

Kontrowersje wokół nowej definicji śmierci

prof. PAT dr hab. Tadeusz Biesaga SDB
Katedra Bioetyki Papieskiej Akademii Teologicznej
w Krakowie

Ewolucja definicji śmierci

Przez setki lat medycyna posługiwała się klasycznym kryterium śmierci. Za fakt śmierci uznawano ustanie krążenia i oddychania. Utrwalone skutki zaniku krążenia krwi w postaci oziębienia ciała zmarłego, plam opadowych, stężenia pośmiertnego, widoczne wraz z upływem czasu, dawały każdemu pewność, że mamy do czynienia ze zmarłym, którego zwłoki należy pogrzebać.

Upowszechnienie w latach 60. XX wieku metod reanimacji i zastosowanie respiratora ujawniły niewystarczalność krążeniowo-oddechowego kryterium śmierci. Krążenie czy oddech w wielu przypadkach można bowiem przywrócić. Stwierdzona na podstawie tego kryterium śmierć kliniczna stała się niejako odwracalna. Obok dotąd stosowanych wskaźników należało więc szukać innych, pewniejszych oznak śmierci. W centrum uwagi znalazł się mózg człowieka i jego formy zamierania.

Pierwszym międzynarodowym krokiem w kierunku nowej definicji śmierci była tzw. Deklaracja z Sydney, czyli „Komunikat na temat śmierci” sformułowany na spotkaniu Światowego Stowarzyszenia Lekarzy (WMA) w 1968 roku. W deklaracji tej zastąpiono „śmierć na skutek ustania czynności serca” „śmiercią mózgową”.¹

Przełomem w ustaleniu nowego kryterium śmierci był raport powołanej w 1968 roku Nadzwyczajnej Komisji Harvardzkiej Szkoły Medycznej do Zbadania Definicji Śmierci Mózgowej.² W raporcie opisano stałą nieodwracalną śpiączkę, w której nie występuje rozpoznawalne działanie ośrodkowego układu nerwowego, oraz sformu-

wano nowe kryterium śmierci jako nieodwracalne, trwałe ustanie czynności całego mózgu, stwierdzane za pomocą kompleksowych badań. Według raportu fakt śmierci mózgowej potwierdza: a) brak reakcji na bodźce, b) brak samoistnego lub będącego reakcją na bodźce ruchu mięśni, c) nieobecność samoistnego oddychania, d) brak odruchów pnia mózgu i głębokich odruchów ścięgniastych. Raport zaleca – dla upewnienia się, że stwierdzony stan ma charakter trwały – wykonanie badań elektroencefalograficznych (EEG) oraz powtórne przeprowadzenie wszystkich testów po upływie 24 godzin. Hipotermia i zatrucie środkami odurzającymi uchylają ważność przedstawionych kryteriów.³

Stanowisko Komisji Harvardzkiej, w porozumieniu z Amerykańskim Stowarzyszeniem Lekarzy oraz Amerykańskim Stowarzyszeniem Adwokackim, utorowało drogę do prawnego uregulowania kwestii kryterium śmierci. W tym celu w 1980 roku powołano w USA Prezydencką Komisję ds. Studiów Problemów Etycznych w Medycynie oraz Badań Biomedycznych i Behawioralnych, która w Akcie Jednolitego Ustalania Śmierci (Uniform Determination of Death Act – UDDA) zaleciła stosowanie kryterium śmierci mózgu wszystkim stanom w Ameryce.⁴ Akt ten porządkował sposób stwierdzania śmierci mózgu, gdyż do roku 1978 opublikowano ponad 30 różnych zestawów wskaźników śmierci mózgowej. „Najistotniejszym postanowieniem [tego aktu] było uznanie, iż po utracie przez pień mózgu zdolności pełnienia funkcji integracyjnych poszczególne systemy żywych organów nie tworzą już żyjącego organizmu jako całości. W istocie była to modyfikacja definicji śmierci, utożsamiająca bezpośrednio życie pnia mózgu z życiem całego mózgu, a pośrednio życie pnia mózgu z życiem organizmu jako całości”.⁵



