przez okno”.

O sprawie Zacka Dunlapa robi się głośno w USA. Niektóre media ogłaszają, że w Oklahomie stał się cud, czyli zjawisko niewytłumaczalne z medycznego punktu widzenia. Nie zgadza się z tym doktor Paul Byrne, amerykański neurolog, który uważa, że przypadek Dunlapa da się wyjaśnić na gruncie nauk medycznych – w rzeczywistości chłopak nigdy nie umarł, a lekarze orzekli jego śmierć na podstawie błędnej definicji tak zwanej śmierci mózgowej. Gdybyśmy mieli do czynienia z cudem, to w takim razie zawodowymi cudotwórcami musieliby być tacy lekarze jak Keith Andrews z Anglii, Cicero Coimbra z Brazylii czy Jan

Talar z Polski, którzy przywrócili do świadomości wielu pacjentów skazanych przez współczesną medycynę na śmierć. Doktor Byrne jest przekonany, że diagnoza śmierci mózgowej, która jest podstawą do transplantacji organów, nie oznacza tak naprawdę śmierci człowieka. W ciągu wielu lat udokumentował on wiele przypadków zaprzeczających tej oficjalnie przyjętej definicji orzekania zgonu.

Dwie definicje śmierci

Dlaczego chirurg dokonujący przeszczepu serca robi dawcy, a więc osobie uznanej za zmarłą, zastrzyk zawierający końską dawkę środka przeciwbólowego? Przecież zwłoki nie powinny czuć bólu. Dlaczego niektórzy dawcy, gdy robiono im nacięcia na klatce piersiowej, wykonywali gwałtowne ruchy nogami lub rękami albo nagle siadali? Dlaczego nacięcie ciała przez chirurga powoduje, że ciało dawcy reaguje pobudzeniem sercowo-naczyniowym i hormonalnym? Przecież oficjalnie jest on martwy.

Takie pytania zadawał sobie amerykański neurolog, profesor Alan Shewmon z Uniwersytetu Kalifornijskiego w Los Angeles, który wiele razy był świadkiem transplantacji serca. Gdy widział lekarzy wyjmujących z ciał dawców żywe, bijące serce, ogarniały go wątpliwości, czy organ pobrano od rzeczywiście martwego człowieka. Postanowił zbadać ten problem i doszedł do

wniosku, że śmierć mózgowa nie jest równoznaczna ze śmiercią osoby. Wynikiem jego wieloletniej pracy stała się opublikowana w 1991 roku książka pt. „Recovery from ‘brain death’”. Profesor dowodzi w niej, że definicja śmierci mózgowej jest jedynie hipotezą, którą obalają zarówno naukowe fakty, jak i życiowe doświadczenie. Okazuje się, że jego stanowisko popiera dziś wielu chirurgów, neurologów, anestezjologów, rehabilitantów czy bioetyków.

Żeby odpowiedzieć sobie na pytanie, skąd się wzięła cała kontrowersja, należy cofnąć się do dnia 3 grudnia 1967 roku. Wówczas to w szpitalu w Kapsztadzie południowoafrykański kardiochirurg Christiaan Barnard dokonał pierwszej na świecie udanej transplantacji serca. Narząd został pobrany od Denise Darvall, ofiary wypadku drogowego, i przeszczepiony 53-letniemu Louisowi Washkansky’emu, który przeżył z nowym organem 18 dni. Od tamtej pory w transplantologii zaczęła się nowa era.

W wielu krajach barierą dla rozwoju przeszczepów stała się jednak obowiązująca na całym świecie klasyczna definicja śmierci. Niekwestionowana przez wieki przez nikogo, uznawała ona za odejście z tego świata moment nieodwracalnego ustania akcji serca i czynności oddechu. Taka definicja, oparta na kryteriach krążeniowo-oddechowych, uniemożliwiała jednak przeprowadzenie transplantacji serca. Żeby dokonać bowiem przeszczepu tego organu, jego praca nie może ustać – musi ono bić.

Jak pisze amerykański neurochirurg profesor Richard Nilges: „Dopływ krwi do żywotnych organów, takich jak serce czy wątroba, musi się utrzymywać, by biorca mógł otrzymać żywe serce lub wątrobę. Po kilku minutach w temperaturze pokojowej komórki serca, podobnie jak wątroby, obumierają. Martwe serce nie może być przywrócone do czynności, a martwa wątroba nie wznowi działania. Stoi to w kontraście z mitem, w który za sprawą mediów wierzy społeczeństwo, jakoby ‘wtyczka została wyjęta’ na oddziale intensywnej terapii, serce się zatrzymało, a martwy dawca był wywożony na chirurgię w celu odzyskania organów, dawniej znanego pod bardziej znaczącym terminem *harvesting*, oznaczającym po angielsku zbiory lub żniwa. Nie tak to jednak wygląda w wypadku ogromnej większości transplantacji. Podczas większości z nich twierdzi się, że mózg jest ‘martwy’, ciało natomiast jest jak najbardziej żywe. Bijące serce czy żywa wątroba są wycinane z reszty ciała i zanurzane w zimnych płynach, które mają utrzymać je w stanie ożywienia, dopóki nie zostaną przeszczepione. Wówczas nie ma już wątpliwości, że martwa jest reszta ciała, a nie tylko mózg”.

Po to więc, by można było przeprowadzać przeszczepy serca w zgodzie z obowiązującym prawem (tzn. pobierając je od osób martwych, a nie żywych), należało zmienić definicję śmierci. Zajął się tym powołana w 1968 roku na Uniwersytecie Harvarda w USA specjalna komisja (Harvard Ad Hoc Committee), która

w swym raporcie stwierdziła wprost: „naszym celem jest zdefiniowanie nieodwracalnej śpiączki jako nowego kryterium śmierci”. Już w punkcie wyjścia została zatem sformułowana teza końcowa.

Efektom prac Komisji Harwardzkiej było opublikowanie dokumentu, w którym zawarto dwie dopuszczalne definicje śmierci. Pierwsza z nich opierała się na klasycznych kryteriach i brzmiała następująco:

„Osoba będzie uważana za zmarłą z etycznego i prawnego punktu widzenia, jeśli zgodnie z opinią lekarza, opartą na uznanych standardach sztuki lekarskiej, nie stwierdza się samodzielnie wykonywanej funkcji oddychania i akcji serca z powodu choroby lub jakichś czynników, które spowodowały, w sposób bezpośredni lub pośredni, ustanie tych czynności lub z powodu dystansu czasowego od momentu ustania tych czynności, wszelkie wysiłki w zakresie resuscytacji są uważana za nierokujące żadnej nadziei; w tym wypadku śmierć będzie miała miejsce w momencie, gdy ustały te czynności”.

