

CZŁOWIEK
NA GRANICY ISTNIENIA

DYSKUSJE O ŚMIERCI MÓZGOWEJ
I INNYCH ASPEKTACH UMIERANIA

MAN ON THE EDGE OF EXISTENCE

A DISCUSSION ON BRAIN DEATH
AND OTHER ASPECTS OF DYING



Celem serii wydawniczej „Universum Ethicae Christianae” jest promocja prac dotyczących problematyki szeroko rozumianej etyki chrześcijańskiej. Powstała ona pod auspicjami utworzonego w maju 2016 roku przy Akademii Ignatianum w Krakowie Centrum Etyki Chrześcijańskiej im. Tadeusza Ślipko SJ.

Seria ta wpisuje się w statutowe cele Centrum. Jednym z nich jest publikowanie monografii, rozpraw, podręczników i wydań krytycznych polskich oraz zagranicznych dzieł z zakresu etyki chrześcijańskiej.

Publikacje ukazujące się w ramach tej serii służą promocji Centrum Etyki Chrześcijańskiej, jak również są okazją do twórczej wymiany myśli filozoficznej i etycznej.

Jej zadaniem jest krzewienie kultury intelektualnej w polskiej myśli chrześcijańskiej.

Redaktorzy serii:

Prof. Ewa Podrez

Prof. Piotr S. Mazur

CZŁOWIEK NA GRANICY ISTNIENIA

DYSKUSJE O ŚMIERCI MÓZGOWEJ
I INNYCH ASPEKTACH UMIERANIA

MAN ON THE EDGE OF EXISTENCE

A DISCUSSION ON BRAIN DEATH
AND OTHER ASPECTS OF DYING

Redakcja

Grzegorz Hołub

Piotr Duchliński

AKADEMIA IGNATIANUM W KRAKOWIE
WYDAWNICTWO WAM

KRAKÓW 2017

© Akademia Ignatianum w Krakowie, 2017
ul. Kopernika 26 • 31-501 Kraków
tel. 12 39 99 620
wydawnictwo@ignatianum.edu.pl
www.wydawnictwo.ignatianum.edu.pl

Publikacja dofinansowana ze środków przeznaczonych na działalność statutową
Wydziału Filozoficznego Akademii Ignatianum w Krakowie
oraz przez Uniwersytet Papieski Jana Pawła II w Krakowie

Recenzenci

ks. prof. dr hab. Marian Machinek
ks. dr hab. Mirosław Pawliszyn

Redaktor prowadzący
Roman Małecki

Projekt okładki i stron tytułowych
Lesław Sławiński – PHOTO DESIGN

Typografia i łamanie
Piotr Druciarek

ISBN 978-83-7614-331-6 (AIK)
ISBN 978-83-277-1461-9 (WAM)

WYDAWNICTWO WAM
ul. Kopernika 26 • 31-501 Kraków
tel. 12 62 93 200 • faks 12 42 95 003
e-mail: wam@wydawnictwowam.pl
www.wydawnictwowam.pl

DZIAŁ HANDLOWY
tel. 12 62 93 254-255 • faks 12 62 93 496
e-mail: handel@wydawnictwowam.pl

KSIEGARNIA WYSYŁKOWA
tel. 12 62 93 260
e.wydawnictwowam.pl

Spis treści

Grzegorz Hołub, Piotr Duchliński	
Wprowadzenie	7
Grzegorz Hołub, Piotr Duchliński	
Introduction	15
Jakub Pawlikowski	
Śmierć człowieka z perspektywy biologiczno-medycznej w kontekście dyskusji wokół kryteriów śmierci mózgu	21
Tadeusz Biesaga SDB	
Reinterpretować czy porzucić harwardzką definicję śmierci?	85
Piotr S. Mazur	
Kres życia a cel życia ludzkiego	105
Sebastian Gałeczki	
Kontrowersje ontologiczne wokół kryterium śmierci mózgowej	123
Piotr Aszyk SJ	
Współczesny dyskurs wokół śmierci	155
Grzegorz Hołub	
Śmierć człowieka a śmierć osoby	177

Denis Larrivee	
Reconfiguring the Neural Paradigm: Embodied Cognition, Brain Failure, and the Somatic Integrity Thesis	193
Józef Makselon	
Człowiek wobec śmierci. Spojrzenie psychologiczne	221
Andrzej Muszala	
Śmierć człowieka w perspektywie teologicznej	237
Amadeusz Pała	
Eutanazja, uporczywa terapia i opieka paliatywna. Próba moralnej oceny w świetle antropologii naturalistycznej i personalistycznej	267
Jerzy Brusilo	
Opieka czy troska o człowieka na granicy życia i śmierci?	295

TADEUSZ BIESAGA SDB

Uniwersytet Papieski Jana Pawła II w Krakowie

Reinterpretować czy porzucić harwardzką definicję śmierci?

1. Nowa definicja śmierci Nadzwyczajnej Komisji Harwardzkiej z 1968 roku

Trzeba przyznać, że niewielka inicjatywa Nadzwyczajnej Komisji zwołanej przez Dziekana Harwardzkiej Szkoły Medycznej stała się wydarzeniem medycznym, prawnym i etycznym nie tylko w USA, ale i Europie. We wrześniu 1967 roku Henry Beecher, kierownik anestezjologii w Szpitalu Ogólnym Massachusetts, zwrócił się do Dziekana Harwardzkiej Szkoły Medycznej, aby zorganizować spotkanie Stałej Komisji Humanistycznej dla zajęcia się problemem wzrostu w szpitalach liczby odmózdzonych pacjentów (*decerebrated individuals*). Jego zdaniem, liczba ta wzrastała w wyniku nadmiernie stosowanej resuscytacji i terapii podtrzymującej życie i trzeba było temu jakoś zaradzić.

