

Udar mózgu jako przyczyna zmiany jakości i zagrożenie życia — perspektywa filozoficzna

Cerebral stroke as the cause of life quality change and threat to life
— philosophic perspective

Agnieszka Raniszewska-Wyrwa

Zakład Bioetyki i Filozofii Moralnej, Instytut Filozofii, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu

Streszczenie

Udar, zarówno niedokrwienny, jak i krwotoczny, może się wiązać z niedomogą pnia mózgu, który stanowi centrum kierujące i regulujące procesami życiowymi. Jeżeli życie zdefiniuje się jako pobór, przetwarzanie i kumulowanie energii oraz utrzymanie równowagi energetycznej organizmu, to wynika z tego, że warunkiem zachowania zdrowia lub nawet życia jest prawidłowy poziom energii oraz zdolność do jej przetwarzania i transportu. Działanie organizmu ludzkiego przez pryzmat energetyczności postrzegano już w starożytnej medycynie chińskiej opartej na koncepcji **zdrowia**, u której podstaw mieści się system filozoficzny zgodny z poglądem, że wszystko jest podporządkowane siłom energetycznym organizmu. Podobnie w filozofii dość często można dostrzec akcentowanie znaczenia homeostazy **sił życiowych (energii)** w zachowaniu zdrowia. Udar mózgu, jako deficyt energetyczny, powoduje naruszenie owej energetycznej homeostazy. Zmiana stanu zdrowia w następstwie udaru jest tożsama ze zmianą jakości życia. Konsekwencje udaru mogą być przejściowe lub trwałe; trwała utrata akceptowanej przez człowieka jakości życia może prowadzić do rezygnacji z jego obrony, a zatem stać się rzeczywistą przyczyną **zagrożenia życia**. Ponieważ udar mózgu — jako taki — jest jednym z najpoważniejszych zagrożeń dla życia ludzkiego, można uznać, że jest zdarzeniem, które stanowi zagrożenie w podwójnym znaczeniu: bezpośrednio (zaburzenia energetyczne mózgu powodują zgon) oraz pośrednio (obniżona jakość życia może prowokować czyny autodestrukcyjne). Drugi z rodzajów zagrożenia inicjuje rozważania nad problemem samobójstwa lub eutanazji, a tym samym implikuje potrzebę określenia granic, w ramach których człowiek może decydować o swoim życiu lub śmierci. Kwestie te przedstawiono w artykule przez pryzmat zasady świętości lub jakości życia, sensu cierpienia, autonomii oraz prawa do śmierci.

Udar Mózgu 2009; 11 (1): 23–30

Słowa kluczowe: mózg, udar, energia, filozofia, człowiek, jakość życia, świętość życia, cierpienie, śmierć

Abstract

Stroke, ischaemic as well as haemorrhagic, can be associated with an insufficient function of brain stem, which is a directing and regulating centre of life processes. If we define life as taking, processing and accumulation of energy and keeping energetic balance of an organism, the result following from it is that a condition of keeping one's health or even life is a correct level of energy and ability to process and transport it. Perceiving the activity of organism from the angle of energy was already present in the ancient Chinese medicine, which was based on the concept of **health** on the basis of which there is a philosophical system based on the belief that everything is subordinated to energetic forces of an organism. Similarly, in philosophy one can quite often notice an emphasis being put on the meaning of homeostasis of **life forces (energy)** in health maintenance. Cerebral stroke as an energetic deficit causes a disturbance of this energetic homeostasis. The change in health condition due to a stroke is identical with the change of life's quality. Stroke's consequences can be temporary or permanent; permanent loss of life's quality accepted by a man can cause a resignation from its defence, so it can be a real cause of **threat to life**. Because a stroke — in itself — is one of the biggest threats to human life, one can consider that it is an occurrence which is a double threat: direct (energetic disorder of brain causes death) and indirect (lowered life's quality can provoke autodestructive acts). The second type of threat starts a discussion on the issue of suicide or euthanasia, so it implies the necessity to set limits within which a man can decide about his life or death. These issues will be raised from the angle of principle of life's sanctity and quality, the meaning of suffering, autonomy and a right to death.

Interdisciplinary Problems of Stroke 2009; 11 (1): 23–30

Key words: brain, stroke, energy, philosophy, man, quality of life, holiness of life, suffering, death

Adres do korespondencji:

dr n. filozof. Agnieszka Raniszewska-Wyrwa
Instytut Filozofii
Uniwersytet Mikołaja Kopernika
ul. Fosa Staromiejska 1a, 87–100 Toruń
tel.: 0 56 611 36 60
e-mail: agar@umk.pl

Praca wpłynęła do Redakcji: 29 kwietnia 2009 r.
Zaakceptowano do druku: 3 czerwca 2009 r.

Udar mózgu to nagły stan zagrażający życiu, w którym występują ogniskowe lub uogólnione zaburzenia czynności mózgu, będące następstwem zaburzeń krążenia; stan ten musi utrzymywać się ponad 24 godziny [1]. Nie jest to jednostka chorobowa, lecz zespół o różnej etiologii [2]. Udary są trzecią pod względem częstości przyczyną zgonów na świecie; w Stanach Zjednoczonych i Europie dotyczy półtora miliona osób, przy czym 1/3 z nich umiera. W Polsce na udar mózgu co roku zapada około 70 tys. osób, a 30 tys. zdarzeń kończy się śmiercią. Udary można podzielić na niedokrwienne oraz krwotoczne. **Udar niedokrwienny** występuje w 8 na 10 przypadków wszystkich udarów; jest on spowodowany zatrzymaniem lub znacznym ograniczeniem krążenia w naczyniach wewnątrz-mózgowych lub doprowadzających krew do mózgu, w wyniku czego tkanka nerwowa nie otrzymuje tlenu i glukozy. **Udary krwotoczne** powstają wskutek rozerwania naczynia mózgowego, co powoduje wynaczynienie krwi w obszarze mózgowia. Są one niejednorodne; można wyróżnić wśród nich krwiaki śródmózgowe i krwotoki podpajęczynówkowe [1]. Niezależnie jednak od rodzaju zaistniałego udaru szczególnie istotne jest zminimalizowanie odstępu czasowego między wystąpieniem pierwszych objawów a interwencją lekarską, ponieważ ma to ogromne znaczenie dla dalszego rokowania.