Zarazem jednak Komisja Harwardzka zaproponowała drugą, alternatywną definicję śmierci, opartą już na zupełnie nowych kryteriach:

„Osoba będzie uważana za zmarłą z etycznego i prawnego punktu widzenia, jeśli zgodnie z opinią lekarza, opartą na uznanych standardach sztuki lekarskiej, występuje u niej brak samoczynnego działania mózgu; i jeśli, zgodnie z uznanymi zasadami sztuki lekarskiej, w trakcie przeprowadzanych prób podtrzyma-

nia lub przywrócenia samoczynnej czynności krążenia i oddychania okazuje się, że dalsze próby resuscytacji bądź wspomagania czynności organizmu nie odniosą sukcesu, śmierć będzie miała miejsce w momencie, gdy te warunki wystąpią po raz pierwszy. Śmierć musi być orzeczona, zanim jakikolwiek ważny dla życia narząd będzie usunięty w celu transplantacji”.

To właśnie wtedy powstała definicja śmierci mózgowej. Pierwszym miejscem, w którym została ona wprowadzona oficjalnie do ustawodawstwa, był w 1970 roku stan Kansas w USA. W następnych latach w większości krajów świata przyjęto prawo wzorowane na raporcie Komisji Harwardzkiej. Stojący na jej czele doktor Henry Beecher nie ukrywał, że celem jego prac było zalegalizowanie praktyki przeszczepów serca: „W nowej definicji jest wielki potencjał dla ratowania życia, ponieważ, jeśli będzie ona zaakceptowana, doprowadzi do większej niż wcześniej dostępności istotnych narządów zdolnych do przeszczepu i dlatego niezliczona ilość istnień ludzkich, teraz nieuchronnie ginących, będzie uratowana”.

Beecher wyjaśniał: „Który poziom zdecydujemy się nazwać śmiercią, jest dowolną decyzją. Śmierć serca? Włosy nadal rosną. Śmierć mózgu? Serce może bić nadal. Jest potrzeba wybrania poziomu, gdy mózg już dłużej nie działa. Najlepiej wybrać poziom, gdy, jakkolwiek mózg jest martwy, użyteczność innych narządów jest nadal obecna. To chcieliśmy wyrazić w tym, co nazwaliśmy nową definicją śmierci”. Sam szef Ko-

misji Harwardzkiej przyznał zatem, że wybór nowych kryteriów orzekania śmierci był arbitralny i motywowany względami utylitarnymi, a nie spowodowany nowymi odkryciami w medycynie. Beecher traktował śmierć jako „proces”, a nie „wydarzenie”, i uważał, że w trakcie tego procesu dla celów prawnych można wyznaczyć arbitralnie pewien punkt jako granicę między życiem a śmiercią.

Profesor Richard Nilges przypomina, że w tamtym okresie od dawna w szpitalach były już w użyciu mechaniczne respiratory podtrzymujące życie przez wymuszenie oddechu: „Zwiększyły one liczbę pacjentów w stanie śpiączki, których życie podtrzymywane było ogromnym kosztem na oddziałach intensywnej terapii. Chociaż respiratory i inne urządzenia niezbędne do utrzymania takich pacjentów przy życiu były używane od lat pięćdziesiątych, to nikt wcześniej nie miał chęci, by ‘wyciągnąć wtyczkę’ i przeprowadzić tych ludzi na tamten świat. Dlaczego zmieniło się to nagle w grudniu 1967 roku?”, pyta Nilges i odpowiada, iż rzeczywistą motywacją tej zmiany było dostarczanie organów do transplantacji.

Od entuzjazmu do wątpliwości

Na początku nowa definicja spotkała się z entuzjazmem w środowiskach lekarskich. Dzięki niej stało się bowiem prawnie możliwe pobieranie do przeszczepów

narządów nieparzystych, zwłaszcza zaś serca. Dynamicznie zaczęła rozwijać się transplantologia, a wielu chorych, dla których nie było do tej pory ratunku, otrzymało szansę na przedłużenie życia. Kardiochirurdzy, którzy dokonywali przeszczepów serca, zyskali duży prestiż społeczny i zaczęli cieszyć się wielkim autorytetem, jak np. Christiaan Barnard w RPA czy Zbigniew Religa w Polsce.

Z czasem okazało się, że w różnych krajach zaczęły obowiązywać różne warianty nowej definicji, a także rozmaite kryteria diagnostyczne stwierdzania śmierci. W jednych zapisach pojawiała się określenie „śmierć mózgu” (*brain death*), w drugich „śmierć pnia mózgu” (*brainstem death*), w jeszcze innych „nieodwracalne ustanie wszystkich funkcji całego mózgu”.

W jednych państwach czas obserwacji chorego, by orzec diagnozę śmierci mózgowej, wynosi 72 godziny, w kolejnych 24, a są też takie przypadki, w których zaledwie dwie godziny (choć brazylijski neurolog Cicero Coimbra opublikował badania, z których wynika, że nieodwracalne zniszczenie mózgu nie może mieć miejsca, zanim od urazu upłynie 48 godzin).

W części krajów do wydania takiego orzeczenia konieczne jest badanie za pomocą elektroencefalografu (EEG) oraz dodatkowe badania laboratoryjne, gdzie indziej zaś nie ma takiej potrzeby. W przypadku 59 procent państw jednym z testów mających wykazać śmierć mózgową jest tzw. metoda bezdechu, która z kolei w pozostałych państwach, m.in. w Stanach Zjednoczonych,

jest zakazana jako szkodliwa dla zdrowia pacjenta. Wspomniany profesor Coimbra uważa wręcz, że metoda bezdechu nie tyle diagnozuje, ile wywołuje śmierć mózgową. Polega ona bowiem na odłączeniu chorego od respiratora, żeby sprawdzić, czy będzie on w stanie samodzielnie oddychać – w ciągu tych 10 minut dochodzi jednak do tak dużego niedotlenienia mózgu, że następują w nim nieodwracalne uszkodzenia. W Polsce metoda bezdechu jest czynnością rutynową.

Są państwa, w których diagnozę śmierci mózkowej może postawić tylko jeden lekarz, są takie, w których konieczny jest podpis dwóch lekarzy, ale są też takie, w których musi zebrać się w tym celu komisja medyczna. Tego typu różnic w sposobie orzecznictwa zgonu jest znacznie więcej, tak więc pacjenci znajdujący się w tym samym stanie – w jednych krajach uważani są za żywych, w innych zaś za martwych. To podkreśla tylko, że brak jest na świecie jednolitych kryteriów orzekania śmierci mózkowej, nie mówiąc już o tym, że są kraje, gdzie nowa definicja nie została w ogóle przyjęta.