Zarówno w swej praktyce, jak też w swych publikacjach etycznych i wykładach, Beecher troszczył się o to, jak uchronić pacjenta pod koniec jego życia od uporczywej terapii. „W swych wykładach z 6 grudnia 1967 roku zatytułowanych: *Prawo do pozostawienia w spokoju: Prawo do śmierci – Problemy z beznadziejnie nieświadomymi pacjentami* (*The Right to be Let Alone: The Right to Die – Problems Created by the Hopelessly Unconscious Patient*) akcentował swoje przekonania, że narzucanie pacjentowi daremnej terapii ogranicza jego prawa i jest bliskie poddawaniu go eksperymentom”¹. Tak więc problem z pacjentami w śpiączce, w przewlekłym stanie wegetatywnym, jak też pierwsze udane transplantacje narządów, w tym transplantacja serca, domagały się refleksji nad sformułowaniem nowej definicji śmierci.

Na prośbę Henry’ego Beechera, dziekan Harvardzkiej Szkoły Medycznej zwołał w styczniu 1968 roku Nadzwyczajną Komisję w Harvardzkiej Szkole Medycznej (Ad Hoc Committee at Harvard), w której uczestniczyło 13 osób: anestezjolog (Henry Beecher), transplantolog (Joseph Murray), trzech neurologów (Robert Schwab, Raymond Adams i Derek Denny Brown), neurochirurg, nefrolog, prawnik, neurobiolog, psycholog, profesor zdrowia publicznego, historyk i etyk.

W dyskusji i w przygotowaniu dokumentu, którego ostateczna czterostronicowa wersja została opublikowana w JAMA 5 sierpnia 1968 roku², szczególną rolę odegrały trzy osoby: anestezjolog Henry Beecher, jego kolega z tego samego szpitala, neurolog Robert Schwab, oraz transplantolog Joseph Murray

1 M.A. De Georgia, *History of Brain Death as Death: 1968 to the Present*, „Journal of Critical Care” 2014, t. 29, nr 4, s. 675.

2 *A Definition of Irreversible Coma*. Report of the Ad Hoc Committee of the Harvard Medical School to Examine the Definition of Brain Death, „Journal of the American Medical Association” 1968, t. 205, nr 6, s. 337–340.

z Peter Bent Brigham Hospital. Ten ostatni w 1954 roku jako pierwszy przeprowadził udaną transplantację nerki. Natomiast Robert Schwab w tym samym roku jako pierwszy uzasadnił i przeprowadził odłączenie respiratora od pacjenta w ciężkiej śpiączce z masywnym krwotokiem mózgowym. Pisał o tym przypadku: „Pacjenta bez odruchów, bez samodzielnego oddechu, z całkowitą nieobecnością danych elektroencefalografu, traktowaliśmy jako zmarłego, pomimo aktywnego bicia serca utrzymującego krążenie krwi. Respirator został przeto odłączony i pacjent został uznany za zmarłego”³.

W 1963 roku opracował on trzy kryteria stwierdzania śmierci pacjenta: 1) nieruchome źrenice oraz brak spontanicznych i sprowokowanych odruchów; 2) bezdech i 3) płaskie EEG. W 1968 roku miał on już udokumentowanych 90 przypadków takich pacjentów z obszerną martwicą tkanki mózgowej, którzy zmarli po odłączeniu respiratora.

Nadzwyczajna Komisja Harwardzka w swej dyskusji wyszła właśnie od tych trzech kryteriów, ale miała olbrzymie trudności w wyjaśnieniu, dlaczego dane z owych trzech kryteriów mają prowadzić do stwierdzenia momentu śmierci. W efekcie bowiem śmierć pacjenta następowała później (*death to follow*), po odłączeniu respiratora, a nie w momencie posiadania danych z trzech wymienionych testów. Trudności te szczególnie akcentował sam Schwab sugerując Beecherowi, aby nie podejmował się sformułowania definicji śmierci, ale skupił się na węższym i bezpiecznym zagadnieniu wypracowania konsensu Komisji określającego kryteria stwierdzania nieodwracalnej śpiączki (*irreversible coma*). Sądził bowiem, że powyższymi trzema kryteriami, do tego przy bijącym sercu pacjenta, można j e d y n i e

3 M.A. De Georgia, *History of Brain Death as Death: 1968 to the Present*, dz. cyt., s. 673.

prognozować śmierć, ale nie można jej stwierdzić. Nieodwracalna śpiączka jest bowiem prognozą śmierci, a nie faktem śmierci pacjenta.

Transplantolog Joseph Murray nie zgadzał się z tym stanowiskiem i na swoim szkicu przyszłego dokumentu, tam gdzie występował w nim termin „nieodwracalnej śpiączki” (*irreversible coma*), przekreślał go i zamieniał na termin „śmierć pacjenta” (*death*)⁴.

Henry Beecher, mając na uwadze praktyczne problemy, z jakimi się borykał – podobnie jak jego kolega ze szpitala – chciał rozwiązać problem odstąpienia od daremnej terapii. Jego zdaniem, należało podać w tym celu istotne cechy nieodwracalnej śpiączki (*irreversible coma*), co pozwoliłoby zaniechać dalszego podtrzymywania życia, np. przez odłączenie respiratora, i wtedy śmierć byłaby następstwem tego działania (*death to follow*). Jednocześnie chciał jakoś powiązać moment śmierci ze śmiercią mózgu.

