

O. Jacek Maria Norkowski OP
Papieski Uniwersytet *Angelicum* w Rzymie

Koncepcja śmierci mózgowej w świetle analiz: czy da się ją obronić?

Wprowadzenie kryteriów neurologicznych śmierci człowieka

Dla medycyny pytanie o naturę świadomości i jej relację do osoby ludzkiej stało się szczególnie istotne od momentu, gdy Komitet Harvardzki w 1968 r. uznał wystąpienie u chorego nieodwracalnej śpiączki połączonej z bezdechem, za równoznaczne z jego śmiercią¹.

Na przełomie lat 60. i 70. XX w. pojawiły się pierwsze głosy, aby śmierć człowieka zdefiniować w inny sposób. Przyczynił się do tego rozwój techniki medycznej, a szczególnie zastosowanie respiratorów. W roku 1968 specjalna komisja powołana na Uniwersytecie Harvard (Harvard Ad Hoc Committee²) zaproponowała uznanie śmierci całego mózgu za kryterium do orzekania śmierci danej osoby. W tekście raportu Komitetu Harvardzkiego znajdujemy stwierdzenia, takie jak to: „naszym celem jest zdefiniowanie nieodwracalnej śpiączki jako nowego kryterium śmierci”³; definicja dotyczy „tych osób, które są w śpiączce i u których nie ma wykrywalnej aktywności OUN” oraz „jakikolwiek narząd, mózg lub inny, który już nie działa i nie ma możliwości odzyskania swej funkcji, jest pod względem wszelkich praktycznych kryteriów martwy. Naszym zadaniem jest określenie cech trwale nie działającego mózgu”⁴.

Zgodnie z postulatami wysuniętymi przez Komisję Harvardzką, nowe kryteria śmierci zastosowano po raz pierwszy w ustawodawstwie w Stanach Zjed-

¹ H.K. Beecher at al., *A definition of irreversible coma. Report of the Ad Hoc Committee of the Harvard Medical School to Examine the Definition of Brain Death*, „JAMA”, 1968, 205 (6), s. 337-340 (85-88).

² *Ibidem*.

³ *Ibidem*, s. 337 (85).

⁴ *Ibidem*.

noczonych, w stanie Kansas, w roku 1970. Przyjęta tam definicja śmierci uczyniła możliwym orzeczenie czyjejs śmierci wyłącznie na podstawie stanu mózgu danej osoby. To nowe kryterium jest zdefiniowane następująco:

Osoba będzie uważana za zmarłą z medycznego i prawnego punktu widzenia, jeśli zgodnie z opinią lekarza, opartą na uznanych standardach sztuki lekarskiej, występuje u niej brak samoczynnego działania mózgu; i jeśli, zgodnie z uznanymi zasadami sztuki lekarskiej, w trakcie przeprowadzanych prób podtrzymania lub przywrócenia samoczynnej czynności krążenia i oddychania okazuje się, że dalsze próby resuscytacji bądź wspomaganie czynności organizmu nie odniosą sukcesu, śmierć będzie miała miejsce w momencie, gdy te warunki wystąpią po raz pierwszy. Śmierć musi być orzeczona zanim jakikolwiek ważny dla życia narząd będzie usunięty w celu transplantacji.⁵

Nowa prawna i medyczna definicja śmierci jest alternatywna: na jej podstawie lekarz może orzekać śmierć pacjenta zarówno na podstawie kryteriów dotychczasowych, tj. ustania krążenia i oddechu, jak i nowych – ustania czynności mózgu. W większości krajów świata przyjęte zostało ustawodawstwo wzorowane na cytowanym powyżej. Jeden szczegół nie powinien ująć naszej uwagi: w nowej definicji śmierci mówi się po raz pierwszy o pobieraniu narządów do przeszczepów. Można odnieść wrażenie, że definicja ta została wprowadzona w tym celu, aby tę praktykę zalegalizować. Autorzy, którzy popierali wysiłki zmiany prawa w tym kierunku, nie ukrywali zresztą, że o to im właśnie chodziło⁶.