Specyficzne przepisy wprowadzono do ustawodawstwa w Japonii, gdzie od 1997 roku obowiązuje dwojaki podejście do ludzi spełniających wszystkie kryteria śmierci mózkowej. Ich los zależy od tego, jaki zapis posiadają w swych książeczkach zdrowia. Jeżeli mają kartę dawcy (*Donor Card*) z adnotacją, że zgadzają się być dawcami organów, wówczas uznawani są za zmarłych, a ich narządy pobierane do transplantacji. Jeżeli natomiast mają zapis przeciwny, wtedy traktowani są

jak osoby żywe i poddawani terapii. Z publikacji Tomoko Abe i Yoshio Watanabe możemy dowiedzieć się, że wielu z takich pacjentów wróciło do zdrowia, zwłaszcza po zastosowaniu zabiegów hipotermii.

Wraz z upływem czasu definicja śmierci mózgowej zaczęła budzić coraz więcej kontrowersji. Od lat dziewięćdziesiątych ubiegłego stulecia na całym świecie pojawiło się wiele prac naukowych, których autorzy wytykają koncepcji harwardzkiej niezgodność z wymogami rzetelnej nauki. Ich zdaniem utożsamienie prognozy nieodwracalnej śpiączki z diagnozą zgonu człowieka stanowi nadużycie, gdyż nie ma na to żadnego dowodu naukowego.

Amerykańscy badacze David Wainright Evans i Michael Potts nie mają wątpliwości, że definicja śmierci mózgowej została przyjęta pod presją wpływowego lobby transplantologicznego. Według nich bardziej odpowiednią nazwą byłaby „śmierć protokolarna” (*death by protocol*), gdyż „bez jakiegokolwiek zmiany stanu fizjologicznego ruch długopisu powoduje zamienienie się pacjenta w ‘zwłoki z bijącym sercem’ (*beating heart cadaver*)”.

Myślące warzywo?

Wątpliwość zaczęło budzić kilka kwestii. Pierwszą z nich okazało się pytanie: czy brak aktywności jednego organu – mózgu – może oznaczać automatycznie

śmierć człowieka? Czy można utożsamiać zaprzestanie pracy jednego narządu z ustaniem życia całego organizmu?

Człowiek, u którego orzeczono śmierć mózgową, nie jest ani zimny, ani sztywny, ani blady – jest ciepły, jego skóra jest różowa, jego układ krążenia funkcjonuje, serce bije, płuca pobierają tlen, dokonuje się przemiana materii, rany zablizniają się, działa układ immunologiczny. A jednak człowiek taki uważany jest za martwego. W literaturze specjalistycznej coraz częściej pojawia się na określenie jego statusu termin „żyjące zwłoki” (*living cadaver*). Jediną przesłanką do orzeczenia śmierci stało się zdefiniowanie stanu jego mózgu. Przyjęto bowiem, że można uznać kogoś za nieżywego w przypadku ustania wszelkich czynności mózgu. Uznano też – i to wzbudziło kolejną wątpliwość u krytyków definicji śmierci mózgowej – że za pomocą odpowiednich testów medycznych stan taki da się wykazać w sposób niezbity.

Kolejne lata, jakie minęły od sformułowania definicji harwardzkiej, przyniosły wiele dowodów, że nie jest to wcale takie pewne. Zawsze gdy dochodzi do zderzenia obowiązującej teorii z faktami, które jej zaprzeczają, musi dojść do podważenia owej teorii. Tak też stało się w przypadku śmierci mózgowej. Pojawiła się cała rzesza krytyków, którzy zaczęli kwestionować orzecznictwo zgonu na podstawie nowych kryteriów. Wśród nich znaleźli się liczni naukowcy i lekarze, m.in. Borthwick, Byrne, Coimbra, Evans, Hill, Nilges,

O'Reilly, Potts, Quay, Salsich, Seifert, Shewmon, Walt, Weaver i wielu innych.

Okazało się, że nowe techniki badawcze, jak np. potencjały wywołane (ERP – *event related brain potentials*), funkcjonalny rezonans magnetyczny (fMRI – *funktional magnetic resonance imaging*), pozytronowa tomografia emisyjna (PET – *positron emission tomography*) czy magnetoencefalografy (MEG) o wysokiej gęstości są w stanie wykazać obecność „stanów mentalnych” u pacjentów, u których zdiagnozowano śmierć mózgową. Nie można więc mówić o ustaniu wszystkich czynności odbywających się wewnątrz mózgu.

Zwolennicy definicji harwardzkiej twierdzą, że za funkcje myślenia i czucia odpowiedzialna jest kora mózgową. Jej zniszczenie ma być równoznaczne z nieodwracalną utratą świadomości. Czy jest to jednak prawda?

Wspomniany już profesor Alan Shewmon kwestionuje to twierdzenie. W swojej pracy opisuje przypadki dzieci z wodogłowie, które urodziły się bez kory mózgowej. W tym stanie nie powinny być one zdolne do wykonywania jakichkolwiek świadomych czynności. Ich zapis EEG wykazywał brak funkcji mózgu (z jednym małym wyjątkiem: wyładowań padaczkowych pochodzących z patologicznego fragmentu tkanki mózgowej). Tymczasem dzieci te reagowały na swoje imię, potrafiły się bawić, uwielbiały przeglądać się w lustrze, miały swoje ulubione utwory muzyczne itd. Badając tego typu przypadki, szwedzki neurolog Björn

Merker doszedł do wniosku, że „dzieci urodzone bez kory mózgowej są świadome”.

Już choćby ten przypadek pokazuje, że działanie mózgu nadal pozostaje dla naukowców wielką tajemnicą. Wielu badaczy zwraca uwagę na niezwykłą plastyczność tego organu. Okazuje się, że ludzie pozbawieni kory wzrokowej mogą widzieć, nie mający kory słuchowej mogą słyszeć, nie posiadający kory somatosensorycznej mogą odbierać wrażenia dotykowe, a ci bez kory ruchowej mogą wykonywać dowolne ruchy. Gdy zachodzi taka potrzeba, jedne części mózgu są w stanie przejąć funkcje innych. Jest to bowiem organ mający olbrzymie możliwości adaptacyjne i regeneracyjne.

Ponieważ nauka nie poznała jeszcze wszystkich mechanizmów funkcjonowania mózgu, Shewmon proponuje, aby lekarze byli bardziej powściągliwi w wydawaniu ostatecznych ocen dotyczących nieodwracalności pewnych funkcji życiowych tego organu. Przez lata twierdzono, że pacjenci, u których zdiagnozowano „przewlekły stan wegetatywny” (*persistent vegetative state*), pozbawieni są świadomości. Tymczasem badania przeprowadzone w latach dziewięćdziesiątych XX wieku w kilkunastu klinikach brytyjskich przez zespół neurologów pod kierownictwem profesora Keitha Andrewsa wykazały u 43 procent chorych znaczny poziom świadomości. Pacjenci profesora Talara, u których stwierdzono przewlekły stan wegetatywny, po wybudzeniu ze śpiączki opowiadali, że pamiętają sło-

wa lekarzy i pielęgniarek wypowiedane w czasie, gdy wszyscy myśleli, że są oni „warzywami”. Przytomność i świadomość nie są bowiem stanami tożsamymi.