Ta rozbieżność celów dokumentu, czyli tego, czy ma on ustalić kryteria stwierdzające nieodwracalną śpiączkę, czy też kryteria stwierdzające śmierć mózgu – nie została wyjaśniona ani w dyskusji, ani w opublikowanym czterostronicowym dokumencie. Rozbieżność ta występuje nawet w samym tytule dokumentu. Główny bowiem tytuł dokumentu Nadzwyczajnej Komisji Harwardzkiej brzmi: *Definicja nieodwracalnej śpiączki (A Definition of Irreversible Coma)*. W podtytule jednak dodano: *Raport z analizy definicji śmierci mózgu (to Examine the Definition of Brain Death)*. Sam więc tytuł jest mylący, nie wiadomo bowiem, czy chodzi o kryteria nieodwracalnej śpiączki, czy o kryteria śmierci mózgowej. Dyskutanci zgadzali się, że stwierdzenie nieodwracalnej śpiączki jest tylko prognozą

4 Tamże, s. 675.

śmierci, a nie jest stwierdzeniem faktu śmierci pacjenta, która następuje później, np. dopiero po odłączeniu respiratora. Mimo to, dokument sugeruje w podtytule, że kryteria nieodwracalnej śpiączki stanowią nową definicję śmierci, a stwierdzenie takiej śmierci nie jest już prognozą, ale diagnozą śmierci pacjenta.

Tak więc raport w punkcie wyjścia skupia się na cechach charakterystycznych nieodwracalnej śpiączki, mówi o stosowanych trzech testach do stwierdzenia tego stanu, a na końcu we wnioskach zastosowuje swoje opisy i testy do nieodwracalnej dysfunkcji mózgu, uznając ją za stan śmierci pnia mózgu, a następnie za śmierć pacjenta. W takim podejściu mamy co najmniej dwa niewyjaśnione przeskoki myślowe, czyli przeskok od nieodwracalnej śpiączki do śmierci mózgu i od śmierci mózgu do śmierci pacjenta.

W samym dokumencie mamy wypowiedzi świadczące o tym, że za podaną bez uzasadnień definicją śmierci mózgu jako śmierci pacjenta, kryją się w z g l ę d y p r a g m a t y c z n e, w których chodzi o to, aby umożliwić zwolnienie nadmierne obciążonych łóżek na oddziałach intensywnej terapii oraz umożliwić przeszczepy narządów. Dokument staje bowiem na stanowisku, że absolutne kryteria śmierci nie rozwiązują ani problemu daremnej terapii, ani dawstwa narządów do przeszczepów i dlatego trzeba przyjąć kryteria pragmatyczne.

Transplantolog Murray pisał do Beechera: „Czy społeczeństwo może sobie pozwolić na utratę organów, które obecnie są grzebane. Rosnące kolejki pacjentów w każdym szpitalu w Bostonie i w całym świecie oczekują na stosownych dawców nerek. W tym samym czasie pacjenci w stanie śmierci są umieszczani w oddziałach ratunkowych i tracimy potencjalnie użyteczne nerki”⁵.

5 Tamże, s. 675.

Rodzi się pytanie, dlaczego taki fatalny dokument, w którym do końca nie wiadomo, czy sprawa dotyczy istotnych cech nieodwracalnej śpiączki, czy śmierci mózgu, w którym prognozę śmierci potraktowano jako moment śmierci pacjenta, uruchomił szybką akceptację i legalizację nowego określenia śmierci? Wymienia się cztery zjawiska społeczne, które wpłynęły na akceptację zdefiniowanej przez Nadzwyczajną Harvardzką Komisję z roku 1968 koncepcji śmierci mózgowej. Są to następujące wydarzenia: 1) odkrycie możliwości defibrylacji serca oraz możliwości użycia respiratora podtrzymującego oddychanie; 2) wzrost liczby pacjentów w przewlekłej śpiączce i związane z tym problemy w szpitalach; 3) sukcesy pierwszych transplantacji narządów od spokrewnionych żywych dawców, a następnie od zmarłych; 4) radykalnie liberalna refleksja etyczna w USA dotycząca końca życia ludzkiego.

Dotychczasowe krążeniowo-oddechowe kryterium śmierci stało się niewystarczające już w połowie XX wieku. W 1947 roku Claude Beck przeprowadził po raz pierwszy udaną defibrylację serca, potwierdzając tym samym, że śmierć krążeniowa jest odwracalna⁶. W 1950 roku Bernard Bennett rozpoczął konstrukcję urządzeń podtrzymujących oddychanie, a pięć lat później rozpoczęto masową produkcję tych urządzeń, czyli coraz to lepszych r e s p i r a t o r ó w.

Rozwój urządzeń podtrzymujących życie prowadził do wzrostu liczby pacjentów na oddziałach intensywnej terapii. Wspomniany neurolog Robert Schwab, kolega Henry'ego Beechera, jako pierwszy sformułował w 1954 roku wymienione wyżej trzy kryteria nieodwracalnej śpiączki, uprawniające do zaniechania dalszej terapii, np. do odłączenia

6 Tamże, s. 673.

respiratora. Inni lekarze w Stanach Zjednoczonych i w Europie szybko poszli w jego ślady.