Legalizacja nowej definicji śmierci

Definicja śmierci mózgowej, w której śmierć pnia mózgu oznacza śmierć organizmu jako całości, została przyjęta przez większość krajów. Najszybciej, bo w marcu 1972 roku, zalegalizowano ją w Finlandii. W Polsce wprowadzono ją 1 lipca 1984 roku Komunikatem Ministerstwa Zdrowia i Opieki Społecznej.⁶ Zmodyfikowano ją w niewielkim stopniu dwukrotnie – w roku 1994 i 1996.⁷

W rozporządzeniu z 1984 roku nie zezwolono na zastosowanie kryterium śmierci mózgowej u dzieci do 10 lat, w 1994 roku przesunięto tę granicę do 12 lat, a w roku 1996 obniżono ją, dając możliwość stwierdzenia śmierci mózgowej u noworodków od 7. dnia życia. Skrócono też czas powtarzania badań w celu stwierdzenia trwałości śmierci pnia mózgu. W pierwszym rozporządzeniu czas obserwacji był zgodny z tym, co zaproponowała Komisja Harwardzka i wynosił 24 godziny, a w obecnych wytycznych został on wyraźnie skrócony, gdyż zaleca się powtórzenie badań po upływie 3 godzin. W zestawie badań technicznych przy stwierdzaniu śmierci pnia mózgu w obowiązującym nas dokumencie z 1996 roku zrezygnowano z konieczności stosowania angiografii naczyń mózgowych i encefalografii (EEG).

W różnych krajach stosuje się różne techniki badawcze. W Wielkiej Brytanii zrezygnowano z EEG, natomiast w USA, Niemczech, Francji i we Włoszech EEG wciąż jest wymagana, a czas obserwacji przed ostatecznym potwierdzeniem śmierci pnia mózgu wynosi od 12 do 24 godzin. W innych krajach dopuszcza się wprawdzie możliwość skrócenia wymaganego czasu trwania stanu śmierci pnia mózgu do 6 godzin, pod warunkiem że śmierć mózgu zostanie wcześniej potwierdzona w dodatkowych testach.⁸ Zgłaszany jest też postulat wydłużenia w niektórych przypadkach czasu obserwacji i zastosowania dodatkowych badań elektrofizjologicznych – EEG (coraz doskonalszej) oraz angiografii mózgowej, ultrasonografii dopplerowskiej i scyntygrafii izotopowej.⁹

Obowiązujące obecnie w Polsce wytyczne w sprawie kryteriów śmierci mózgu są dość dopracowane. W części ogólnej wyjaśniają, że „Śmierć jest zjawiskiem zdysocjowanym. Oznacza to, że śmierć ogarnia tkanki i układy w różnym czasie. Powoduje to dezintegrację ustroju jako całości funkcjonalnej i kolejno trwałe wypadanie

poszczególnych funkcji w różnej sekwencji czasowej. Zatem niektóre funkcje układów lub ich części mogą utrzymywać się w oderwaniu od innych już wcześniej obumarłych”.¹⁰

Wytyczne prezentują zwięźle ewolucję definicji śmierci: „Przebyła ona 3 etapy różniące się w zakresie czynników kwalifikujących i sformułowań: 1) Nieodwracalne ustanie krążenia krwi oznacza śmierć człowieka jako całości. Niekoniecznie oznacza ono natychmiastową śmierć wszystkich komórek ciała (definicja klasyczna). 2) Nieodwracalne ustanie funkcji mózgu oznacza śmierć człowieka jako całości. Niekoniecznie oznacza to natychmiastową śmierć innych układów (definicja tzw. nowa). 3) Nieodwracalne ustanie funkcji pnia mózgu oznacza śmierć pnia mózgu jako całości. Niekoniecznie oznacza to natychmiastową śmierć wszystkich komórek mózgu (definicja tzw. nowa zmodyfikowana)”.¹¹

Istotne w powyższych wyjaśnieniach jest zawężenie śmierci całego człowieka do śmierci człowieka jako całości. To ostatnie oznacza „zerwanie życiowo istotnej więzi pomiędzy składnikami obiektu analizowanego w aspekcie życia, natomiast nie oznacza, że wszystkie te składniki muszą być jednocześnie martwe”.¹²

Rozpoznanie śmierci pnia mózgu ma być przeprowadzone dwuetapowo. W pierwszym etapie, na podstawie odpowiednich obserwacji, trzeba wysunąć podejrzenie śmierci pnia mózgu, a w drugim etapie – wykonać badania potwierdzające śmierć pnia mózgu. Obok określonych testów wymienione są liczne wskazania techniczne, jak te badania trzeba przeprowadzić.