W związku z tym Alan Shewmon uważa, że brak oznak świadomości u pacjentów nie oznacza automatycznie, że nie posiadają oni jej w ogóle. Przekonuje o tym choćby przykład wspomnianego już Zacka Dunlapa, u którego stwierdzono śmierć mózgową, podczas gdy on słyszał, jak lekarze przygotowują się do transplantacji jego organów. Nie istnieją żadne urządzenia diagnostyczne, które mogłyby w sposób pewny stwierdzić istnienie bądź nieistnienie wewnętrznej świadomości chorego. To może udowodnić tylko sam zainteresowany i wielokrotnie zdarzało się, że pacjenci określani jako „zwłoki z bijącym sercem” opowiadali później, co czuli i myśleli, gdy otoczenie uważało ich za martwych. Mieli pamięć, wrażenia, uczucia, lecz nie posiadali możliwości dania żadnego sygnału, że są świadomi.

Znieczulanie zwłok

Kiedy w różnych dyskusjach przywoływane są przykłady tego typu jak Agnieszki Terleckiej czy Zacka Dunlapa, zwolennicy koncepcji śmierci mózgowej odpowiadają najczęściej, że w owych przypadkach doszło do postawienia błędnej diagnozy. Winne nie jest zatem mózgowie kryterium orzekania zgonu, tylko le-

karze, którzy pomylili się i nie rozpoznali należyście stanu chorego.

Badania przeprowadzone w Wielkiej Brytanii przez Keitha Andrewsa pokazały jednak, że nawet skrupulatne przestrzeganie zalecanych zasad postępowania nie jest w stanie uchronić lekarzy przed podejmowaniem nieprawidłowych diagnoz. W 1980 roku na zlecenie Narodowego Instytutu Zdrowia w USA przeprowadzono sekcję zwłok 226 osób, u których stwierdzono śmierć mózgową. W 10 procentach przypadków nie odkryto żadnych dających się stwierdzić naocznie zmian patologicznych mózgu, u 50 procent udokumentowano jedynie częściowe uszkodzenie mózgu, natomiast tylko u 40 procent zaobserwowano „zniszczenie mózgu”. Zdaniem takich badaczy jak Byrne, O'Reilly, Quay i Salsich, wynika to z faktu, że nie dysponujemy kryteriami diagnostycznymi, które w sposób całkowicie pewny mogłyby wykazać zniszczenie mózgu.

Przyznają to nawet zwolennicy teorii harwardzkiej. Holenderski neurolog Eelco Wijdicks uważa, że o pomyłkę w diagnozowaniu śmierci mózgowej jest bardzo łatwo i nawet rygorystyczne stosowanie wszystkich procedur nie jest w stanie wyeliminować takiej możliwości. Doktor John Doyle jest zdania, że powinniśmy zatem pogodzić się z nieuchronnymi pomyłkami przy diagnozowaniu śmierci mózgowej. Jeszcze dalej idzie w swej argumentacji Christopher Pallis, który przyznaje, że nie ma żadnej pewnej metody, by stwierdzić, iż mózg przestał funkcjonować w sposób nieodwracal-

ny. Według niego „kliniczna diagnoza ‘śmierci całego mózgu’ jest w tym znaczeniu fikcją”, tym niemniej opowiada się on za pobieraniem narządów do przeszczepu od osób tak właśnie zdiagnozowanych.

Tego typu nastawienie wydaje się zresztą dominować wśród wielu lekarzy. Od czasu wprowadzenia definicji harwardzkiej zmalała znacznie determinacja, by walczyć do końca o życie osób z uszkodzeniami mózgu znajdujących się w stanie śpiączki, natomiast wzrosła presja, żeby ratować innych chorych czekających na organy do transplantacji. Przywoływany już amerykański neurochirurg profesor Richard Nilges opowiada, że jako lekarz odpowiedzialny za wydanie diagnozy o stanie chorych z uszkodzonym pniem mózgu bardzo często znajdował się pod silną presją ekip transplantacyjnych, które naciskały na niego, aby zakwalifikował pacjentów jako osoby martwe.

„Jeden z przypadków, który sobie przypominam – opisuje Nilges – miał miejsce, kiedy zespół transplantacyjny został wezwany do naszego szpitala rejonowego bez mojej wiedzy, zanim byłem gotowy, by stwierdzić śmierć mózgową nieprzytomnego pacjenta, który doznał poważnego urazu głowy w wypadku na motocyklu. Reagował wyprostem rąk i nóg na stymulację bólową. W związku z tym nie można było mówić o braku reakcji na bodźce, chociaż jego ruchy nie były już pod kontrolą jego woli. Jego źrenice słabo reagowały na światło. Nie spełniał żadnego z kryteriów śmierci mózgowej. Szorstko odprawiłem koordynatora

wraz z jego zespołem. Kontynuowałem leczenie obrzęku mózgu pacjenta. Wyszedł ze szpitala i powrócił do szkoły”.

Nilges wspomina, że kiedy w amerykańskich szpitalach wprowadzono pojęcie śmierci mózgowej, miał on 48 godzin, żeby wydać ostateczny werdykt o życiu bądź śmierci pacjenta. Z czasem okres ten skracano, by w 1993 roku dopuścić w niektórych przypadkach już tylko jedną godzinę na końcową diagnozę. Choć u 20 procent pacjentów ze stwierdzoną śmiercią mózgową badania za pomocą elektroencefalografu wykazywały aktywność mózgu, wyeliminowano wymóg badań EEG, zaś ową aktywność nazwano „paradoksalnymi zjawiskami” lub „nic nieznaczącymi artefaktami”. Nilges wspomina, że kiedy wydawał orzeczenie o śmierci mózgowej pod presją transplantologów i krewnych chorego, którzy domagali się „skrócenia cierpienia” bliskiej im osoby, często był przekonany, że stawia nieodwracalną diagnozę żyjącemu jeszcze pacjentowi. Nie mogąc pogodzić dłużej tych praktyk ze swoim sumieniem, postanowił 11 lat wcześniej odejść na emeryturę.

Badania przeprowadzone wśród kardiochirurgów przez profesora Josepha Seiferta wykazały, że 27 procent z nich jest przekonanych, iż podczas transplantacji pobiera serce od żywej jeszcze osoby. Jeden z francuskich lekarzy wspominał, że kiedy po raz pierwszy wyciągał bijące serce z klatki piersiowej leżącego na stole operacyjnym człowieka, czuł się jak aztecki kapłan.

