

REINTERPRETOWAĆ CZY PORZUCIĆ HARWARDZKĄ DEFINICJĘ ŚMIERCI?

Tadeusz Biesaga SDB

Uniwersytet Papieski Jana Pawła II w Krakowie

Akademia Ignatianum w Krakowie

1. Nowa definicja śmierci Doraźnej Komisji Harwardzkiej z 1968 roku

Trzeba przyznać, że niewielka inicjatywa Doraźnej 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 rosnącym problemem wzrostu w szpitalach liczby odmózgowionych pacjentów (*decerebrated individuals*). Jego zdaniem, liczba ta wzrasta w wyniku nadmiernie stosowanej resuscytacji i terapii podtrzymującej życie i trzeba 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 Harwardzkiej Szkoły Medycznej zwołał w styczniu 1968 roku Doraźną Komisję w Harwardzkiej 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

¹ M. A. De Georgia, *History of brain death as death: 1968 to the present*, “Journal of Critical Care”, 29 (2014), s. 675.

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 z Peter Bent Brigham Hospital Joseph Murray. Ten ostatni w 1954 roku, jako pierwszy przeprowadził udaną transplantację nerki. Natomiast Robert Schwab w tym samym 1954 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 takich pacjentów z obszerną martwicą tkanki mózgowej, którzy zmarli po odłączeniu respiratora.

Doraźna 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 Robert Schwab sugerując Beecherowi, aby nie podejmował się sformułowania definicji śmierci, ale skupił się na węższym i bezpiecznym zagadnieniu wypracowania konsensusu Komisji określającego kryteria stwierdzania nieodwracalnej śpiączki (*irreversible coma*). Sądził bowiem, że powyższymi trzema kryteriami, do tego przy bijącym sercu pacjenta, można **jedynie 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.

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”, 205(6)1968, s. 337–40.

³ M. A. De Georgia, *History of brain death as death: 1968 to the present*, dz. cyt., s. 673.

⁴ Tamże, s. 675.

Henry Beecher, zgodnie z problemami z którymi on 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 powiązać jakoś 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 Doraźnej Komisji Harwardzkiej brzmi: "Definicja nieodwracalnej śpiączki" („A Definition of Irreversible Coma”). W podtytule jednak dodano: „Raport przeanalizowania definicji śmierci mózgu”. (“To Examine the Definition of Brain Death”). Sam więc tytuł jest mylący, w którym nie wiadomo, czy chodzi o kryteria nieodwracalnej śpiączki, czy o kryteria śmierci mózgowej. Dyskutanci zgadzali się, że stwierdzenie nieodwracalnej śpiączki jest tylko prognozą śmierci, a nie jest stwierdzeniem faktu śmierci pacjenta, która następuje później, dopiero np. po odłączeniu respiratora. Mimo to, dokument sugeruje w podtytule, że kryteria nieodwracalnej śpiączki, stanowią nową definicję śmierci, i 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 stosownych trzech testach do stwierdzenia tego stanu, a na końcu we wnioskach zastosowuje swoje opisy i testy, do nieodwracalnej dysfunkcji mózgu, uznając je za stan śmierci pnia mózgu a dalej 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 **względy pragmatyczne**, w których chodzi o to, aby umożliwić zwolnienie nadmiernie 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 Josef Murray pisał do H. Beechera: „Czy społeczność 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, umieszczani są w oddziałach ratunkowych i tracimy potencjalnie użyteczne nerki”⁵.

Rodzi się pytanie, dlaczego taki fatalny dokument, w którym 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 śmierci mózgowej Dorażnej Harwardzkiej Komisji z roku 1968. Są to następujące wydarzenia: (1) odkrycie możliwości defibrylacji serca oraz możliwości użycia respiratora podtrzymującego oddychanie; (2) wzrost ilości 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 etyki końca życia.

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, 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 **respiratorów**. Rozwój urządzeń podtrzymujących życie prowadził do **wzrostu ilości pacjentów na Oddziałach Intensywnej Terapii**. Wspomniany neurolog, kolega Henry’ego Beechera, Robert Schwab jako pierwszy w 1954, sformułował wymienione wyżej trzy kryteria nieodwracalnej śpiączki, uprawniające do zaniechania dalszej terapii, np. do odłączenia respiratora. Inni lekarze w Stanach Zjednoczonych i w Europie szybko szli w jego ślady.