Spory wokół nowej definicji śmierci

Już w latach 70. XX wieku dr Henry Beecher, przewodniczący wspomnianej wcześniej Komisji Harwardzkiej, w swoich wykładach zaprezentował 3 równorzędne definicje śmierci związane: 1) z utratą i niemożnością przywrócenia naturalnego krążenia czy też oddychania, 2) ze śmiercią mózgu, 3) ze śmiercią półkul mózgowych i bezpowrotną utratą świadomości.¹³ Według niego „już nie śmierć całego mózgu, która obejmuje także pień mózgu, lecz tylko samo obumarcie kory mózgowej (...) jest już wystarczającym kryterium do orzekania, iż nastąpiła śmierć”.¹⁴ Śmierć jest

orzekana, gdy neurony w korze mózgowej ulegną zniszczeniu (mowa, myślenie, pamięć, uczucia), mimo że funkcjonują dalej głębsze struktury, takie jak wzgórze, pień mózgu oraz mózdzek (oddychanie, czynności wegetatywne, ciśnienie krwi). To nie śmierć pnia mózgu, ale nieodwracalna utrata świadomości wystarcza do orzeczenia śmierci.

Ta ostatnia, zbyt szeroka i niebezpieczna definicja śmierci, zmierzająca do wykluczenia coraz szerszej grupy ludzi z grona żyjących, propagowana jest szczególnie przez myślicieli pragmatycznych i utylitarystycznych. Łączą ją oni z redukcjonistyczną antropologią oraz utylitarystyczną etyką, formułując arbitralne kryteria człowieczeństwa.

Spór często przenosi się na teren filozofii, gdyż w publicznej debacie miesza się medyczne kryteria śmierci z definicją śmierci. Biologia czy medycyna nie są w stanie opisać tajemnicy śmierci człowieka. Rzeczywistością śmierci zajmują się również nauki humanistyczne, w tym filozoficzne i teologiczne. Filozofowanie z pozycji medycznego kryterium śmierci prowadzi często do dość redukcjonistycznej filozofii człowieka. Nic dziwnego, że ów pragmatyczny sejentyzm zwiększa liczbę przeciwników nowej definicji śmierci.

Szereg zastrzeżeń wobec dysocjacyjnej koncepcji śmierci formułuje z pozycji fenomenologii ciała ludzkiego Hans Joachim Türk.¹⁵ Są one bliskie temu, co przeżywa rodzina w zetknięciu się ze swoim bliskim, który według nowego kryterium śmierci został uznany za zmarłego. Trudno bowiem przyjąć takie orzeczenie, jeśli ciało kogoś bliskiego nie nosi śladów śmierci, jest ciepłe, oddycha, serce bije, krew krąży. Jeśli chory czy umierający zarówno wczoraj, jak i dzisiaj wygląda tak samo, to dlaczego wczoraj traktowany był jako żywy, a dziś jako zmarły? Czy owo orzeczenie śmierci musi być oderwane od doświadczenia śmierci? Ciało jest wyrazem człowieka, medium komunikacji międzyludzkiej. Dlaczego mamy zrezygnować na rzecz danych EEG z tego, co ciało samo nam komunikuje? Dlaczego lekarz nie jest służą życia i śmierci, lecz chce decydować, kiedy mamy żyć i kiedy umierać? „Dla rozstrzygnięcia, kiedy ciało jest umarłe, odkąd uważać i traktować je jako zwłoki – pisze H. J. Türk – nie są miarodajne empiryczne kryteria naukowe, lecz znamiona, które z ludzkiego punktu widzenia i na podstawie

doświadczenia interpretujemy jako znamiona śmierci, a więc nie elektrofizjologiczne, lecz fenomenologiczne znaki”.¹⁶