Beecher⁷, który był szefem Komisji Harvardzkiej, tak uzasadniał później przyjęcie nowej definicji śmierci:

W nowej definicji jest wielki potencjał dla ratowania życia, ponieważ, jeśli będzie ona zaakceptowana, doprowadzi do większej niż wcześniej dostępności istotnych narządów zdalnych do przeszczepu i dlatego niezliczona ilość istnień ludzkich, teraz nieuchronnie ginących, będzie uratowana. [...] Który poziom zdecydujemy się nazwać śmiercią, jest dowolną decyzją.

Nie trzeba chyba jaśniejszego dowodu na to, jaka była rzeczywista motywacja członków Komisji Harvardzkiej. Nowa definicja śmierci nie była, wbrew późniejszym deklaracjom, wynikiem jakichś nowych odkryć w medycynie, lecz skutkiem zapotrzebowania na narządy do przeszczepu.

Nowa definicja śmierci, wzorowana na tej, która została przyjęta w stanie Kansas, była stopniowo przyjmowana w pozostałych stanach USA oraz w innych krajach na całym świecie. Pojawiły się więc: “Minnesota Criteria”, “Japanese Study Criteria”, “Scandinavian Criteria” oraz kryteria proponowane przez National Institute of Neurological and Communicative Disorders oraz Strokes Study⁸. To-

⁵ Kan. St. § 77-202 (Supp. 1979).

⁶ Por. A.S. Moraczewski, OP, J.S. Showalter, JD, MFS., *Determination of Death. The Theological, Medical and Ethical Issues*, St. Louis, Missouri: The Catholic Health Association of the United States, 1982, s. 12.

⁷ H. Beecher, H.I. Dort, *The new Definition of Death: Some Opposing Views*, “International Journal of Clinical Pharmacology”, 1971, 5, s. 120-121.

⁸ Por. A.S. Moraczewski, J.S. Showalter, *op. cit.*, s. 13-14.

warzyszyła temu dość niewielka debata medialna, która wyrażała ogólną aprobatę przyjmowanych rozwiązań a zarazem pewna ilość głosów sprzeciwu.

Debata na temat prawnej i medycznej definicji śmierci mózgowej (ŚM) i poprawności jej kryteriów miała miejsce w tych latach również w Wielkiej Brytanii. W tym właśnie kraju zdecydowano się ująć definicję śmierci mózgowej jako dającą się sprowadzić do śmierci pnia mózgu, którą utożsamiono z nieodwracalnym ustaniem jego funkcji⁹.¹⁰ Evans¹¹ jeden z najbardziej zaangażowanych uczestników dyskusji na temat kryteriów neurologicznych śmierci w Wielkiej Brytanii podkreśla, że brytyjski dokument był napisany pod silnym wpływem Raportu Harvardzkiego, który z kolei powstał na skutek zapotrzebowania ze strony lekarzy, którzy chcieli dokonywać transplantacji. Świadczy o tym fakt, że kryteria zawarte w Raporcie Harvardzkim były sporządzone z udziałem ciała doradczego, jakim był Transplant Advisory Panel¹².

Po uznaniu śmierci pnia mózgu za ekwiwalent śmierci całego mózgu już w trzy lata później opublikowano w Wielkiej Brytanii zarządzenie mówiące o tym, że „stwierdzenie śmierci mózgu (na podstawie kryteriów opublikowanych w 1976 r.) oznacza, że pacjent jest martwy”¹³. Evans zauważa na ten temat, co następuje: „te same kryteria, które wprowadzono dla celów wyłącznie prognostycznych, nagle uzyskały moc diagnozowania śmierci”¹⁴ oraz: „nie podano koherentnych argumentów, aby usprawiedliwić tak wielką zmianę zastosowania i, co warte zauważenia, nie podano żadnego uzasadnienia dla tej redefinicji śmierci na mocy dekretu”¹⁵.