Oprócz rozwoju urządzeń podtrzymujących oddychanie czy krążenie, w połowie XX wieku w krótkim czasie **transplantologia odniosła niebywale sukcesy**. W 1954 Joseph Murray z Peter Bent Brigham Hospital, późniejszy członek Dorażnej 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 1963 Thomas Earl Starzl przeprowadził pierwszą transplantację wątroby, w 1963 James Hardy przeprowadził pierwszą transplantację płuc, w 1966 William Kelly przeprowadził pierwszą transplantację trzustki i w końcu w 1968 roku Christiaan Neethling Barnard przeprowadził pierwszą transplantację serca⁷. Na początku lat

⁵ Tamże, s. 675.

⁶ Tamże, s. 673.

⁷ Tamże, s. 674.

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, jeszcze przed Harwardzką definicją śmierci, jeszcze przed zalegalizowaniem tej definicji oraz kryteriów stwierdzania śmierci mózgowej, wyprzedzając niejako oficjalną legalność procedur, dokonywano przeszczepów od zmarłych.

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 mocno oddziaływał na myślenie etyczne i etykę końca życia twórca **liberalnej etyki sytuacyjnej**, pastor Kościoła Episkopalnego Joseph Fletcher, m.in. członek Amerykańskiego Towarzystwa Eugenicznego, Towarzystwa Dobrowolnej Sterylizacji oraz przewodniczący Amerykańskiego Towarzystwa Eutanatycznego. M. in. w książce wydanej w 1954 roku *Moral and Medicine* argumentował on, że o eutanazji powinien decydować autonomicznie pacjent. W oparciu o sytuacyjną autonomię 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 do ludzi w śpiączce i w przewlekłym stanie wegetatywnym. Nic dziwnego, że w pragmatycznej mentalności, zaproponowane przez Doraźną 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 filozofowie jak Hans Jonas wskazywali, że 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” przesuwają śmierć mózgu w kierunku śmierci pnia mózgu. Taką właśnie wąską

⁸ J. Fletcher, *Morals and medicine*, Princeton NJ 1954.

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

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

Dla unormowania legalizacji przez Kongres USA spraw związanych z końcem 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 stronicowy raport zatytułowany: „Definiując śmierć: medyczne, prawne i etyczne zagadnienia w ustaleniu 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 mózgowie, 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 śmierć polega. „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 innych stanowisk, w których różne współdziałające ze sobą systemy organizmu traktowane są

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.

¹² Tamże, s. 32.

¹³ Tamże, s. 33.

jako odpowiedzialne za zintegrowane jego funkcjonowanie, ale opowiedziała się za nadrzędną względem nich funkcją integracyjną mózgu. Odpowiednimi testami można ustalić śmierć całego mózgu, którą – 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 funkcji mózgu, czy tylko funkcji istotnych. Zauważono, że termin „śmierć mózgu” orzeka o mózgu, a **nie o śmierci człowieka.** Poddano 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 Prezydenckiej Rady Bioetycznej z roku 2008

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 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, wymiany i **kooperacji z otaczającym go środowiskiem** (*the*

¹⁴ The 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

¹⁵ Tamże, s. 60

work of self-preservation, achieved through the organism's needdriven 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 jakiej 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 odmiennie stanowiska**. Z nich pierwsze, mniejszościowe, odniosło się sceptycznie do dotychczasowych testów 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, że pacjenci z całkowitą dysfunkcją mózgu są zmarli czy są żywi, i stąd tacy pacjenci powinni być traktowani jako żywi, **aż zatrzyma się bicie ich serca**”¹⁷. W drugiej grupie zaakceptowano jako wystarczające dotychczas stosowane neurologiczne standardy, ale zaproponowano do nich zmienioną, **inną koncepcję organizmu** i 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 „Przeciw prądowi” prezentowaną zaraz po harwardzkiej definicji śmierci w 1974 roku¹⁹. Zdaniem tego

¹⁶ Tamże.

¹⁷ Tamże, s. 13.

¹⁸ Tamże, s. 52-53.