Opublikowane w 2004 roku wyniki ankiety wśród brytyjskich anestezjologów pokazały, że 35 procent z nich uważa, iż dawcy podczas pobierania im narządów do transplantacji odczuwają ból. Wynika to z faktu, że podczas wycinania organów u chorych następuje przyspieszona akcja serca, wzrost ciśnienia krwi, a niekiedy gwałtowne ruchy kończyn. Niektórzy próbują nawet usiąść w momencie rozpoczęcia operacji pobierania serca lub chwytają chirurga za rękę. Dlatego rutynową praktyką jest poddawanie dawcy znieczuleniu ogólnemu. Rodzi się jednak zasadnicze pytanie: czy rzeczywiście mamy wówczas do czynienia ze zwłokami?

Nieboszczyk rodzi noworodka

Protest przeciwko teorii śmierci mózgowej jest najsilniejszy w krajach, w których medycyna stoi na najwyższym poziomie, takich jak Stany Zjednoczone, Wielka Brytania czy Japonia. Najczęściej wynika on z faktu stosowania zaawansowanej diagnostyki, która wykazuje, iż u wielu pacjentów ze stwierdzoną śmiercią mózgową można zaobserwować aktywność mózgu, np. pozytywny wynik EEG czy wydzielanie hormonów przez przysadkę mózgową, co zabezpiecza organizm przed niekontrolowanym wydalaniem moczu.

Definicja śmierci mózgowej opiera się na założeniu, iż śmierć mózgu oznacza automatycznie śmierć człowieka. Ten organ jest bowiem centralnym integratorem

ciała. To mózg sprawuje kontrolę nad organizmem, integruje go w całość i pełni funkcje antyentropiczne, czyli zapobiega przeistoczeniu się ciała w bezładny zbiór narządów i tkanek, nieożywiany żadną siłą integrującą. Takie uzasadnienie śmierci mózgowej przedstawił m.in. raport Komisji Prezydenckiej w USA z 1981 roku.

Tymczasem nie potwierdzają tego wyniki badań amerykańskich neurologów. Alan Shewmon sporządził długą listę integracyjnych funkcji organizmu, które nie są sterowane przez mózg i dadzą się zaobserwować u osób znajdujących się w stanie śmierci mózgowej. Do czynności tych należą m.in. krążenie, odżywianie się, oddychanie (jako proces metaboliczny), utrzymywanie homeostazy, eliminacja szkodliwych produktów metabolicznych, m.in. poprzez funkcjonowanie nerek, podtrzymywanie temperatury ciała, zabliznianie się ran, odporność na infekcje i wiele innych funkcji. Tak więc mózg – co pokazuje doświadczenie i praktyka lekarska – nie jest wcale jedynym i niezbędnym integratorem ludzkiego ciała.

Wykazał to dobitnie przypadek 19-letniej Niemki Marii Ploch, która w 1992 roku w stanie ciężkim po wypadku drogowym trafiła do szpitala. Lekarze orzekli śmierć mózgową, ale nie odłączyli jej od aparatury, gdyż zauważyli, że dziewczyna jest w ciąży. Podtrzymali więc funkcjonowanie organizmu matki za pomocą respiratora i wkrótce potem urodziło się zdrowe dziecko. Rok później taki sam przypadek spotkał 28-letnią

Amerykankę Trishę Marshall, ranną przypadkowo podczas strzelaniny. Już drugiego dnia w szpitalu stwierdzona została u niej śmierć mózgu, a jednak pozostała ona na oddziale jeszcze przez 102 dni, gdy urodziła zdrową córkę.

Joseph Seifert zauważa, że teoria śmierci mózgowej pełna jest logicznych sprzeczności. Aprobując ją, musimy akceptować absurdalne wnioski. Na przykład takie, że nieboszczyk może urodzić żywe dziecko, albo że osoba może być zarazem martwa, ale jej ciało żywe.

Przeciwnikiem koncepcji śmierci mózgowej był także wybitny neurofizjolog, laureat Nagrody Nobla z medycyny w 1963 roku, profesor John Carew Eccles. Uważał on, że nawet gdyby się dało stwierdzić w sposób niepodważalny śmierć mózgu, to nie oznacza to jeszcze śmierci człowieka: „Najważniejsza realność mojego doświadczalnego ‘ja’ – pisał Eccles – nie może być zidentyfikowana z mózgiem, neuronami i impulsami nerwowymi”.

Masowe powroty do życia

Jeden z krytyków definicji harwardzkiej Chris Borthwick podał w swym tekście następujący argument: „Załóżmy, że mamy grupę chorych na gruźlicę i wszyscy ci pacjenci zmarli. Ktoś, kto po raz pierwszy zetknąłby się z tą chorobą, mógłby uznać, że gruźlica zawsze prowadzi do śmierci. Jeśliby jednak któryś

z pacjentów w końcu wyzdrowiał, to czy byłoby najlepszym wyjaśnieniem stwierdzenie, że chory ten zapadł na jakąś inną chorobę, nie do odróżnienia od gruźlicy na podstawie obserwacji, zwaną pseudogruźlicą? A może prościej byłoby uznać, że gruźlica jest chorobą uleczalną?”.

Wydaje się, że analogiczna sytuacja panuje w przypadku śmierci mózgowej. Niemal zawsze gdy dochodzi do przypadku, że pacjent, u którego stwierdzono śmierć pnia mózgu, wraca jednak do zdrowia, wówczas zwolennicy koncepcji harwardzkiej twierdzą, iż śmierć mózgowa jest stanem nieodwracalnym, natomiast choremu postawiono błędną diagnozę.

Doktor Renee Fox, która studiowała fenomen transplantologii od 1951 roku, a więc od czasów, gdy ta dziedzina medycyny stawiała dopiero pierwsze kroki, pisze o „zawodowo ukształtowanej formie zbiorowej negacji” wśród lekarzy transplantologów. Nie przyjmują oni do wiadomości żadnych faktów, które podważałyby kryteria określone przez Komisję Harwardzką. Zamiast dyskusji na argumenty bardzo często używają szantażu moralnego, przedstawiając każdego, kto kwestionuje definicję śmierci mózgowej, jako przeciwnika przeszczepów, biorącego na siebie współodpowiedzialność za śmierć całych rzesz pacjentów oczekujących na organy.

W ostatnich latach pojawiło się jednak tak wiele przypadków osób ze wszystkimi objawami śmierci mózgowej, którzy wrócili do normalnego funkcyjono-

wania w społeczeństwie, że nie sposób już nie stawiać głośno pytania o prawdziwość kryteriów nowego orzekania zgonów. Tym bardziej że od 1968 roku, gdy obradowała Komisja Harwardzka, rozwinęły się nowe metody terapii, które pozwalają leczyć osoby uznawane niegdyś za nieuleczalnie chore.