Zarówno w przypadku wystąpienia udaru krwotocznego, jak i niedokrwiennego może dochodzić do niedomogi pnia mózgu, przy czym częściej zdarza się to w udarze krwotocznym niż w niedokrwiennym. Głównym objawem wystąpienia niedomogi pnia mózgu są zaburzenia przytomności powiązane z „burzą wegetatywną” oraz zakłóceniami ogólnej motoryki ciała [3]. Udar mózgu — zwłaszcza sprzężony z niedomogą pnia — będzie implikował zmiany w funkcjonowaniu mózgowia jako całości, a co za tym idzie w funkcjonowaniu całego organizmu ludzkiego. Dzieje się tak dlatego, że to przede wszystkim **struktura**, którą jest mózgowie (półkule mózgowie, mózdzek, a szczególnie pień mózgu), odpowiada za **czynności** życiowe człowieka. **Czynność** to zależny od czasu, dynamiczny proces aktywności struktury, który **nie może zachodzić bez udziału energii** (potencjalna zdolność struktury do wykonania czynności). Zatem, mówiąc o życiu, można byłoby je zdefiniować w taki sposób, jak czyni to polski cybernetyk — Marian Mazur [4]: jako pobór, przetwarzanie i kumulowanie energii oraz utrzymanie równowagi energetycznej organizmu. Wynika z tego, że warunkiem utrzymania zdrowia lub nawet życia jest prawidłowy poziom energii oraz zdolność do jej przetwarzania i transportu — tylko w takiej sytuacji

można również mówić o zachowaniu homeostazy energetycznej organizmu. Ponieważ struktury i czynności tkanek się różnią, organizm ludzki korzysta z różnych sposobów przetwarzania energii, ale **przetwarzaniem energii na wszystkich poziomach zarządza pień mózgu**, który pobudza i hamuje przepływ energii w całym mózgowiu, a zatem oddziałuje nie tylko na półkule mózgowie i mózdzek, ale również na własne struktury czynnościowe. Ponieważ mózg steruje pracą całego organizmu, czuwanie nad życiem mózgowia to w konsekwencji czuwanie nad życiem człowieka. Pień mózgu stanowi zatem centrum równowagi energetycznej organizmu człowieka, której utrata jest równoznaczna z zagrożeniem zdrowia lub życia. Udar mózgu — zarówno niedokrwienny, jak i krwotoczny — objawiając się pierwotną lub wtórną niewydolnością pnia mózgu, wiąże się z zanikaniem strumienia przepływu energii. Można zatem powiedzieć, że zgodnie z energetyczną koncepcją funkcjonowania mózgu udar jest trwającym ponad dobę deficytem energetycznym zaburzającym czynności organizmu.

Postrzeganie działania organizmu ludzkiego — w tym również układu nerwowego — przez pryzmat energetyczności można zaobserwować już w starożytnej medycynie chińskiej. Powstała wówczas bardzo ciekawa koncepcja **zdrowia**, u podstaw której można znaleźć system filozoficzny opierający się na poglądzie, że wszystko jest podporządkowane jednej z dwóch sił energetycznych organizmu — *yin* albo *yang*. *Yang*, czyli czynnik męski, kojarzono z aktywnością i mocą, natomiast czynnik żeński — *yin* — z biernością i słabością. Równowagę (homeostazę) między tymi siłami można określić jako zdrowie, natomiast chorobę — jako zaburzenie energetyczne organizmu spowodowane brakiem harmonii między *yin* i *yang*.

Problem zdrowia i możliwości jego utraty jest szczególnie istotną kwestią, ponieważ zdrowie nie pozostaje bez wpływu zarówno na życie prywatne, zawodowe, jak i funkcjonowanie człowieka w społeczeństwie. Wpływa na możliwość wszelkiego działania, zapewnia energię potrzebną do realizacji planów, osiągnięcia celów; jest także tym, co w dużej mierze zapewnia dobre samopoczucie i zadowolenie z życia. Nie może zatem dziwić, że zarówno zdrowie, jak i choroba z często towarzyszącym jej cierpieniem już od najdawniejszych czasów znajdowały swoje miejsce nie tylko w medycynie, lecz również w potocznych rozważaniach, refleksji teologicznej czy filozoficznej. Wielu filozofów było zdania, że przyroda jest zaopatrzona w energię — daną albo przez Boga (Kartezjusz), albo stanowiącą jej wewnętrzną własność (Spinoza).