Do dalszego upowszechnienia neurologicznych kryteriów śmierci, odwołujących się do pojęcia ŚM, przyczyniła się praca Komisji Prezydenckiej w Stanach Zjednoczonych, która w 1981 roku opublikowała „Raport na temat medycznych, prawnych i etycznych problemów związanych z orzekaniem śmierci”¹⁶. W raporcie przedstawiono w sposób kompleksowy teorię mózgu jako centralnego integratora, tworząc w ten sposób bazę teoretyczną dla koncepcji ŚM jako śmierci organizmu w sensie zintegrowanej całości. Zniszczenie mózgu, manifestujące się objawami właściwymi dla ŚM miałyby, w myśl tej koncepcji, prowadzić do zaniknięcia orga-

⁹ A. Mohandas & S.N. Chou, *Brain Death. A clinical and pathological study*, „Journal of Neurosurgery”, 1971, 35, s. 211-218.

¹⁰ Por. Conference of the Medical Royal Colleges and Faculties in the U.K.: *Diagnosis of brain death*, „British Medical Journal”, 1976, 2, s. 695-698.

¹¹ D.W. Evans, *The demise of “brain death” in Britain*, [w:] M. Potts, P.A. Byrne, R. Nilges, *Beyond Brain Death. The Case Against Brain Based Criteria for Human Death*, Dordrecht: Kluwer Academic Publishers, 2001, s. 139-158.

¹² *Ibidem*, s. 144.

¹³ Conference of the Medical Royal Colleges and Faculties in the U.K.: *Memorandum on the diagnosis of death*, „British Medical Journal”, 1979, 1, s. 332.

¹⁴ D.W. Evans, *op. cit.*, s. 145.

¹⁵ *Ibidem*.

¹⁶ 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: U.S Government Printing Office, 1981.

nizmu jako zintegrowanej całości a tym samym do śmierci człowieka w znaczeniu biologicznym. Raport Komisji Prezydenckiej omawiał też problemy prawne oraz kryteria diagnostyczne do orzekania ŚM¹⁷ i w ten sposób stał się najważniejszym oficjalnym dokumentem na temat ŚM w Stanach Zjednoczonych oraz niezwykle ważnym punktem odniesienia dla ustawodawstwa w innych krajach. Jako skutek prac Komisji Prezydenckiej powstał dokument „Uniform Determination of Death Act” (UDDA)¹⁸, w którym uznano za właściwe i zgodne z prawem neurologiczne kryteria śmierci, nie podając jednak szczegółów jej klinicznej diagnozy. W dokumencie tym mówi się o śmierci jako o: (1) „nieodwracalnym ustaniu krążenia i oddechu lub (2) nieodwracalnym ustaniu wszystkich funkcji całego mózgu”^{19, 20}

Na ogół takie podejście do problemu ŚM dominuje w ustawodawstwie większości krajów. Są jednak wyjątki. W Japonii mamy do czynienia z sytuacją wyjątkowo specyficzną, gdyż na mocy prawa obowiązującego w tym kraju od roku 1997, osoba może zostać uznana za żywą lub zmarłą w zależności od zapisu, który znajduje się w jej *Donor Card* (karta dawcy). Jeśli więc dana osoba z podejrzeniem ŚM zgoniła się wcześniej być dawcą, można wszcząć procedury konieczne do postawienia diagnozy ŚM i uznać ją za zmarłą, jeśli zaś nie – nie wolno przeprowadzać tych procedur (szczególnie zaś badania bezdechu) i należy ją traktować jak zwykłego pacjenta²¹.

Prawo japońskie nie daje jednoznacznej odpowiedzi na pytanie, co to jest śmierć²² i „zezwała ludziom na wybór pomiędzy śmiercią rozumianą tradycyjnie a śmiercią mózgową. Prawo stwierdza, że jeśli jakaś osoba chce być dawcą narządów po śmierci mózgowej, musi on/ona mieć wpisany ten zamiar w karcie dawcy lub umieszczony na specjalnej naklejce. Taka osoba będzie uważana za zmarłą, jeśli będzie stwierdzona śmierć mózgową. Ci, którzy sprzeciwiają się śmierci mózgowej i przeszczepom, nie muszą mieć karty dawcy. Będą oni uważani za żywych tak długo, jak długo bije ich serce. Ponadto wymagana jest zgoda rodziny, zarówno po to, aby stwierdzić śmierć mózgową w sensie prawnym, jak i po to, by pobrać narządy do przeszczepu”²³. Ściśle mówiąc, „zgoda rodziny oznacza tu tyle, że rodzina nie zgłasza sprzeciwu. Każdy obywatel Japonii sam decyduje o tym, która forma śmierci będzie uznana za jego śmierć”²⁴.