Jednym z takich sposobów jest hipotermia, czyli schładzanie głowy chorego do temperatury 33 stopni Celsjusza w celu likwidacji obrzęku mózgu. Brazylijski neurolog Cicero Coimbra twierdzi, że dzięki tej metodzie 70 procent pacjentów, których stan spełniał kryteria śmierci mózgowej, wróciło do normalnego życia (w Polsce tego typu terapia jest nieobecna – najbliższe ośrodki, gdzie przeprowadza się hipotermię, znajdują się w Holandii). Terapia ta z wielkim powodzeniem stosowana jest w Japonii.

Są też inne metody. Niemiecki neurochirurg Rolf Hassler przeprowadził następujący eksperyment: pacjentowi w stanie śmierci mózgowej (trwałe uszkodzenie pnia mózgu, potwierdzone później podczas sekcji zwłok) podrażnił elektrodami niższe partie mózgu, co spowodowało, że chory odzyskał przytomność, rozpoznał swoich bliskich i rozplakał się na ich widok. A przecież zgodnie z obowiązującymi przepisami powinien być martwy i niezdolny do takich reakcji.

Swoją własną metodę rehabilitacji chorych z ciężkimi uszkodzeniami mózgu opracował wspomniany już profesor Jerzy Talar. Wybudził on z długotrwałej śpiączki kilkuset pacjentów, z których wielu spełniało

kryteria śmierci mózgowej. Oryginalność jego terapii, zwanej holistyczną, polega na polimodalnej stymulacji układu nerwowego.

Zerwać z fikcją śmierci mózgowej

Tego typu przypadków jest tak dużo, że już w 2002 roku angielski lekarz Tom Woodcock zaapelował na łamach „British Medical Journal”, by skończyć z udawaniem, iż pobiera się organy do transplantacji od osób martwych. Zaproponował ustanowienie nowego prawa dopuszczającego możliwość pobierania narządów od osób jeszcze żywych, ale z ciężkimi obrażeniami mózgu. Jego zdaniem byłoby to zalegalizowaniem istniejącego obecnie stanu faktycznego.

Woodcock pisał wprost: „Jedynym powodem, dla którego musimy nazywać martwymi pacjentów bez zachowanej funkcji pnia mózgu, jest konieczność zalegalizowania pobierania organów od dawców z bijącym sercem przy jednoczesnej niechęci do używania tej etykiety w stosunku do pacjentów z zespołem, który obecnie nazywamy przetrwałym stanem wegetatywnym. Główną przesłanką, na której koledzy opierali argumentację na rzecz poprawności uznania śmierci pnia mózgu za śmierć osoby, była zawsze nieuchronność takiego scenariusza, że gdy pień mózgu przestanie funkcjonować, wtedy ‘serce przestanie bić krótko potem’. Nie ma fizjologicznej konieczności, aby tak było

i przegląd publikacji na ten temat pokazuje, że jest to nieprawdą”.

Głośnym echem w anglosaskim świecie medycznym odbiła się także w 1999 roku publikacja amerykańskiego anestezjologa Gaila Van Normana na łamach specjalistycznego pisma „Anesthesiology”. Van Norman opisał przypadki dwóch pacjentów, u których stwierdzono śmierć mózgową, a jednak podczas pobierania od nich organów do transplantacji obaj zaczęli nagle wykazywać objawy życia. Mimo to lekarze nie próbowali ratować dawców i kontynuowali operację wycięcia im narządów.

Trzeci opisany przez Van Normana przypadek zakończył się na szczęście inaczej: „Młoda kobieta otrzymująca dożylnie siarczan magnezu z powodu nadciśnienia wywołanego ciążą miała ataki skurczów padaczkowych przez kilka godzin po porodzie naturalnymi drogami. Po tych atakach była niezdolna do wybudzenia i spionizowania. Pacjentka została zaintubowana po podaniu dożylnym 4 mg Pancuronium, a badanie za pomocą tomografii komputerowej wykazało (...) uogólniony obrzęk i zawał płata potylicznego. Neurolog stwierdził, że pacjentka padła ofiarą ‘masywnych zmian neurologicznych’. Odłączono podawanie drogą dożylną Esmololu, który był zaaplikowany z powodu konieczności kontrolowania ciśnienia krwi i pracy serca, oraz otrzymano zgodę rodziny na to, aby pacjentka została dawcą. W dniu, w którym miało nastąpić pobranie narządów, anestezjolog stwierdził, że

dawca ma małe, reaktywne źrenice, słabe odruchy rogówkowe, słabe odruchy wymiotne. Infuzja Esmololu została wznowiona. (...) Po zaaplikowaniu dożylnie 10 mg Edrofonium pacjentka zaczęła kaszleć i poruszać wszystkimi kończynami”.

Tego typu przypadki opisywane przez zwolenników transplantacji, takich jak Woodcock czy Van Norman, musiały doprowadzić do zmiany poglądów także w tym środowisku. Najlepszym wyrazicielem nowego podejścia do śmierci mózgowej pozostaje dziś amerykański lekarz Robert Troug. Ten wielki entuzjasta przeszczepów serca uważa, że definicji opracowanej przez Komisję Harvardzką nie da się konceptualnie w żaden racjonalny sposób obronić. Opublikował nawet obszerną pracę naukową, w której obalił wszystkie argumenty na rzecz prawdziwości tej definicji.

Troug pisze, że „koncepcja śmierci mózgowej nie daje się uzgodnić z żadnym spójnym biologicznie czy też filozoficznie rozumieniem śmierci”. On sam, posługując się tą teorią – jak pisze – odczuwa „schizofreniczne rozdwojenie pomiędzy swoimi przekonaniem na poziomie intelektualnym a rzeczywistością praktyki klinicznej”. W związku z tym postuluje, by skończyć z fikcją śmierci mózgowej i odejść od „zasady martwego dawcy” (*dead donor rule*).

Zdaniem Roberta Trouga, nadeszła już odpowiednia pora, żeby przestać oszukiwać opinię publiczną oraz samych siebie i powiedzieć w końcu prawdę, że organy nieparzyste do transplantacji pobierane są od osób,

których nie sposób uważać za zmarłe. Troug nie jest w swych opiniach odosobniony. Do jego zdania przychyliła się wielu innych naukowców, jak chociażby Fahy, Kerridge, McGregor, Mistry, Rade, Sundin-Huard czy Verheijde. Uważają oni, że należy przyznać, iż organy pobierane są nie od osób martwych, lecz żyjących, ale znajdujących się w stanie bliskim śmierci (*near death syndrom*) i bez żadnych szans na wyzdrowienie. Według nich takie postępowanie jest bardziej etyczne, gdyż nie posługuje się kłamstwem, a zarazem pozwala pobierać narządy do przeszczepów.