Dlatego w filozofii można dość często dostrzec akcentowanie znaczenia homeostazy **sił życiowych** w zachowaniu zdrowia organizmu. Pierwszych śladów świadczących o zainteresowaniu problematyką zdrowia można się doszukiwać już w początkowym okresie filozofii greckiej. Myśliciele przedsokratejscy przyjmowali kosmologiczną koncepcję człowieka, co znaczy, że człowieka — tak samo jak przedmioty nieożywione, rośliny i zwierzęta — postrzegano jako część harmonijnego układu przyrody. Podobnie zapatrywano się na kwestię zdrowia, które miało być stanem równowagi poszczególnych elementów bytu ludzkiego oraz następstwem harmonijnego współżycia człowieka z naturą. Jak łatwo się domyślić, choroba polegała na zaburzeniu owej harmonii. Poglądy te były charakterystyczne między innymi dla pitagorejczyków, którzy przyjmując, że świat i wszystkie jego elementy — w tym także człowiek — są zestrojeniem przeciwstawnych sobie elementów w harmonię, podkreślali, że zdrowie należy traktować holistycznie, a zatem uwzględniać wzajemne oddziaływanie duszy (element wieczny) i ciała (element niszczytelny). Nie można lekceważyć owej zależności, ponieważ jej zakłócenie skutkuje naruszeniem harmonii całego bytu ludzkiego. Koncepcja pitagorejczyków znalazła swoje odzwierciedlenie w pismach Hipokratesa, który sądził, że zdrowie to stan harmonii zewnętrznej (między człowiekiem i jego otoczeniem) oraz harmonii wewnętrznej, polegającej na zrównoważeniu czterech płynów organizmu ludzkiego: żółtej i czarnej żółci, śluzu oraz krwi [5]. Podobne stanowisko można odnaleźć również u Platona [6], który jako przyczynę chorób ciała wskazuje zaburzenia równowagi między poszczególnymi jego składowymi oraz uznaje, że „choroby psychiczne [powstają] na tle stanu ciała”. Uczeń Platona, Arystoteles [7], jest pierwszym chyba filozofem, który wyraźnie sformułował energetyczną koncepcję bytu. Dokonał on podziału substancji na **materię, formę i synolon** (złożenie dwóch pierwszych). Forma udziela bytu materii; sprawia, że rzeczy są tym, czy są. Formą wszystkich bytów ożywionych jest **dusza**, która udziela im życia; jest ona aktywną siłą, czynnym elementem w substancji. Naturą formy jest zatem działanie, dlatego Arystoteles charakteryzuje ją jako **energię (entelechię)**, a ponieważ forma jest istotnym składnikiem bytu, energia i aktywność muszą stanowić o jego istocie. Istnienie nie oznacza zatem tylko zajmowania przestrzeni, lecz także **czynność**. W przypadku bytu ludzkiego aktywność formy polega na regulowaniu i kierowaniu wszelkimi zjawiskami żywymi: wegetatywnymi, zmysłowo-motorycznymi i intelektualnymi. Tę

aktywność Arystoteles nazywa **iskrą natury**. Jej rola jest zatem porównywalna do odgrywanej przez mózg ludzki i, podobnie jak w przypadku deficytu energetycznego mózgu, zakłócenia relacji między formą (energią) i strukturą (materią) wpływałyby na stan zdrowia ludzkiego.

W średniowieczu kwestię zdrowia i choroby często rozważano w odniesieniu do teorii o sokach ciała. Przyjmowano, że przyczyną choroby jest zakłócenie równowagi w ich mieszanii się, ale wprowadzono także nowy element — zaczęto postrzegać ją przez pryzmat religijny; choroba mogła być albo następstwem grzechu, albo próbą, jakiej Bóg poddawał człowieka.

Podstaw koncepcji zdrowia jako homeostazy energetycznej można się doszukać także w czasach nowożytnych. Przedstawiciel epoki Leibniz [8] twierdził, że wszystko, w tym człowiek, składa się z monad, a wszechświat jest systemem, w którym nieskończona różnorodność tych niepodzielnych substancji tworzy doskonałą harmonię. Każda z monad przejawia wewnętrzną tendencję do działania i samorozwoju. Zatem do istoty substancji należą energia i aktywność. Zasady aktywności (entelechii) nie można jednak „pojmywać jako zwykłej potencjalności działania, która wymaga dla swego uaktywnienia jakiegoś bodźca zewnętrznego: obejmuje ona to, co Leibniz nazywa *conatus*, czyli pozytywną tendencję do działania [zapewniającą zdrowie], która nieuchronnie się realizuje, jeśli jej nic nie zakłóca”.

Rozważania na temat zdrowia pojawiły się również w poglądach takich filozofów, jak choćby Hegel, dla którego zdrowie było tylko przejściową harmonią; Schelling, który twierdził, że choroba to zaburzenie proporcji zasad życiowych, natomiast zdrowie jest ich równowagą; czy Spinoza. Spinoza [9] był zdania, że wewnętrzną własnością wszechświata jest posiadanie energii, a zmiana jej ilości implikuje zmiany w indywidualnych bytach. Podstawowym zaś popędem człowieka jest świadoma tendencja do samozachowania oraz wzmożenia swej siły i aktywności (*cupiditas*). Dlatego osiągnięcie wyższego stanu żywotności (zdrowie) jest odczuwane jako przyjemność, a przejście do niższego (choroba) — jako cierpienie, przy czym zwiększenie lub zmniejszenie żywotności ciała wzmacnia lub osłabia umysł, i odwrotnie.

Cournot [10], filozof i matematyk, twierdził, że czynności żywych organizmów powinno się opisywać przy użyciu pojęcia „energii witalnej” (siły kształtującej działanie), przy czym nie można zakładać, że życie wyprzedza struktury organiczne i je wytwarza ani że struktury organiczne wyprzedzają życie. Zatem trzeba uznać, że „w or-

ganicznych i żyjących istotach struktura organiczna i życie grają równocześnie rolę przyczyny i skutku, dzięki wzajemności ich stosunków”, znaczy to więc tyle, że energia i materia nawzajem na siebie oddziałują i tylko ich właściwa relacja zapewnia zdrowie organizmu. Podobnie Moleschott i Haecckel [11] dowodzili, że atrybutami wszechświata są materia i energia, życie zaś jest stanem materii zależnym od energii. Koncepcja energetyczności bytu i jej wpływu na stan organizmu znalazła swe miejsce także na przełomie XIX i XX wieku. Ówczesny filozof — Driesch [12] skonstruował teorię dynamicznego witalizmu, którą łączył z pojęciem „celowości”. Twierdził, że w bytach ożywionych istnieje autonomiczna zasada działająca, kierująca procesami życiowymi, którą — za Arystotelesem — nazwał „entelechią” (energią).