Oprócz rozwoju urządzeń podtrzymujących oddychanie czy krążenie, w połowie XX wieku w krótkim czasie *t r a n s p l a n - t o l o g i a* odniosła niebywałe sukcesy. W 1954 roku Joseph Murray z Peter Bent Brigham Hospital, późniejszy członek Nadzwyczajnej Komisji Harwardzkiej, przeprowadził pierwszą transplantację nerki od żywego dawcy-bliźniaka, a w 1962 roku przeprowadził pierwszą transplantację nerek od zmarłego. W 1960 roku zaczęto stosować po przeszczepach leki immunopresyjne. W roku 1963 Thomas Earl Starzl przeprowadził pierwszą transplantację wątroby, w tym samym roku James Hardy – pierwszą transplantację płuc, w 1966 roku William Kelly – pierwszą transplantację trzustki i w końcu w 1968 roku Christiaan Neethling Barnard – pierwszą transplantację serca⁷. Na początku lat 60. mamy więc do czynienia niejako z eksplozją pierwszych udanych przeszczepów najważniejszych narządów człowieka, zarówno od żywych, jak i od zmarłych. Tak więc w praktyce dokonywano przeszczepów od zmarłych przed określeniem oraz zalegalizowaniem harwardzkiej definicji śmierci i przed ustaleniem kryteriów stwierdzania śmierci mózgowej, wyprzedzając niejako oficjalną legalność procedur.

Owe osiągnięcia techniczne, chirurgiczne i transplantologiczne wywierały niebywały wpływ na pragmatyczne myślenie umożliwiające dalsze kroki w tym względzie, tym bardziej że medycyna prezentowała się jako zbawca człowieka chorego, który może otrzymać przez przeszczep drugie, a może i trzecie życie.

W tym czasie w USA na myślenie etyczne i etykę końca życia mocno oddziaływał twórca liberalnej etyki

7 Tamże, s. 674.

sytuacyjnej, pastor Kościoła Episkopalnego Joseph Fletcher, m.in. członek Amerykańskiego Towarzystwa Eugenicznego, Towarzystwa Dobrowolnej Sterylizacji oraz przewodniczący Amerykańskiego Towarzystwa Eutanatycznego. Między innymi w książce *Moral and Medicine*, wydanej w 1954 roku, argumentował on, że o eutanazji powinien decydować autonomicznie pacjent. Odwołując się do sytuacyjnej autonomii dorosłych, rozstrzygał on w duchu liberalizmu i sytuacjonizmu problem aborcji, sterylizacji, klonowania człowieka i eutanazji⁸. Formułował kryteria życia nie wartego życia i promował etykę likwidacji cierpienia przez zakończenie życia cierpiących. Propagowana przez niego absolutyzacja autonomii i sytuacyjny pragmatyzm współgrały z amerykańskim indywidualizmem i popychały lekarzy w kierunku rozwiązań pragmatycznych, stosowanych w odniesieniu do ludzi w śpiączce i w przewlekłym stanie wegetatywnym. Nic dziwnego, że zaproponowane w klimacie pragmatycznej mentalności przez Nadzwyczajną Komisję Harwardzką kryteria śmierci zostały przyjęte bez głębszej refleksji filozoficznej i humanistycznej.

Na początku lat 70., mimo zamieszania i sporów, w których około 400 neurologów w Ameryce (15%) zalecało powrót do tradycyjnej krążeniowo-oddechowej definicji śmierci, mimo że niektórzy tacy filozofowie, jak Hans Jonas, wskazywali, iż nie mamy pewnej wiedzy oddzielającej linię życia od śmierci, a proponowana definicja nie może być substytutem takiej wiedzy, to jednak harwardzka definicja śmierci została zaakceptowana i zalegalizowana w różnych stanach Ameryki.

W przychylnym nastawieniu zaczęto rozwijać różne kryteria śmierci, a tzw. „Kryteria z Minnesoty” przesunęły śmierć mózgu w kierunku śmierci pnia mózgu. Taką właśnie

8 J. Fletcher, *Morals and Medicine*, Princeton (NJ) 1954.

wąską definicję śmierci zaakceptowało Królewskie Kolegium Medyczne w Wielkiej Brytanii i taką później w tym kraju zalegalizowano⁹.

2. Definicja śmierci według Prezydenckiej Komisji ds. Studiów Problemów Etycznych w Medycynie z 1981 roku

W celu unormowania legalizacji przez Kongres USA spraw związanych z orzekaniem o końcu życia została powołana w roku 1979 Prezydencka Komisja ds. Studiów Problemów Etycznych w Medycynie i w Badaniach Biomedycznych i Behawioralnych. Komisja ta opublikowała w 1981 roku 167-stronowy raport zatytułowany *Definiując śmierć: medyczne, prawne i etyczne zagadnienia w ustalaniu śmierci*¹⁰.

Przede wszystkim Komisja odrzuciła harwardzkie utożsamianie śmierci z nieodwracalną śpiączką. Stwierdziła, że „sformułowanie «nieodwracalna śpiączka» (*irreversible coma*) jest mylące w zastosowaniu do wchodzących w grę przypadków. «Śpiączka» to kondycja żywej osoby [podkr. – T.B.], natomiast ciało pozbawione wszelkich funkcji mózgu jest zmarłe, stąd jest czymś bez porównania innym niż wszelka śpiączka”¹¹.

Po drugie, Komisja odrzuciła utożsamianie śmierci pacjenta ze śmiercią różnych części mózgu, takich jak półkule mózgowe

9 M.A. De Georgia, *History of Brain Death as Death: 1968 to the Present*, dz. cyt., s. 676.

10 President's Commission for the Study of Ethical Problems in Medicine and Biomedical and Behavioral Research, *Defining Death: A Report on the Medical, Legal and Ethical Issues in the Determination of Death*, Washington (DC) 1981, s. 1–166.