Tak więc – pod naporem wciąż pojawiających się faktów – nawet wielu zwolenników teorii śmierci mózgowej musiało przyznać, iż jest ona koncepcją nie dającą się obronić naukowo. Tym samym zgadzają się oni z twierdzeniami doktora Paula Byrne’a, który już pod koniec lat siedemdziesiątych głosił, że śmierć mózgowa jest raczej prognozą, gdyż mówi o prawdopodobieństwie śmierci pacjenta, niż diagnozą, ponieważ chory nadal pozostaje żywy.

Zasada żywego czy martwego dawcy?

Zarówno Byrne, jak i Troug przyznają, że definicja śmierci mózgowej jest fikcją, a serce do transplantacji można pobrać jedynie od żyjącego jeszcze człowieka. Zarazem jednak stanowiska ich samych i ich zwolenników różnią się zdecydowanie w kwestii dopuszczalno-

ści takich przeszczepów. Troug uważa, że powinno się pobierać narządy od osób żywych, lecz znajdujących się w stanie bliskim śmierci (*near death syndrom*) lub w obliczu nieuchronnej śmierci (*imminently dying*).

Jego zdaniem od 1968 roku, gdy powstawał raport harwardzki, tak dalece zmieniła się mentalność i moralność współczesnych społeczeństw, że to, co wówczas uznawane było za zabójstwo, dziś może liczyć na masową akceptację. Według niego przyczyniła się do tego przede wszystkim praktyka odłączania od respiratora osób w stanie wegetatywnym. Za stosowaniem takiego rozwiązania przemawiają także względy ekonomiczne (kosztowność podtrzymywania pacjentów przy życiu) oraz utylitarne (niska jakość życia pacjentów w stanie wegetatywnym). Przede wszystkim jednak powinien decydować rachunek zysków i strat: jeżeli na jednej szali mamy życie człowieka, który znajduje się u kresu swej egzystencji i ma głęboko zredukowane możliwości życiowe, zaś na drugiej szali mamy człowieka, który może żyć normalnie jeszcze przez wiele lat, ale pod warunkiem, że otrzyma nowy organ – to zdecydowanie powinniśmy opowiedzieć się po stronie tego drugiego i poprzeć transplantację.

Troug uważa, że w tym celu należy oficjalnie przyjąć „zasadę żywego dawcy”. Podobnie sądzi Ian Kerridge, który jest zdania, że „narządy mogą być pobrane z ludzkiego ciała w każdej fazie życia i w trakcie różnych faz umierania”. Według obu konieczna jest

tylko zgoda: albo samego zainteresowanego, wyrażona w formie aktu woli (np. testamentu życia lub karty dawcy), albo najbliższej rodziny chorego, gdy on sam pozostaje bez świadomości.

Ze stanowiskiem tym nie zgadzają się tacy specjaliści jak wielokrotnie przywoływani już Paul Byrne czy Alan Shewmon. Ten ostatni poświęcił 20 lat swojego życia na poszukiwania naukowe, by w końcu ze zwolennika koncepcji śmierci mózgowej przeistoczyć się w jej surowego krytyka. Jest on również zdecydowanym przeciwnikiem „zasady żywego dawcy”, czyli pobierania serca do transplantacji od osób żyjących. Sprzeciw ten wynika z obowiązującej w medycynie od wieków zasady, że żaden pacjent nie może być traktowany jako środek dla dobra innego pacjenta i nie można poświęcać życia jednego człowieka, aby pomóc drugiemu.

Troug pisze, że „obecna praktyka definiowania pacjentów jako zmarłych przed pobraniem narządów może służyć temu, aby ulżyć sumieniu lekarzy w ten proces zaangażowanych, nie zmienia jednak samej rzeczywistości”. W innym zaś miejscu stwierdza, że „zarówno w przypadku odłączenia od respiratora, jak i pobrania narządów, lekarz działa i działanie to jest bezpośrednią przyczyną śmierci pacjenta”.

Spółeczna i środowiskowa akceptacja takiej roli lekarza oznaczałaby jednak konieczność przewartościowania powinności, jaka wiąże się z wykonywa-

niem tego zawodu. Wszystko wskazuje więc na to, że w sprawie śmierci mózgowej i transplantacji serca nie powiedziano ostatniego słowa, a dyskusja wśród lekarzy i bioetyków trwać będzie jeszcze długo.

EPILOG: powrót do Hipokratesa

Wiek XX przyniósł pojawienie się nowej dziedziny nauki: bioetyki. Jej narodziny związane były z wieloma niespotykanymi dotąd i niepokojącymi fenomenami w sferze medycznej. Pierwszy z nich stanowiły eksperymenty prowadzone na więźniach przez lekarzy w Trzeciej Rzeszy. Ich symbolem pozostanie na zawsze „Anioł Śmierci” z obozu zagłady Auschwitz-Birkenau – doktor Joseph Mengele.

Trzeba pamiętać, że niemiecki lekarz nie był sadystycznym dewiantem w stylu filmowego Hannibala Lectera, lecz gorliwym badaczem, który uważał, że nie można ludzkiemu umysłowi stawiać żadnych barier na drodze zdobywania wiedzy i rozwoju nauki. Podobnie jak on myślała zresztą elita lekarska w Trzeciej Rzeszy. Eksperymenty doktora Mengele w Auschwitz finansowane były przecież przez niemiecki Komitet Badań Naukowych. Nie da się też zaprzeczyć, że dane zdoby-

te podczas nazistowskich eksperymentów na ludziach, których traktowano jak króliki doświadczalne i często uśmiercano, okazały się przydatne następnym pokoleniom. Jak pisze Magda Gawin: „Doświadczenia obozowe z Dachau, Neuengamme, Ravensbrück, Oświęcimia, których depozytariuszami były wyzwalające obozy armie – radziecka i amerykańska – dostarczyły wyników wielu unikalnych obserwacji dotyczących np. wpływu gwałtownej dekompresji na ciało ludzkie, fizjologicznej reakcji pod wpływem ekspozycji na zimno, użyteczności elektrowstrząsów w leczeniu depresji, efektywności leczenia sulfonamidami ran postrzałowych, wpływu czynników chemicznych na przebieg owulacji i menstruacji”.

Kiedy sprawa ta wyszła na jaw podczas procesu norymberskiego w 1946 roku, zarówno środowiska lekarskie, jak i opinia publiczna nie miały wątpliwości, że eksperymentów medycznych na ludziach nie da się usprawiedliwić niczym, nawet uzyskaniem wartościowych wyników przydatnych w późniejszym leczeniu chorych. Świadczyły o tym rozlegające się ze wszystkich stron komentarze, jednoznacznie potępiające nazistowskie praktyki. Uznawano wówczas powszechnie, że życie żadnego człowieka nie może być traktowane instrumentalnie jako środek do poprawy życia innych jednostek czy do osiągnięcia dobra społecznego.