Zdrowie, a zatem właściwy poziom energii, wywiera ogromny wpływ na działanie człowieka, a przez to możliwy wpływ na stosunek wobec własnego życia. Udar mózgu, który zaburza homeostazę energetyczną organizmu i który może powodować znaczące, trwałe zmiany w jego funkcjonowaniu, stanowi poważny uszczerbek na zdrowiu. Jak więc przebyty udar może wpłynąć na ocenę wartości życia? Zagadnienia tego rodzaju podejmuje się najczęściej na gruncie bioetyki, gdzie często dochodzi do konfrontacji **etyki jakości życia i etyki świętości życia**. Etyka jakości będzie mocniej niż etyka świętości akcentowała znaczenie takich terminów, jak choroba i zdrowie, ponieważ zdrowie zawsze będzie związane z życiem o wysokiej jakości, choroba zaś — z jej mniejszym bądź większym pogarszaniem.

Etyka świętości życia opiera się na głęboko zakorzenionym — szczególnie w kulturze europejskiej — przekonaniu, że życie jest święte i jako takie powinno być chronione. Przekonanie to w znacznej mierze jest wyprowadzone z tradycji chrześcijańskiej, w której przyjmuje się, że życie każdego człowieka — samo w sobie — jako wyłączone dzieło Boga ma szczególną wartość. W pojęciu „świętości życia” najczęściej wskazuje się na dwa aspekty: religijny i etyczny. Aspekt „religijny zawiera racje dogłębnego uzasadniania i wyjaśniania tajemnicy życia, które jednocześnie stanowią gwarancję jego promocji i ochrony”, natomiast „aspekt etyczny sprowadza się do etycznego imperatywu nietykalności życia oraz doświadczenia życia, jako wyższej wartości będącej warunkiem istnienia każdego człowieka i wszelkiej innej wartości etycznej” [13]. W obu tych ujęciach istnienie ludzkie jest postrzegane jako dobro bezcenne; oznacza to, że chcąc być w zgodzie z etyką świętości życia, życiu człowieka — niezależnie od jego kondycji psycho-

fizycznej — należy przypisywać identyczną wartość. Choroba, niepełnosprawność fizyczna czy umysłowa na tę wartość nie wpływają.

Współcześnie zasada świętości życia jest coraz częściej poddawana zdecydowanej krytyce — zwłaszcza ze strony etyków o orientacji utylitarystycznej, którzy postulują, by zasadę tę w pewnych sytuacjach zastąpić pojęciem „jakości życia”. Są oni zdania, że wartość życia człowieka jest uzależniona od posiadania określonych przymiotów psychofizycznych, które nie są jednostce dane na stałe. Jeżeli człowiek — w następstwie choroby lub wypadku — traci te przymioty, wówczas jakość (a tym samym — wartość) jego życia się obniża. Na ten fakt wskazuje między innymi bioetyk Singer [14], według którego ludzi należy traktować „stosownie do pewnych mających etyczne znaczenie cech”, które jednak ulegają zmianie, dlatego wartość życia jest wartością zmienną, a w niektórych sytuacjach — gdy życie zostaje pozbawione **świadomości jakościowej** — w ogóle traci wartość. Z taką interpretacją nie zgodzą się, oczywiście, przedstawiciele etyki świętości życia, którzy spór o wartość życia przeniosą na płaszczyznę rozważań nad sensem **cierpienia i niedogodności psychofizycznych** towarzyszących chorobie, wskazując na ich rolę jako istotnego elementu w procesie osobowego dojrzewania człowieka. Przez cierpienie człowiek może się wewnętrznie pogłębić i odkryć nowy świat wartości. Podobne stanowisko występowało między innymi w koncepcji filozoficznej Leibniza [15], który sądził, że cierpienia (zła fizycznego) Bóg „nie chce w sposób absolutny, lecz tylko hipotetyczny, opierając się na przykład na hipotezie, że posłuży ono jako środek do osiągnięcia dobrego celu, jak choćby przyczynianie się do większej doskonałości cierpiącego”. Taki sposób postrzegania cierpienia jest jego afirmacją, przypisywaniem mu roli perfekcyjnej. Cierpienie jawi się w tym znaczeniu jako nieodłączny predykat wpisany w ludzką egzystencję, który ma wartość pozytywną, jako że nadaje życiu głębszy sens, wyzwala — jak twierdzi Jung — energię warunkującą postęp duchowy. Gdyby człowiek nie doznawał cierpień, nie byłby w stanie rozpoznać szczęścia lub przyjemności. Nadmierne zaś chronienie człowieka przed cierpieniem — zdaniem Masłowa [16] — jest nawet dla niego niekorzystne, ponieważ stanowi wyraz braku szacunku dla jego integralności, wrodzonej natury oraz przyszłego rozwoju jednostki. Znosząc cierpienie, człowiek rozwija się wewnętrznie, wzrasta w nim siła moralna, jest zdolny „opanowywać swój los wewnętrznie w ten sposób, że przenosi go z płaszczyzny faktów na płaszczyznę egzystencji” [17]. Prowadzi to w konse-

kwencji do „osiągnięcia poziomu, na którym można głębiej przeżyć wartość życia — do sytuacji, w których duch, doświadczając oddzielenia od tego, co przyjemne, zostaje pobudzony do przekroczenia egzystencji peryferycznej, powierzchownej, estetycznej (w Kierkegaardowskim sensie tego słowa) i osiąga głębszy poziom — poziom bardziej autentyczny i bardziej ludzki. Ból nie niszczy, lecz jeśli zostanie przyjęty, prowadzi do najgłębszych warstw osobowości” [16].