11 Tamże, s. 25.

czy pień mózgowy. W określaniu śmierci mózgowej odwoływała się do całego mózgu (*whole brain*) oraz do jego integrujących funkcji.

Po trzecie, Komisja podjęła próbę określenia czym się różnią istoty żywe od zmarłych, czyli próbę jakiegoś rozumienia na czym polega śmierć. „To, co charakteryzuje istoty żywe, a czego brak zmarłym – czytamy w dokumencie – to zdolność ciała do swej organizacji i regulacji”¹². „Śmierć to ten moment – stwierdza Komisja – w którym fizjologiczny system ciała przestaje konstytuować zintegrowaną całość. Nawet jeśli życie trwa w poszczególnych komórkach i narządach, to życie organizmu jako całości wymaga kompleksowej integracji, bez której osoba nie może być traktowana jako żywa”¹³. Śmierć to moment dezintegracji organizmu jako całości (*disintegration of the organism as a whole*).

Kompleksową integrację organizmu Komisja przypisała działaniu mózgu, uznając go za centralny integrator, organizator i regulator ludzkiego organizmu. Zdawała sobie sprawę z istnienia innych stanowisk, według których różne współdziałające ze sobą systemy organizmu traktowane są jako odpowiedzialne za zintegrowane jego funkcjonowanie, ale opowiedziała się za nadrzędną względem nich funkcją integracyjną mózgu. Odpowiednimi testami można ustalić śmierć całego mózgu, która – zdaniem Komisji – oznacza śmierć organizmu ludzkiego jako całości.

W toczących się dyskusjach nad definicją śmierci w latach 90. zauważono, że w Raporcie Prezydenckiej Komisji jest zbyt wiele uznaniowości, a mało uzasadnień. Poszukiwano wyjaśnień, czy w śmierci całego mózgu chodzi o utratę wszystkich

12 Tamże, s. 32.

13 Tamże, s. 33.

funkcji mózgu, czy tylko funkcji istotnych. Zauważono, że termin „śmierć mózgu” orzeka o mózgu, a nie o śmierci człowieka. Podano w wątpliwość stwierdzenie, że śmierć mózgu pacjenta prowadzi niejako momentalnie do dezintegracji jego organizmu. Pacjent, pomimo stwierdzenia śmierci mózgu, ujawnia pewien poziom somatycznej integracji organizmu.

Można więc powiedzieć, że w dokumencie Komisji Prezydenckiej, w porównaniu z chaotyczną definicją harwardzką, podjęto pewien wysiłek ściślejszego określenia śmierci, ale nie znaczy to, że został uzasadniony wybór całego mózgu jako centralnego integratora, organizatora i regulatora ciała. Komisja bowiem posłużyła się wyraźną odgórną interpretacją, zarówno w opisie funkcji mózgu, jak i w rozciągnięciu śmierci mózgu na śmierć pacjenta, mimo dalszego życia organizmu w funkcjonowaniu jego tkanek, narządów i systemów. Wobec narastającego sporu, w roku 2008 zabrała głos Prezydencka Rada Bioetyczna USA.

3. Definicja śmierci według Prezydenckiej Rady Bioetycznej z 2008 roku

W 2008 roku Prezydencka Rada Bioetyczna USA wydała 144-stronicowy dokument zatytułowany *Kontrowersje w orzekaniu śmierci. Biała Karta Prezydenckiej Rady Bioetycznej*¹⁴.

W miejsce stosownego wcześniej terminu: „śmierć całego mózgu” (*whole brain death*) Prezydencka Rada Bioetyczna zaproponowała bardziej precyzyjne i możliwe do stwierdzenia

14 President's Council on Bioethics, *Controversies in the Determination of Death: A White Paper of the President's Council on Bioethics*, Washington (DC) 2008, s. 1–144.

określenie: „całkowita niewydolność mózgu” (*total brain failure*). Zauważyła ograniczoność terminologii odwołującej się do integracyjnych funkcji mózgu i określiła śmierć jako „ustanie fundamentalnych, żywotnych-samozachowawczych działań żywego organizmu” (*cessation of the fundamental vital work of a living organism—the work of self-preservation*)¹⁵. Podkreślała, że samozachowawcze dążenia organizmu ujawniają się w jego zdeterminowanych potrzebach, zaspokajanych dzięki wymianie i kooperacji z otaczającym go środowiskiem (*the work of self-preservation, achieved through the organism’s need-driven commerce with the surrounding world*)¹⁶. Wymiana taka to przeróżne procesy w organizmie, których przykładem może być choćby oddychanie. Jeśli organizm nie angażuje się w ową kooperację charakteryzującą żywe istoty, to znaczy, że nie żyje.

W zasadniczej, filozoficznej części dokumentu (w rozdziale IV) Prezydencka Rada Bioetyczna zajęła się dwoma pytaniami: Czy ci, u którym zdiagnozowano totalną dysfunkcję mózgu – znaną dotychczas jako „śmierć całego mózgu” – są rzeczywiście zmarłymi ludźmi? oraz: Jak powinny być zinterpretowane empiryczne ustalenia dotyczące „śmierci całego mózgu”?

Pierwsze pytanie wymagało refleksji filozoficznej, zaprezentowania jakiejś filozofii organizmu i w tym kontekście zdefiniowania śmierci. Drugie pytanie dotyczyło krytyki, akceptacji lub odrzucenia dotychczasowych neurologicznych kryteriów śmierci.