Podobnie sprzeciwia się przyjęciu nowej definicji śmierci Hans Jonas. Jego zdaniem medycyna usurpuje sobie prawo wyznaczenia granicy między życiem a śmiercią.¹⁷ Podaje ona raczej znamiona umierania niż granice życia i śmierci, ma dane o tym, co umiera w człowieku, ale nie o tym, że zmarł człowiek. Aby mieć pewność, że mamy do czynienia ze zmarłym, niewystarczające są kryteria minimalistyczne, lecz konieczne są kryteria maksymalistyczne. Stosując te pierwsze, medycyna zadaje gwałt naszemu ciału, opóźniając jego umieranie w celu pobrania narządów dla transplantacji. Jego zdaniem śmierć mózgowa nie stanowi ani kryterium śmierci, ani kryterium pobierania narządów, lecz jest znakiem nieodwracalności procesów.¹⁸

Ta nieodwracalność procesu umierania, przy wyraźnej zgodzie pacjenta może uprawniać – zdaniem niektórych moralistów niemieckich, takich jak Dietmar Mieth, Heinrich Pompey i Wilfried Ruff – do pobrania narządów do transplantacji, albowiem pobranie to nie jest bezpośrednią przyczyną śmierci, ale dokonuje się w obliczu śmierci umierającego.¹⁹

Dość wyraźne zastrzeżenia wobec nowej definicji śmierci są formułowane z pozycji filozofii człowieka. Definicja śmierci mózgowej, a jeszcze bardziej definicja śmierci półkul mózgowych zdaje się wspierać błędną antropologię dualistyczną i mechanistyczną. Osobę zawęża się do funkcjonowania mózgu czy świadomości. Organizm traktuje się jak zespół części, które dowolnie można wymienić.²⁰ „Pozamózgowej części ciała odmawia się istotnego udziału w identyczności osoby; jest ono tylko ciałem mózgu; gdy ten utraci swoją funkcję, pozostają tylko «śmiertelne szczątki»”.²¹ W duchu tej redukcjonistycznej antropologii pozbawia się coraz to szersze grono ludzi praw, które posiadamy na podstawie naszego bytu, na podstawie przynależności do rodziny ludzkiej. Taka parcjalna, funkcjonalistyczna teoria człowieka prowadzi niektórych bioetyków, jak np. Petera Singera, do stawiania wyżej zwierząt w stosunku do noworodków bezmózgowych i ludzi dotkniętych demencją starczą czy chorych będących w głębokiej śpiączce. Podobnemu myśleniu ulega też wielu lekarzy, wykluczając bezmózgowe nowo-



rodki oraz chorych w przewlekłym stanie wegetatywnym z grona żywych i propagując ich wykorzystanie dla transplantacji. W tym kontekście słusznie Hans Jonas zaznacza: „Moja identyczność jest identycznością całego i całościowego organizmu, choć wyższe funkcje osobowości mają swoją siedzibę w mózgu”.²² Kochamy drugiego człowieka, a nie jego mózg.

Odrzucając niewłaściwe implikacje antropologiczne dysocjacyjnej definicji śmierci, trzeba jednak szukać odpowiedzi, kiedy rozpada się jedność bytu ludzkiego, jedność jego cielesno-duchowej struktury, kiedy następuje załamanie się wewnętrznej spójności skutkujące dezintegracją i rozpadem. Dla wielu oznaką takiego rozpadu jest właśnie śmierć pnia mózgu. „Śmierć mózgowa – pisze teolog bioetyk Piotr Morciniec – oznacza więc dezintegrację i niezdolność organizmu do dalszego życia. Przy pomocy tego wskaźnika można – na podstawie danych biologicznych opartych na doświadczeniach intensywnej terapii – w sposób wystarczający orzekać, że ten dotąd żywy organizm, istniejący do tej pory jako ludzkie indywiduum, rozpada się na swoje elementy składowe, tzn. następuje jego dezintegracja i destrukcja”.²³