Etyka jakości życia będzie jednak wskazywać, że nie każdemu cierpieniu można nadać sens i włączyć w obszar praktyki perfekcjonistycznej. Istnieją cierpienia, które są zdolne podnieść człowieka na wyżyny ludzkiej doskonałości, ale są również takie, które mogą wprowadzić człowieka na poziom egzystencji nie do końca przez niego akceptowanej, co ma miejsce, jeżeli życie nie ma już jakości, która człowieka zadawała. Jedną z najbardziej znanych bioetycznych definicji jakości życia podał Reich [18], który twierdził, że **pojęcie jakości życia** występuje w trzech rodzajach sformułowań: deskryptywnym, preskryptywnym moralnym oraz walutatywnym premoralnym. Sformułowanie deskryptywne jakości życia zasadza się na empirycznej obserwacji oraz stwierdzeniu istnienia określonych jakości i przymiotów życia człowieka. Jakość życia w znaczeniu preskryptywnym umożliwia formułowanie kryteriów, na podstawie których można dokonać oceny, które ze sposobów postępowania w stosunku do ludzkiego życia są moralnie dobre, a które — moralnie złe. W znaczeniu walutatywnym premoralnym jakość życia wiąże się z oceną, czy dane przymioty ludzkiego życia są pożądane, czy też nie. Posiadanie wartości pożądanych powoduje, że życie ludzkie postrzegane jest jako warte kontynuowania, jednakże niekoniecznie „pociąga to za sobą etyczną ocenę, że jego powstrzymanie lub zakończenie jest czynem moralnie dobrym lub złym” [18]. Ocena wartości życia polega zazwyczaj na porównaniu stanu, w jakim obecnie chory się znajduje, ze stanem wcześniejszym oraz określeniu możliwości funkcjonowania jego organizmu.

Jedną z najważniejszych przyczyn zmiany stanu zdrowia jest niewątpliwie udar mózgu, który — będąc deficytem energetycznym mózgowia — powoduje zakłócenia w przepływie energii w całym organizmie, wpływając na sprawność jego funkcjonowania. Warto w tym miejscu odwołać się do wspomnianego wcześniej Leibniza, który zauważał, że w świecie empirycznym człowiek może stwierdzać istnienie faktów (cech), pojawiających się i znikających w czasie, fakty te przypisuje się zaś jako predykaty (własności) jakiemuś podmi-

towi, a więc jakieś substancji. Substancja zatem, oprócz predykatów, które ma wiecześnie, ma również i takie, które pojawiają się i znikają w czasie, czyli podlega zmianom. Zmiany te dokonują się, ponieważ substancja jest czynna, co z kolei jest możliwe dzięki posiadaniu energii. Ta koncepcja Leibniza doskonale koresponduje z energetyczną definicją udaru mózgu, ponieważ konsekwencje przebytego udaru można określić jako zmianę predykatów określonego podmiotu ludzkiego, która zależy od poziomu energii w organizmie.

Natomiast kwestia zmiany jakości życia osób po przebytym udarze mózgu (oraz ich akceptacji lub negacji zaistniałego stanu) wydaje się tym bardziej istotna, że przewiduje się, że już w 2020 roku to właśnie udar mózgu i choroby naczyń wieńcowych staną się dominującą przyczyną utraty zdrowia ludzi na całym świecie [19]. Już obecnie głównym powodem niesprawności u osób powyżej 40. roku życia jest przebyty udar mózgu.

Konsekwencje udaru mogą być przejściowe lub trwałe; niejednokrotnie, na przykład w następstwie terapii poudarowej, udaje się skompensować uszkodzenia mózgu, które się dokonały. Jest to możliwe między innymi dzięki temu, że mózg jest materią plastyczną, co oznacza, że zdrowa tkanka nerwowa wykazuje zdolność do przejmowania funkcji dotychczas pełnionych przez te obszary mózgu, które zostały uszkodzone w wyniku udaru. Dzięki temu połowa pacjentów po udarze odzyskuje niemal pełną sprawność i może żyć w pełni samodzielnie. Niestety, gdy zniszczenia w mózgu są bardzo rozległe, dochodzi do trwałego kalectwa. Pozostaje deficyt neurologiczny: niedowład, zaburzenia mowy, wzroku, słuchu oraz wiele innych następstw śmierci neuronów. Szacuje się, że współczynnik (różnego stopnia) trwałej niepełnosprawności osób, które przebyły udar, w krajach wysoko rozwiniętych wynosi około 50%, natomiast w Polsce — aż 70%. Dla osoby całkowicie lub przynajmniej w stopniu dla niej zadawalającym sprawnej przed udarem zmiany, które nastąpiły w jej organizmie, są dramatyczne. Część chorych, po pewnym czasie, pogodzi się z sytuacją i odnajdzie w nowej, aczkolwiek trudniejszej dla nich, rzeczywistości. Jednakże dla niektórych będzie to poważny problem. Osoba, dla której życie jest zadawalające tylko wówczas, kiedy ma akceptowaną przez nią jakość, może się nigdy nie pogodzić z zaistniałymi po udarze zmianami, jeżeli w ich wyniku stan jej zdrowia usytuuje się poniżej tej jakości.

Z kolei trwała **niepełnosprawność**, spowodowana deficytem energetycznym mózgu („centrum dowodzenia” organizmem), może oznaczać bardzo poważne konsekwencje: ograniczenie lub nawet

niemожność wykonywania różnych (nawet podstawowych) czynności, utratę nadziei na realizację określonych planów życiowych, cierpienie, utrudnienia w pełnieniu ról społecznych, uzależnienie od innych, poczucie osłabienia więzi emocjonalnych z rodziną i bycia dla niej ciężarem oraz wyizolowanie z otoczenia. Na tym zaś podłożu mogą się pojawiać zaburzenia nerwicowe i depresja. Jeżeli dołączy się do tego możliwość okazywania przez otoczenie — świadomie lub niezamierzenie — zaistnienia jakiegokolwiek dyskomfortu spowodowanego stanem chorego, wtedy to skumulowanie obciążeń na poziomie fizycznym i psychicznym może być na tyle uciążliwe, że życie wyda się choremu nie mieć „żadnych wartości, a przeciwnie, staje się tylko ciężarem” [20]. Choć obawa przed śmiercią jest zjawiskiem powszechnym i normalnym, to — w skrajnych przypadkach — może się zdarzyć, że ustąpi przed lękiem kontynuowania życia, a wówczas realna staje się możliwość pojawienia się myśli o jego skróceniu. Dzieje się tak zazwyczaj wtedy, kiedy jakość życia pogorszy się tak diametralnie, że człowiek nie jest w stanie samodzielnie funkcjonować, jest nieustannie zdany na pomoc czy nawet łaskę innych — taki zaś stan odczuwa jako upokarzający i odbierający mu godność. Utrata akceptowanej jakości życia może prowadzić do rezygnacji z jego obrony; negatywna zmiana stanu zdrowia po przebytych udarach mózgu może się zatem stać rzeczywistą przyczyną **zagrożenia życia**.