W odpowiedzi na te pytania uformowały się dwa odmienne stanowiska. Pierwsze z nich, mniejszościowe, odniosło się sceptycznie do dotychczasowych testów

15 Tamże, s. 60

16 Tamże.

neurologicznych stwierdzających śmierć całego mózgu jako śmierć pacjenta. Drugie stanowisko, większościowe, zaakceptowało dotychczas stosowane testy całkowitej dysfunkcji mózgu jako uprawniające do stwierdzenia śmierci pacjenta.

W stanowisku opozycyjnym do obowiązujących neurologicznych testów stwierdzenia śmierci pacjenta sformułowano następujące zastrzeżenie: „Nie możemy być pewni tego, czy pacjenci z całkowitą dysfunkcją mózgu są zmarli, czy są żywi, i stąd tacy pacjenci powinni być traktowani jako żywi, a ż z a t r z y m a s i ę b i c i e i c h s e r c a”¹⁷. W drugiej grupie zaakceptowano jako wystarczające dotychczas stosowane neurologiczne standardy, ale zaproponowano do nich zmienioną, inną koncepcję organizmu i inną filozofię śmierci.

W pierwszym stanowisku stwierdzono: „Jeśli krew dalej krąży oraz środki odżywcze i tlen dalej służą wzmocnieniu pracy różnych komórek, tkanek i narządów, przeto ciało, w którym zachodzą te procesy, nie może być uznane za zwłoki. [...] Tylko wtedy, gdy wszyscy zgodziliby się, że jakieś ciało kogoś jest gotowe na pogrzeb, to takie ciało z pewnością mogłoby być uznane za zmarłe”¹⁸.

Autorzy tego stanowiska powołali się na publikację Hansa Jonasa zatytułowaną *Pod prąd. Komentarze do definicji i redefinicji śmierci* prezentowaną zaraz po harwardzkiej definicji śmierci w 1974 roku¹⁹. Zdaniem tego myśliciela, testy neurologiczne mogą jedynie wskazywać na prawdopodobieństwo

17 Tamże, s. 13.

18 Tamże, s. 52-53.

19 H. Jonas, *Against the Stream: Comments on the Definition and Redefinition of Death*, w: *Philosophical Essays: From Ancient Creed to Technological Man*, Englewood Cliffs (NJ) 1974, s. 132-140.

ś m i e r c i, nie uprawniają nas jednak do stwierdzenia śmierci jako takiej²⁰.

Według tej grupy członków Prezydenckiej Rady Bioetycznej, obszerne badania i publikacje neurologa Alana Shewmona, które podważają dotychczasowe kryteria śmierci mózgowej, ujawniają, że pomimo płaskiego EEG zachodzą w organizmie różne procesy integracyjne²¹. Udokumentowana przez Shewmona tzw. „plastyczność somatyczna organizmu” dowodzi, że pomimo stwierdzanej utraty funkcji mózgu, organizm nie rozpada się na części (*to “fall apart”*), lecz dalej ujawnia różne poziomy swej integracji²².

Można powiedzieć, że cały dokument Prezydenckiej Rady Bioetycznej USA krytycznie odnosi się do potraktowania mózgu jako centralnego integratora ludzkiego ciała. To właśnie takie ciasne ujęcie sprowokowało Radę do poszukiwania innej filozofii organizmu jako podstawy do określenia śmierci. Dostrzegła ona zbyt wiele danych medycznych, które przeczą interpretacji, że to mózg we wszystkim integruje organizm w całość. Przez tę interpretację rola organizmu w jego częściach pozamózgowych została zredukowana czy wyeliminowana. Rada stanęła na stanowisku, że należy porzucić traktowanie mózgu jako integratora żywotnych funkcji organizmu. „Określenie kiedy organizm pozostaje c a ł y (*whole*), zależy

20 President’s Council on Bioethics, *Controversies in the determination of Death: A White Paper of the President’s Council on Bioethics*, dz. cyt., s. 53.

21 Tamże, s. 53–54.

22 D.A. Shewmon, *The Brain and Somatic Integration: Insights into the Standard Biological Rationale for Equating ‘Brain Death’ with Death*, „Journal of Medicine and Philosophy” 2001, t. 26, nr 5, s. 457–478. Zob. także: D.A. Shewmon, *Mental Disconnect: ‘Physiological Decapitation’ as a Heuristic for Understanding ‘Brain Death’*, Working Group on the Signs of Death, 11–12 September 2006, red. M. Sanchez Sorondo, Vatican City 2007, s. 292–333.

od rozpoznania trwania lub ustania fundamentalnych, witalnych-samozachowawczych działań żywego organizmu (*work of self-preservation*), realizowanych dzięki potrzebom organizmu, kierującym go do kooperacji i wymiany z otaczającym światem (*commerce with the surrounding world*)”²³.

Prezydencka Rada Bioetyczna stanęła więc na rozdrożu. Zrezygnowała z określenia „śmierć całego mózgu” na rzecz „całkowitej dysfunkcji mózgu” oraz chciała z jednej strony utrzymać jakoś w mocy neurologiczne kryteria stwierdzenia owej „całkowitej dysfunkcji mózgu”, czyli śmierci pacjenta, z drugiej – krytykując dotychczasowe kryteria, radykalnie zmieniła filozoficzną interpretację śmierci, według której mózg nie funkcjonuje jako podstawa i integrator życia, ale integratorem takim jest sam organizm w swych samozachowawczych działaniach (*work of self-preservation*), w swych związkach ze światem, w swej wymianie z otoczeniem tego, co do przetrwania organizmu jest potrzebne. Można nawet sądzić, że Rada odrzuciła dotychczasową definicję śmierci mózgowej na rzecz śmierci organizmu w jego samozachowawczych funkcjach. Jest to więc inne ujęcie kwestii wyjaśniania śmierci. Dotychczasowe określenia śmierci były bowiem jakby odgórne, czyli w interpretacji śmierci schodziły niejako z góry, od śmierci mózgu do śmierci organizmu. W nowej