Jednogłośnie osądzono też politykę eugeniki i eutanazji przeprowadzanej masowo w Trzeciej Rzeszy. Odrzucono zwłaszcza założenie, że można arbitralnie

decydować, które życie ludzkie nie spełnia kryteriów dostatecznej jakości, a w związku z tym nie zasługuje na istnienie. W różnych międzynarodowych deklaracjach i apelach powszechnie uznawano, że każda istota ludzka bez względu na swój wiek, płeć, rasę, kolor skóry, język, religię, zdolności fizyczne i umysłowe, posiada niezbywalną oraz nienaruszalną godność. Zobowiązywano też wszystkie rządy na świecie, by szanowały i broniły owej godności.

Wydawać by się mogło, że po strasznych doświadczeniach II wojny światowej nastaną czasy, w których ludzie będą zawsze podmiotami i celami swoich praw, a nie przedmiotami i środkami. Stało się jednak inaczej. W kolejnych dziesięcioleciach nastąpił gwałtowny postęp w naukach medycznych, co sprawiło, że lekarze stanęli przed zupełnie nowymi wyzwaniem nie tylko naukowymi, lecz także moralnymi. Pojawiło się wiele nieznanych wcześniej możliwości, które postawiły przedstawicieli medycyny przed pokusą dominacji i uprzedmiotowienia natury ludzkiej. Nagle stanęli oni wobec sytuacji, w których pilna stała się odpowiedź na pytanie o dobro i zło w odniesieniu do życia i zdrowia innych ludzi.

Wielu lekarzy uznało wówczas, że podstawowym kryterium spojrzenia na człowieka i działań podejmowanych wobec niego jest skuteczność technologiczna i przyzwolenie społeczne. Jak pisze włoski filozof i antropolog Armido Rizzi, rozpowszechniony dziś światopogląd materialistyczny i mechanicystyczny sprawił,

że cały świat, w tym także człowiek, stał się zasobnikiem surowców podstawowych, z którymi można robić wszystko, co jest tylko możliwe od strony technicznej. Możliwość wykonania jakiegoś procesu, traktowana jako wartość absolutna, stała się wręcz powinnością. To, co da się pomyśleć, da się też wykonać. A jeśli coś można wykonać, to za wszelką cenę musi to być zrobione. W konsekwencji możliwość zamieniła się w moralną godziwość.

Warto wspomnieć na marginesie, że doktor Joseph Mengele znakomicie odnalazł się w nowej sytuacji. Po ucieczce z Europy, żyjąc w Argentynie pod zmienionym nazwiskiem jako Helmut Gregor, prowadził w Buenos Aires praktykę lekarską, dokonując licznych aborcji. W swej książce pt. „Mengele. The Complete Story” Gerald L. Posner i John Ware, przywołują przypadek kobiety, która zmarła podczas jednego z takich „zabiegów”. Argentyński historyk Jorge Camarasa opisał z kolei częste odwiedziny doktora Mengele w kolonii niemieckich emigrantów w brazylijskiej miejscowości Candido Godoi, podczas których były nazistowski lekarz fascynował się nowymi możliwościami, jakie otwiera przed ludzkością sztuczne zapłodnienie.

Nowe zjawiska w świecie medycznym wymagały wnikliwej analizy i rzetelnego osądu. W związku z tym w latach siedemdziesiątych XX wieku wyodrębniona została nowa nauka – bioetyka. Najkrócej można ją określić jako refleksję moralną na temat działań

i zachowań ludzkich dotyczących spraw zdrowia i życia człowieka. Bioetyka w sposób interdyscyplinarny łączy z jednej strony nauki empiryczne, takie jak biologia, chemia czy medycyna, z dziedzinami humanistycznymi, takimi jak filozofia, teologia, socjologia czy prawo. Nie jest to bynajmniej nauka abstrakcyjna, lecz bardzo praktyczna, odwołująca się do szeregu przykładów z dziedziny lekarskiej. Jej intencją jest kierowanie i określanie dopuszczalnych zachowań w dziedzinie biomedycznej.

Podstawowy spór w bioetyce dotyczy dziś właściwie definicji człowieka i człowieczeństwa. Wszystkie strony zgadzają się co do tego, że osoba ludzka obdarzona jest nienaruszalną godnością. Problem pojawia się jednak, gdy próbujemy sprecyzować, komu przysługuje miano osoby ludzkiej. Nie da się bowiem odpowiedzieć na to pytanie na gruncie nauk przyrodniczych. Wynika to z faktu, że pojęcie osoby (i jej godności) nie jest pojęciem biologicznym, ale filozoficznym, metafizycznym, moralnym, religijnym. Dlatego konieczne jest przyjęcie uprzednich założeń światopoglądowych.

Zasadniczo najważniejsza pozostaje więc odpowiedź na pytanie, kim jest człowiek. Filozof ksiądz Tadeusz Ślipko owo pytanie o ludzką istotę sformułował następująco: „Czy jest bytem przyrodniczym uformowanym przez siły materii i poddanym powszechnie materią rządzącym prawom, czy też reprezentuje jakąś odrębną klasę istnień i czym się od reszty świata wyróżnia?”. Innymi słowy: czy człowiek może zostać opi-

sany jedynie przez pryzmat struktury organicznej i zredukowany do poziomu substancji chemicznych, czy też jego status ontologiczny, metafizyczny i moralny jest zasadniczo inny od pozostałej materii ożywionej? Albo jeszcze inaczej: czy jesteśmy tylko zwierzętami, czy też istotami przekraczającymi determinizm świata materii?

Jeżeli jesteśmy tylko zwierzętami, a nasz status nie różni się od statusu małąp czy kotów, wówczas możemy być hodowani, poddawani eksperymentom i zarzynani. Nie ma wtedy żadnego powodu, by traktować ludzi lepiej niż krowy czy świnię. Nie ma racji, by protestować przeciw aborcji, eugenicie lub eutanazji.

Zupełnie inaczej kształtowała się jednak medycyna od czasów Hipokratesa, który moralność lekarską zawsze określał poprzez szacunek dla osoby ludzkiej. Jak świadczy o tym przysięga Hipokratesa, ów szacunek obejmował każdą osobę, zarówno nienarodzoną, jak i zniedołężniałą. Grecki lekarz odrzucał koncepcję medycyny jako czynnika społecznego służącego interesom zdrowych i silnych kosztem chorych i bezbronnych. Z dzisiejszej perspektywy wydaje się więc konieczny powrót do etyki hipokratejskiej. Uważała ona człowieka za podmiot praw i obowiązków, a nie za przedmiot, który może zostać użyty do innych celów. Nawet jeśli są one najszlachetniejsze i przedstawiane jako dobro społeczne.