W świetle praw biologii śmierć, czy raczej umieranie, jest zjawiskiem zdysocjowanym. Oznacza to, że śmierć ogarnia tkanki i układy organiczne w różnym czasie. Na początku obumierają te najbardziej wyspecjalizowane i charakteryzujące się najwyższym metabolizmem. Należy do nich mózg, którego komórki w krytycznych warunkach ulegają zniszczeniu jako pierwsze [21]. Takimi krytycznymi warunkami mogą być także zaburzenia spowodowane udarem, między innymi nieprawidłowości w dostarczaniu tlenu oraz usuwaniu dwutlenku węgla. Prowadzą one do deficytu energetycznego mózgowia, który może się zakończyć globalnym załamaniem równowagi energetycznej (siły życiowej) organizmu, a w wyniku tego byt ożywiony, jakim jest człowiek, zapadnie w materię. Udar mózgu jest zatem zdarzeniem, które stanowi zagrożenie życia niejako w podwójnym znaczeniu: bezpośrednio (zaburzenia energetyczne mózgu powodują zgon) oraz pośrednio (nieakceptowana przez chorego zmiana jakości życia może powodować myśli i czyny autodestrukcyjne). Dla obu rodzajów etyk, o których wcześniej była mowa, szczególnie drugi z rodzajów zagrożenia będzie

istotny, ponieważ inicjuje rozważania nad problemem samobójstwa lub eutanazji, a tym samym implikuje potrzebę określenia granic, w ramach których człowiek może decydować o swoim życiu lub śmierci.

Etyka świętości życia, szczególnie w opisanym wcześniej aspekcie religijnym, nakłada na człowieka absolutny nakaz poszanowania życia. Według Donagana [22] nakaz ten wynika także z faktu, że życie dla człowieka jest wartością najwyższą i dane jest mu tylko raz. Z kolei Mitchell [23] umieszcza etykę świętości życia na fundamencie metafizyki teistycznej, „podkreślającej szczególny status ontyczny bytu ludzkiego oraz jego relację do Boga”. Według religii chrześcijańskiej każdy człowiek jest zarazem synem i dziełem Bożym. Bóg, jako stwórca życia, jest jedynym jego dysponentem i tylko On może je człowiekowi odebrać. Pragnienie skrócenia życia jest przejawem istnienia cywilizacji śmierci, następstwem pojawienia się nowej wizji człowieka, w której nie liczy się życie ludzkie, a wyłącznie jego jakość — wizji, w której ważniejsza niż życie staje się wolność wyboru. Nakaz trwania przy życiu, niezależnie od jego jakości, jest dewaluowany przez etykę utilitaryzmu. Jej przedstawiciel, Singer [24], twierdzi, że zasada świętości życia jest rozumiana nie jako obrona życia samego w sobie, ale jako obrona życia przedstawicieli gatunku ludzkiego, przez co opiera się wyłącznie na kryterium przynależności gatunkowej, a — jak uważa Singer — nie ma żadnych racji, by w życiu ludzkim dopatrywać się szczególnej wartości. Jeżeli zasada świętości życia ma mieć sens, to powinna się odnosić do wszystkich istot żyjących, a nie tylko do człowieka, ponieważ sam fakt przynależności do jakiegoś gatunku nie ma znaczenia moralnego. Istnieją zatem sytuacje, w których pozabawienie życia zarówno zwierzęcia, jak i człowieka jest złem, oraz sytuacje, kiedy działanie takie jest dopuszczalne lub nawet staje się moralną powinnością. Zasadzie świętości życia przeciwstawia się również filozof Rachels, który, podobnie jak Singer, jest zdania, że objęci nią powinni być przedstawiciele wszystkich tych gatunków, o których można powiedzieć, że mają chociaż w pewnym stopniu świadome życie. Również bioetyk Fletcher [25] występował przeciwko zasadzie świętości życia, ponieważ według niego ludzie już dawno ją naruszyli poprzez stosowanie coraz nowszych osiągnięć nauki w zarezerwowanych dla Boga granicach ludzkiego życia i śmierci. Przeciwnicy uznawania świętości życia wskazują też, że przestrzeganie zasady ochrony życia jako takiego może czasami nawet wyrządzić człowiekowi krzywdę — na przykład w sytuacji, gdy jego życie zostaje zredu-

kowane wyłącznie do cierpienia lub istnienia nie-
możliwego do zaakceptowania.

Problem możliwości zakończenia życia może być rozpatrywany również z perspektywy wolności jednostki. Według wielu nurtów myśli etycznej szacunek dla autonomii jest podstawową zasadą moralną; zakłada on co najmniej „uznanie prawa jednostki do posiadania poglądów, dokonywania wyborów i podejmowania działań zgodnie z wyznawanymi przez nią wartościami i przekonaniami” [26]. Największy wpływ na współczesne interpretacje szacunku wobec autonomii wywarły przede wszystkim poglądy Millera [27]. Twierdził on, że człowiekowi powinno się pozwolić żyć zgodnie z jego własnymi przekonaniami tak długo, jak długo nie naruszają one prawa do wolności innych ludzi. W takim zatem kontekście człowiek jest bezwzględnie autonomiczny w decyzjach, które dotyczą tylko jego osoby: „Każdy jest odpowiedzialny przed społeczeństwem jedynie za tę część swego postępowania, która dotyczy innych. W tej części, która dotyczy wyłącznie jego samego, jest absolutnie niezależny; ma suwerenną władzę nad sobą, nad swoim ciałem i umysłem. [...] ani jedna osoba, ani pewna liczba osób nie ma prawa powiedzieć innej dojrzałej ludzkiej istocie, że nie wolno jej robić z sobą dla swego własnego dobra, co jej się żywnie podoba”.