¹⁹ H. Jonas, *Against the Stream. Philosophical Essays, From Ancient Creed to Technological Man*, New Jersey - Prentice-Hall, Englewood Cliffs 1974.

myśliciela testy neurologiczne mogą jedynie wskazywać na **prawdopodobieństwo śmierci**, 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 ujawniając, że pomimo płaskiego EEG, zachodzą w organizmie różne procesy integracyjne.²¹ 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 staje na stanowisku, że należy porzucić traktowanie mózgu jako integratora żywotnych funkcji organizmu. „Określenie kiedy organizm pozostaje *cały (whole)*, zależy 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 ona z określenia „śmierć całego mózgu” na rzecz „całkowitej dysfunkcji mózgu” oraz chciał z jednej strony utrzymać jakoś w mocy neurologiczne kryteria stwierdzenia owej „całkowitej dysfunkcji mózgu” czyli śmierci pacjenta, z drugiej, w krytyce dotychczasowych kryteriów, radykalnie zmieniła filozoficzną interpretację śmierci, w której to interpretacji mózg nie występuje jako

²⁰ The 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” 26, no. 5 (2001), s. 457-78. 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, ed. H.E. Msgr. M. Sanchez Sorondo, Vatican City 2007, s. 292-333.

²³ The 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”. s. 60

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 wyjaśniania śmierci. Dotychczasowe określenia śmierci były bowiem jakby odgórne, czyli w interpretacji śmierci schodziły z góry od śmierci mózgu do śmierci organizmu. W nowej interpretacji śmierci idziemy odwrotnie, 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 dotychczasowym mózgowym kryteriom śmierci zostało radykalnie wzmocnione przez zamieszczone na końcu dokumentu trzy odrębne głosy, czyli przez wypowiedź 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 Valpairiso.

W głosach odrębnych wszyscy podkreślali, że definicja śmierci musi być jasna, zrozumiała i nie można jej zmieniać. 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 staniach

²⁴ Tamże, s. 96.

rozwoju, mózg nie jest integrującym organem, ale jest 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 uprzedniego 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, uprawniał do stwierdzenia ustania witalnych funkcji samozachowawczych organizmu i uznania pacjenta za zmarłego. Podaje on przykłady różnych urzędów 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 stanowisko Edmund Pellegrino stwierdza, że mamy mniej wątpliwości w stosunku do kryteriów krążeniowo-oddechowych, niż w stosunku do kryteriów neurologicznych, mózgowych. „W rzeczywistości w przypadku krążeniowo-oddechowego kryterium – pisze - mamy wyższy stopień pewności śmierci, niż w przypadku dawcy z bijącym sercem, ponieważ przy tym pierwszym 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 odstępnie 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 rescytować”, „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 on bardziej społecznie i moralnie uzasadnione. Kryterium to nie musi uniemożliwić dawstwa narządów, a

²⁵ Tamże, s. 99.

²⁶ Tamże, s. 110.

²⁷ Tamże, s. 114.

²⁸ Tamże, s. 117.

²⁹ Tamże s. 118.

będzie ono 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 sukcesy wyhodowania pęcherza czy tchawicy³⁰.

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 dalej 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, względem kryterium oddechowo-krążeniowego.

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” 205(6)1968, s. 337–40

Fletcher J., *Morals and medicine*, Princeton NJ 1954.

De Georgia M. A. *History of brain death as death: 1968 to the present*, “Journal of Critical Care”, 29 (2014), 673–678

Jonas H., *Against the Stream. Philosophical Essays, From Ancient Creed to Technological Man*, Englewood Cliffs 1974.

³⁰ P. Macchiarini, et al., *Clinical Transplantation of a Tissue-Engineered Airway*, “The Lancet” on-line November 19, vol. 372, 2008, s. 2023–30.

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)), ed. J. De Dios Vial Correa and Elio Sgreccia, Citta del Vaticano 2000, s. 219-241; Tenże, *Futility in Medical Decisions: The Word and the Concept*, „Healthcare Ethics Committee Forum”, 17, no. 4, December 2005, s.308-318.

Macchiarini P., et al., *Clinical Transplantation of a Tissue-Engineered Airway*, “The Lancet” on-line November 19, vol. 372, 2008, s. 2023–30.

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), ed. Juan De Dios Vial Correa and Elio Sgreccia, Libreria Editrice Vaticano, Citta del Vaticano 2000, s. 219-241

Pellegrino E. D., *Futility in Medical Decisions: The Word and the Concept*, „Healthcare Ethics Committee Forum”, 17, no. 4, December 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.

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, ed. H.E. Msgr. Marcelo Sanchez Sorondo, 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” 26, no. 5 (2001), s. 457-78.

The 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.