Autorytety moralne wobec nowej definicji śmierci

Już w 1957 roku papież Pius XII, wypowiadając się w kontekście stosowania reanimacji, zaznaczył, że Kościół nie ma żadnych szczególnych kompetencji w ustaleniu momentu śmierci, zadanie to bowiem spełnia biologia i medycyna. Stanowisko to potwierdzone jest w kolejnych dokumentach Urzędu Nauczycielskiego oraz w wypowiedziach różnych naukowych instytucji Kościoła.

Papieska Rada „Cor Unum” w 1981 roku, powołując się na medyczny, społeczny i prawny stan związany z określeniem kryterium śmierci stwierdza: „Wzrasta jednak zgoda co do tego, że za zmarłego należy uznać człowieka, u którego zostałby stwierdzony całkowity i nieodwracalny brak aktywności mózgu (śmierć mózgowa)”.²⁴

Papieska Akademia Nauk w „Deklaracji o sztucznym przedłużaniu życia i dokładnym ustaleniu momentu śmierci” z 21 października 1985 roku formułuje w tym względzie wyraźne stanowisko. „Osobę uznaje się za zmarłą, gdy doznała nieod-

wracalnej utraty wszelkiej zdolności utrzymania czynności ustrojów integracyjnych i koordynacyjnych – tak fizycznych, jak i umysłowych. Śmierć stwierdza się, gdy: a) nastąpiło ostateczne zahamowanie czynności serca i oddechu lub b) stwierdzono nieodwracalne ustanie wszelkiej czynności mózgu. W czasie dyskusji stwierdzono, że śmierć mózgu jest prawdziwym kryterium śmierci, bowiem ostateczne ustanie czynności krążenia i oddychania prowadzi bardzo szybko do śmierci mózgowej”.²⁵

Podobne stanowisko wyrażono w „Karcie Pracowników Służby Zdrowia”. „Aby osoba była uważana za zmarłą, jest wystarczające stwierdzenie śmierci mózgowej dawcy, która polega na «nieodwracalnym ustaniu wszystkich funkcji mózgu». Po pewnym stwierdzeniu śmierci mózgu, to jest po należynej weryfikacji, można przystąpić do pobrania narządów”.²⁶

Jana Paweł II powiedział do uczestników Kongresu Światowego Towarzystwa Transplantologicznego w Rzymie w 2000 roku: „W tym miejscu można orzec, że przyjęte w ostatnim okresie kryterium, na podstawie którego stwierdza się śmierć, a mianowicie całkowite i nieodwracalne ustanie wszelkiej aktywności mózgowej, jeśli jest rygorystycznie stosowane, nie wydaje się pozostawać w sprzeczności z istotnymi założeniami rzetelnej antropologii”.²⁷

Powyższe stanowisko etyczne nie zamyka dalszej dyskusji, daje nam jednak pewność moralną, że przy obecnym stanie wiedzy nie popełniamy zła, stosując obecne kryterium śmierci oraz wykorzystując je dla skutecznych form ratowania życia innym.

Przypisy (s. 28)