Za Tokarczykiem [28] można wskazać na dwa stanowiska, które są istotne dla rozważań nad możliwością skrócenia życia, podejmowanych z perspektywy wolności jednostki — po pierwsze: prawo samostanowienia nie obejmuje prawa do śmierci; po drugie: do prawa samostanowienia człowieka włącza się prawo do życia i prawo do śmierci. Zwolennicy pierwszego stanowiska nie uznają zasadności przyznawania prawa do śmierci jakiegokolwiek wartości, a wartość życia zasługuje według nich na zdecydowaną ochronę normatywną, ponieważ stanowi ono zarówno wartość indywidualną, jak i rodzinną czy społeczną. Granicą prawa do wolności, a tym samym — samej wolności człowieka, jest nienaruszalność życia [29]. Opowiadający się za możliwością wyboru śmierci wartość wolności przedkładają ponad wartość życia, natomiast wybór śmierci w sytuacjach wyjątkowych uznają za wyraz pełnej wolności człowieka. Pytają, czy z prawa do życia wynika obowiązek życia — ich zdaniem, jeżeli człowiek dysponuje jakimś prawem, to nie może równocześnie mieć obowiązku czynienia tej rzeczy, a nawet przeciwnie — powinien móc swobodnie zdecydować, czy pragnie skorzystać z przysługującego mu uprawnienia, czy też woli z niego zrezygnować. Prawa podmiotowe nie mają takiej konstrukcji, jak

nakazy dekalogu, dlatego żaden człowiek nie ma „obowiązku ratowania własnego życia i zdrowia — wręcz przeciwnie, ma prawo być pozostawionym w spokoju, jeśli tylko taką wolę wyrazi, i nie można go za to w żaden sposób ukarać” [30]. W obronę dopuszczalności wyboru śmierci zaangażowali się też niektórzy amerykańscy przedstawiciele liberalnej filozofii społecznej, tworzący grupę *Amicus Curiae* (w jej skład wchodzi m.in. Nagel, Nozick, Rawls, Dworkin), którzy postulują takie rozszerzenie granic autonomii, by obejmowały one również prawo do decydowania o własnym życiu i śmierci, ponieważ to do człowieka powinna należeć wyłączna decyzja o rozstrzygnięciu kwestii własnej śmierci. W interesie jednostki leży zatem, aby żadne instytucje nie mogły narzucić jej swej woli, a nawet by chroniły jej prawo „do rozważenia, czy jest etycznie słuszne przyspieszenie własnej śmierci i zwrócenie się do innych z prośbą o pomoc. Państwo nie może narzucać jednostkom religijnych lub etycznych przekonań co do wartości czy znaczenia życia jako takiego ani też wywierać wpływu na kształtowanie się tych atrybutów osobowości człowieka, które określają jego stosunek do życia i śmierci, [gdyż] do samego jądra wolności należy prawo do określenia własnego pojęcia istnienia i wszechświata, sensu i tajemnicy życia ludzkiego” [31].

Niektórzy obrońcy prawa do wyboru wysuwają nawet postulat, że w celu obrony prawa do śmierci należy na nowo określić powołanie medycyny; lekarz, kierując się swoim obowiązkiem wobec życia, nie powinien przymuszać pacjenta, by kontynuował życie nawet wtedy, gdy utraciło ono dla niego wszelką wartość i stało się wyłącznie ciężarem. Medycyna powinna czuwać nad całością życia ludzkiego, ale przede wszystkim „nad życiem, jakiego pacjent jeszcze pragnie” [32].

Niekorzystna dla chorego zmiana jakości życia po przebytych udarze, w skrajnych przypadkach, może budzić myśl o jego zakończeniu. Człowiek postawiony w sytuacji uzależnienia od innych, niemogący funkcjonować na akceptowanym przez siebie poziomie, może nie chcieć kontynuować ułomnej egzystencji. Etyka katolicka, odwołująca się do zasady świętości życia, będzie zdecydowanie negowała wszelkiego rodzaju próby naruszenia wartości, jaką jest życie. Etyka utilitarystyczna, wspierająca się zasadą jakości życia, uzna, że człowiek jest „panem swego losu”, zatem — jeśli życie utraciło dla niego sens i wartość — ma prawo je zakończyć. By ciężka, trwała niepełnosprawność poudarowa nie stała się powodem do rozważań nad taką możliwością, nieoceniona jest odpowiednia opieka i stosunek do chorego. Szczególna

rola przypada nie tylko personelowi medycznemu, rehabilitantom, ale przede wszystkim otoczeniu, w którym chory funkcjonuje. Wszyscy z otoczenia chorego powinni mu pomóc, okazać wsparcie i życzliwość oraz pomóc zrozumieć, że utracony sens życia można odnaleźć w wielu innych niż dotychczas formach aktywności, a życie — nawet jeśli w odczuciu chorego utraciło swą wartość — dla innych może być bezcenne. Trzeba także pamiętać, że każdy może się znaleźć w sytuacji pacjenta po przebytych udarze; zdarzenie to dotyka coraz większej części populacji, dlatego szczególnie istotna staje się rola profilaktyki pierwotnej. Służy ona obniżaniu ryzyka wystąpienia udaru, a w razie jego zaistnienia wpływa zasadniczo na przebieg zdarzenia, zmniejszając stopień zagrożeń z nim związanych.