23 President’s Council on Bioethics, *Controversies in the Determination of Death: A White Paper of the President’s Council on Bioethics*, dz. cyt., s. 60. „But reliance on the concept of ‘integration’ is abandoned and with it the false assumption that the brain is the ‘integrator’ of vital functions. Determining whether an organism remains a whole depends on recognizing the persistence or cessation of the fundamental vital work of a living organism – the work of self-preservation, achieved through the organism’s need driven commerce with the surrounding world”. Tamże, s. 60

interpretacji śmierci idziemy w odwrotnym kierunku, od śmierci organizmu do śmierci mózgu.

Nic dziwnego, że mniejszość członków Prezydenckiej Rady Bioetycznej wyciągnęła z tej definicji inne wnioski i podważyła możliwość akceptacji dotychczasowych kryteriów śmierci mózgowej jako śmierci pacjenta, które właśnie są kryteriami odgórnymi, opartymi na nieuprawnionym uznaniu mózgu za źródło i integratora życia ludzkiego organizmu.

Stanowisko przeciwne wobec dotychczasowych mózgowych kryteriów śmierci zostało radykalnie wzmocnione przez zamieszczenie na końcu dokumentu trzech odrębnych głosów, tj. wypowiedzi samego przewodniczącego Prezydenckiej Rady Bioetycznej Edmunda D. Pellegrino oraz dwóch członków Rady, profesora metafizyki i filozofii moralnej Alfonso Gomez-Lobo z Uniwersytetu Georgetown, oraz profesora etyki chrześcijańskiej Gilberta Meilaendera z Uniwersytetu Valparaiso.

W głosach odrębnych wszyscy podkreślali, że definicja śmierci musi być jasna, zrozumiała i nie można jej zmieniać. Śmierć winna ona być czymś naturalnym, dającym się zaobserwować. Nie można jej przyjąć na podstawie „kontraktu czy zgody społecznej”, czy też „prawnej fikcji”, zaakceptowanej dla realizacji przeszczepów narządów. Za taką przystępną definicję może uchodzić sformułowanie wzajemnie wykluczających się stanów, czyli że „śmierć to nieodwracalne ustanie życia”. Dzisiejsza wiedza nie daje nam pewności czym jest życie, ani czym jest śmierć, dlatego musimy poprzestać na jego obserwowalnych, istotnych cechach. Prof. Alfonso Gomez-Lobo w swym odrębnym stanowisku stwierdza: „Jeśli np. ciało jest zdolne kontynuować proces odżywiania, eliminacji zbędnych pozostałości, wykazywać proporcjonalny wzrost, homeostazę itp., i jeśli zaangażowane jest w tych funkcjach w sposób integrujący [podkr. – T.B.], możemy

mniemać, że jest żywe. Jeśli przestanie to realizować i rozpocznie się proces dekompozycji i dezintegracji, słusznie możemy sądzić, że jest zmarłe”²⁴.

Ważnym argumentem przeciw tzw. śmierci mózgowej oraz centralnej roli mózgu jako integratora ciała jest również rozwój embrionu ludzkiego, u którego w pierwszych stadiach rozwoju mózg nie jest integrującym organem, ale wytworem organizmu i jest integrowany przez organizm. „W pierwszych stadiach życia embrionu mamy rzeczywiście do czynienia ze zintegrowanym funkcjonowaniem podsystemów, i dzieje się to przed uformowaniem się mózgu. Sugeruje to, że mózg nie jest narządem odpowiedzialnym za zintegrowane funkcjonowanie organizmu, którego jest częścią, i to taką, która sama jest produktem poprzedniego dynamizmu zintegrowanej całości”²⁵.

Edmund Pellegrino w swym odrębnym stanowisku odrzuca potraktowanie bezdechu pacjenta jako dowodu jego śmierci. Nie zgadza się, by bezdech pacjenta i podtrzymywanie oddychania respiratorem uprawniały do stwierdzenia ustania witalnych funkcji samozachowawczych organizmu i uznania pacjenta za zmarłego. Podaje on przykłady różnych urządzeń medycznych, które podtrzymują pewne funkcje organizmu i nie skłaniają nas one do uznania pacjenta za zmarłego. Podobnie nie uważamy za zmarłych pacjentów, którzy „mimo paraliżu oddychania wywołanego np. chorobą Heinego-Mediny lub przecięciem kręgosłupa żyją z pomocą respiratora przez wiele lat”²⁶.

W posumowaniu swego stanowiska Edmund Pellegrino stwierdza, że mamy mniej wątpliwości w stosunku do kryteriów krążeniowo-oddechowych, niż w stosunku do kryteriów

24 Tamże, s. 96.

25 Tamże, s. 99.

26 Tamże, s. 110.

neurologicznych, mózgowych. „W rzeczywistości w przypadku krążeniowo-oddechowego kryterium – pisze – mamy wyższy stopień pewności śmierci, niż w przypadku dawcy z bijącym sercem, ponieważ w tym pierwszym przypadku serce, płuca i mózg przestały funkcjonować”²⁷. W kwestii przeszczepów opowiada się on za „kontrolowanym dawstwem po śmierci serca (*controlled donation after cardiac death*, DCD)”²⁸. Sądzi, że wstępem do tego jest odstąpienie od uporczywej terapii. Mimo że w takiej sytuacji nie usunie się wielu wątpliwości, to jego zdaniem protokół odstąpienia od uporczywej terapii, skutkujący odłączeniem od respiratora, wraz z moralnie i prawnie udokumentowanym dokumentem DNR „Do Not Resuscitate” (Nie resuscytować), „zakłada dopuszczenie śmierci jako zjawiska naturalnego, będącego efektem końcowym fazy choroby, której nieuniknionym, naturalnym, klinicznym następstwem, w przewidywanym odstępie czasu, jest śmierć”²⁹.