Kontrowersje wokół nowej definicji śmierci cd. ze strony 23

Przypisy

1. Dunn H.P.: Etyka dla lekarzy, pielęgniarek i pacjentów. Tarnów, Biblios, 1997: 48–49
2. A definition of irreversible coma: report of the Ad Hoc Committee of the Harvard Medical School to Examine the Definition of Brain Death. *J. Am. Med. Assoc.*, 1968; 205/6: 85–88
3. Szczęśna A.: Wokół medycznej definicji śmierci. W: Gatuszka M., Szewczyk K., red.: *Umierać bez lęku: wstęp do bioetyki kulturowej*. Warszawa-Łódź, PWN, 1996: 77–78
4. Ziemiński I.: Zagadnienie śmierci w filozofii analitycznej, Lublin, TN KUL, 1999: 102
5. Nowacka M.: Etyka a transplantacja. Warszawa, PWN, 2003: 80
6. Komunikat w sprawie wytycznych Krajowych Zespołów Specjalistycznych w dziedzinach: anestezjologii i intensywnej terapii, neurologii i medycyny sądowej w sprawie kryteriów śmierci mózgu. *Dz.Urz. MZOS*, z 26 czerwca 1984 r., nr 6, poz. 38
7. Komunikat Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 29 października 1996 r. o wytycznych w sprawie kryteriów stwierdzenia trwałego i nieodwracalnego ustania funkcji pnia mózgu (śmierci mózgowej), *Dz.Urz. MZOS* z 30 listopada 1996 r. nr 13 poz. 36; Załącznikiem do tego Komunikatu są: Wytyczne w sprawie kryteriów stwierdzenia trwałego i nieodwracalnego ustania funkcji pnia mózgu (śmierci mózgowej) ustalone przez specjalistów z dziedziny medycyny: anestezjologii i intensywnej terapii, neurologii, neurochirurgii oraz medycyny sądowej.
8. Takie rozwiązanie popiera również grupa ekspertów powołanych z ramienia Stolicy Apostolskiej. Zob. Papińska Akademia Nauk, Deklaracja o sztucznym przedłużaniu życia i dokładnym ustaleniu momentu śmierci (21.10.1985). W: Szczygieł K., red.: *W trosce o życie: wybrane dokumenty Stolicy Apostolskiej*. Tarnów, Biblios, 1998: 454
9. Bohatyrewicz R. i in.: Rozpoznanie śmierci mózgu – nowości i sytuacje szczególne. *Med. Intens. Ratun.*, 2001; 4/3: 130–133
10. Komunikat Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 29 października 1996, dz. cyt.
11. Tamże
12. Tamże
13. Keith Mant A.: Definicja śmierci z punktu widzenia medycyny. W: Toynbee A., red.: *Człowiek wobec śmierci*. Warszawa, 1973: 34–35
14. Türk H.J.: Śmierć mózgowa w aspekcie filozoficznym. W: Marcol A., red.: *Etyczne aspekty transplantacji narządów: materiały z sympozjum w Kamieniu Śląskim w dniach 15–16.04.1996*. Opole, WT UO, 1996: 60
15. Tamże: 68
16. Tamże
17. Jonas H.: *Gehirntod und menschliche Organbank: zur pragmatischen Umdefinierung des Todes*. W: Tenze: *Technik: Medizin und Ethik: zur Praxis des Prinzips Verantwortung*, Frankfurt am Main, Insel, 1985: 222
18. Türk H.J., dz. cyt.: 72
19. Tamże: 71
20. Kopania J.: Etyczny wymiar cielesności. Kraków, Aureus, 2002: 224 i n.
21. Türk H.J., dz. cyt.: 69
22. Jonas H.: *Gehirntod und menschliche Organbank*. dz. cyt.: 235
23. Morciniec P.: Legalny kanibalizm?: transplantacja organów pojedynczych: problem ustalenia kryterium śmierci. W: Machinek M., red.: *Śmierć i wiara w życie pośmiertne w świetle nauk przyrodniczych i humanistycznych*. Olsztyn, Hosianum, 2003: 203
24. Papińska Rada „Cor Unum”: *Niektóre kwestie etyczne odnoszące się do ciężko chorych i umierających* (27.08.1981). W: Szczygieł K. red.: *W trosce o życie: wybrane dokumenty Stolicy Apostolskiej*. dz. cyt.: 446
25. Papińska Akademia Nauk: Deklaracja o sztucznym przedłużaniu życia i dokładnym ustaleniu momentu śmierci z 21.10.1985. W: Szczygieł K., red.: *W trosce o życie*, dz. cyt.: 453–454
26. Papińska Rada ds. Duszpasterstwa Służby Zdrowia: *Karta Pracowników Służby Zdrowia*. Watykan 1995: nr 87
27. Jan Paweł II: *Do uczestników Kongresu Światowego Towarzystwa Transplantologicznego w Rzymie*, 29.08.2000. *L'Osserv. Rom.*, 2000; 228/11-12