Zdrowie jest cennym dobrem, o które należy dbać; tę prostą prawdę wyłożył już starożytny filozof — Epikur. Twierdził on, że najdoskonalszą, a tym samym wystarczającą do szczęścia przyjemnością jest **przyjemność katastroficzna**, polegająca na tym, że człowiek odczuwa jako przyjemność brak bólu. Człowiekowi z natury jest dobrze, o ile nie unieszczęśliwiają go choroby i cierpienia; samo życie — kiedy człowieka nie spotyka nic dobrego ani nic złego — jest największą przyjemnością.

Piśmiennictwo

- Mazur R., Świerkocka-Miastkowska M.: Udar mózgu — pierwsze objawy. W: Mazur R., Książkiewicz B., Nyka W.M. red. Udar mózgu w praktyce lekarskiej. Wydawnictwo Medyczne Via Medica, Gdańsk 2004, 27–36.
- Ryglewicz D., Milewska D.: Epidemiologia udaru mózgu. W: Mazur R., Książkiewicz B., Nyka W.M. red. Udar mózgu w praktyce lekarskiej. Wydawnictwo Medyczne Via Medica, Gdańsk 2004, 5–14.
- Mazur R., Świerkocka-Miastkowska M.: Udar mózgu — pierwsze objawy. W: Mazur R., Książkiewicz B., Nyka W.M. red. Udar mózgu w praktyce lekarskiej. Wydawnictwo Medyczne Via Medica, Gdańsk 2004, 35–36.
- Mazur M.: Cybernetyka i charakter. Wydawnictwo Wyższej Szkoły Zarządzania i Przedsiębiorczości, Warszawa 1999.
- Tatoń J.: Filozofia w medycynie. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2003, 25.
- Platon: Dialogi. Unia Wydawnicza VERUM, Warszawa 1993, 360.
- Tatarkiewicz W.: Historia filozofii, t. 1. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 1997, 113.
- Copleston F.: Historia filozofii, t. 4. Instytut Wydawniczy PAX, Warszawa 1995, 297.
- Copleston F.: Historia filozofii, t. 4. Instytut Wydawniczy PAX, Warszawa 1995, 216–238.
- Copleston F.: Historia filozofii, t. 9. Instytut Wydawniczy PAX, Warszawa 1991, 140.
- Copleston F.: Historia filozofii, t. 7. Instytut Wydawniczy PAX, Warszawa 1995, 354, 356.
- Copleston F.: Historia filozofii, t. 7. Instytut Wydawniczy PAX, Warszawa 1995, 384.
- Otowicz R.: Etyka życia. Bioetyczny i teologiczny kontekst problematyki życia poczętego. Wydawnictwo WAM, Kraków 1998, 144.
- Ślęczek-Czakon D.: Problem wartości i jakości życia w sporach bioetycznych. Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego, Katowice 2004, 224.
- Copleston F.: Historia filozofii, t. 4. Instytut Wydawniczy PAX, Warszawa 1995, 325.
- Wróbel J.: Człowiek i medycyna. Teologiczno-moralne podstawy ingerencji medycznych. Wydawnictwo Księży Sercanów, Kraków 1999, 179.
- Katafias S.: Eutanazja. W: Wiśniewski R. red. Wybrane pojęcia i problemy etyki. Wydawnictwo UMK, Toruń 1984, 163.
- Otowicz R.: Etyka życia. Bioetyczny i teologiczny kontekst problematyki życia poczętego. Wydawnictwo WAM, Kraków 1998, 135.
- Ryglewicz D., Milewska D.: Epidemiologia udaru mózgu. W: Mazur R., Książkiewicz B., Nyka W. M. red. Udar mózgu w praktyce lekarskiej. Wydawnictwo Medyczne Via Medica, Gdańsk 2004, 5–14.
- Moskal P.: Filozoficzne podstawy jakości życia ludzi terminalnie chorych. Edukacja Filozoficzna 1998, 15, 72.
- Nestorowicz A.: Śmierć mózgu, śmierć człowieka. Wiedza i życie 1996, 1, 16.
- Ziemiński I.: Zagadnienie śmierci w filozofii analitycznej. Towarzystwo Naukowe Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego, Lublin 1999, 298.
- Ziemiński I.: Zagadnienie śmierci w filozofii analitycznej. Towarzystwo Naukowe Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego, Lublin 1999, 298–299.
- Ziemiński I.: Zagadnienie śmierci w filozofii analitycznej. Towarzystwo Naukowe Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego, Lublin 1999, 299–300.
- Szeroczyńska M.: Eutanazja i wspomaganie samobójstwo na świecie. Universitas, Kraków 2004, 112.
- Beauchamp T.L., Childress J.F.: Zasady etyki medycznej. Książka i Wiedza, Warszawa 1996, 136.
- Mill J.S.: Utylitaryzm. O wolności. Państwowe Wydawnictwo Naukowe, Warszawa 1959, 129–226.
- Tokarczyk R.: Prawa narodzin, życia i śmierci. Kantor Wydawniczy Zakamycze, Kraków 2000, 379–380.
- Skorowski H.: Prawo do życia a prawo do wolności w świetle etyki społecznej. W: Morciniec P. red. Ad libertatem in veritate. Księga pamiątkowa dedykowana księdzu profesorowi Alojzemu Marcolowi w 65 rocznicę urodzin i 35-lecie pracy naukowej. Wydział Teologiczny Uniwersytetu Opolskiego, Opole 1996, 281.
- Szeroczyńska M.: Eutanazja i wspomaganie samobójstwo na świecie. Universitas, Kraków 2004, 119.
- Kijaczko S.: Wobec bycia. Filozoficzny problem samobójstwa. Wydawnictwo Uniwersytetu Opolskiego, Opole 2005, 287.
- Jonas H.: Prawo do śmierci. Etyka 1988, 23, 24–25.