Mimo że zaproponowane kryterium utrudni transplantację, to jednak w kwestii ochrony priorytetu dobra dawcy narządów względem biorcy tych narządów jest ono bardziej społecznie i moralnie uzasadnione. Kryterium to nie musi uniemożliwić dawstwa narządów, a będzie mocniejszą ochroną dobra dawcy. Kryterium to może stymulować rozwój badań poszerzenia żywotności możliwych do transplantacji narządów oraz propagowania hodowli narządów z komórek macierzystych biorcy, o czym świadczą publikowane informacje o wyhodowaniu pęcherza czy tchawicy³⁰.

27 Tamże, s. 114.

28 Tamże, s. 117.

29 Tamże, s. 118.

30 P. Macchiarini i in., *Clinical Transplantation of a Tissue-Engineered Airway*, „The Lancet” 2008, t. 372, nr 9655, s. 2023–2030.

Tak więc na obecnym etapie dyskusji, w wyniku rosnących wątpliwości względem mózgowych kryteriów śmierci, stanowisko Edmunda Pellegrino mocniej niż dotychczas chroni dobro pacjenta, ewentualnego dawcy narządów do przeszczepów. Taką ochronę gwarantuje krążeniowo-oddechowe kryterium śmierci, przy którym procedura „kontrolowanego dawstwa po śmierci serca” (*controlled donation after cardiac death*, DCD) nie zamyka drogi przeszczepom narządów³¹.

Podsumowując, można więc stwierdzić, że harwardzka definicja śmierci z 1968 roku została najpierw zmieniona przez Prezydencką Komisję Etyczną USA w 1981 roku, a następnie odrzucona przez Prezydencką Radę Bioetyczną Stanów Zjednoczonych w 2008 roku, ściślej – przez nowe rozumienie śmierci jako ustanie fundamentalnych, samozachowawczych działań organizmu, z czego można wyciągnąć różne wnioski, ale i takie, że dotychczasowe kryteria mózgowie są raczej czymś dodatkowym, uzupełniającym kryterium oddechowo-krążeniowe.

Bibliografia

A Definition of Irreversible Coma. Report of the Ad Hoc Committee of the Harvard Medical School to Examine the Definition of Brain Death, „Journal of the American Medical Association” 1968, t. 205, nr 6, s. 337–340.

Fletcher J., *Morals and Medicine*, Princeton University Press, Princeton (NJ) 1954.

31 Zob. E.D. Pellegrino, *Decisions at the End of Life: The Use and Abuse of the Concept of Futility*, w: *The Dignity of the Dying Person* (Proceedings of the Fifth Assembly of the Pontifical Academy for Life, February 24–27, 1999), red. J. De Dios Vial Correa, E. Sgreccia, Città del Vaticano 2000, s. 219–241; E.D. Pellegrino, *Futility in Medical Decisions: The Word and the Concept*, „Healthcare Ethics Committee Forum” 2005, t. 17, nr 4, s. 308–318.

- De Georgia M.A., *History of Brain Death as Death: 1968 to the Present*, „Journal of Critical Care” 2014, t. 29, nr 4, s. 673–678.
- Jonas H., *Against the Stream: Comments on the Definition and Redefinition of Death*, w: *Philosophical Essays: From Ancient Creed to Technological Man*, Prentice-Hall, Englewood Cliffs (NJ) 1974, s. 132–140.
- Macchiarini P. i in., *Clinical Transplantation of a Tissue-Engineered Airway*, „The Lancet” 2008, t. 372, nr 9655, s. 2023–2030.
- Pellegrino E.D., *Decisions at the End of Life: The Use and Abuse of the Concept of Futility*, w: *The Dignity of the Dying Person* (Proceedings of the Fifth Assembly of the Pontifical Academy for Life, February 24–27, 1999), red. J. De Dios Vial Correa, E. Sgreccia, Libreria Editrice Vaticano, Città del Vaticano 2000, s. 219–241.
- Pellegrino E.D., *Futility in Medical Decisions: The Word and the Concept*, „Healthcare Ethics Committee Forum” 2005, t. 17, nr 4, 2005, s. 308–318.
- President’s Commission for the Study of Ethical Problems in Medicine and Biomedical and Behavioral Research, *Defining Death: A Report on the Medical, Legal and Ethical Issues in the Determination of Death*, Washington (DC) 1981, s. 1–166.
- President’s Council on Bioethics, *Controversies in the Determination of Death: A White Paper of the President’s Council on Bioethics*, Washington (DC) 2008, s. 1–144.
- Shewmon D.A., *Mental Disconnect: ‘Physiological Decapitation’ as a Heuristic for Understanding ‘Brain Death’*, Working Group on the Signs of Death, 11–12 September 2006, red. M. Sanchez Sorondo, Pontifical Academy of Sciences, Vatican City 2007, s. 292–333.
- Shewmon D.A., *The Brain and Somatic Integration: Insights into the Standard Biological Rationale for Equating ‘Brain Death’ with Death*, „Journal of Medicine and Philosophy” 2001, t. 26, nr 5, s. 457–478.