¹⁷ D.A. Shewmon, *Recovery from “Brain Death”: A Neurologist Apologia*, “Linacre Quarterly”, 1997, s. 36.

¹⁸ *Uniform Determination of Death Act. 12 Uniform Laws Annotated (U.L.A.)*, West 1993 and West Supp. 1997, s. 589.

¹⁹ *Ibidem*.

²⁰ D.J. Powner, B.M. Ackerman, A. Grenvik, *Medical diagnosis of death in adults: historical contributions to current controversies*, “Lancet”, 1996, 348, s. 1219-1223.

²¹ Por. T. Abe, *Philosophical and Cultural Attitudes against Brain Death and Organ Transplantation in Japan*, [w:] M. Potts, P.A. Byrne, R. Nilges, *op. cit.*, s. 191.

²² M. Morioka, *Reconsidering Brain Death: A Lesson from Japan’s Fifteen Years Of Experience*, “Hastings Center Report”, 2001, 31, no. 4, s. 41-46.

²³ *Ibidem*.

²⁴ *Ibidem*.

Prawo to jest stosowane w ten sposób, że najpierw pacjent jest diagnozowany klinicznie jako będący w stanie ŚM, co nie ma na tym etapie konsekwencji prawnych (chory z punktu widzenia prawa jest nadal osobą żyjącą). Jak stwierdza Morioka, diagnoza kliniczna ŚM jest tylko diagnozą wstępną i „nie wymaga próby bezdechu”, ponieważ „ta próba mogłaby być szkodliwą dla ciała pacjenta”²⁵. Jeśli pacjent/pacjentka nie ma karty dawcy lub jeśli nie zgadzał/a się na przeszczepy, wtedy on/ona jest uznawany/a za ‘żywego/żywą’ aż do momentu, gdy jego/jej serce przestanie bić. Lekarzom nie wolno postawić diagnozy ŚM mającej moc prawną, która to diagnoza wymaga przeprowadzenia próby bezdechu.

Jeśli natomiast pacjent ma kartę dawcy i wyraził zgodę na ŚM oraz pobranie narządów (i wyszczególnił ich nazwy w karcie), wtedy koordynator do spraw transplantacji pyta rodzinę, czy zgadza się ona na prawne orzeczenie ŚM i na pobranie narządów do przeszczepu. Jeśli rodzina się zgadza, lekarze przystępują do przeprowadzenia procedur wymaganych do stwierdzenia ŚM, w tym do zrobienia próby bezdechu, która jest jednym z wymaganych badań.

Społeczeństwo Japonii, generalnie biorąc, popiera obecne prawo. W przeciwieństwie do USA zrobiono tam wiele badań opinii publicznej na temat śmierci mózkowej oraz przeszczepów, począwszy od lat 80. XX w.²⁶ Przez ponad 15 lat około 40 do 50% Japończyków uważało ŚM za śmierć człowieka, natomiast około 20 do 40% nie zgadzało się z tą opinią. Prawo japońskie różni się znacznie od prawa obowiązującego w USA czy w krajach europejskich. Uwzględnia ono punkt widzenia 20-40% obywateli, którzy nie akceptują ŚM. Inaczej jest w pozostałych krajach – prawie nigdzie nie bierze się pod uwagę opinii tej grupy obywateli. Tymczasem okazuje się, że podobna część społeczeństwa amerykańskiego ma właśnie takie zdanie²⁷, a 30% członków parlamentu niemieckiego podzielało opinię, że ŚM nie jest śmiercią człowieka (Nakayama 2000²⁸). Morioka, idąc za Nakayamą, twierdzi, że również w innych krajach 20-40% populacji nie akceptuje ŚM.

Dlaczego więc społeczeństwo japońskie wypracowało inne podejście prawne do problemu ŚM niż pozostałe kraje? Morioka zauważa, że w Japonii przeprowadzono na ten temat długą debatę, w której wzięli udział nie tylko przedstawiciele kręgów medycznych i bioetycznych, ale również zwykli obywatele. To właśnie przeprowadzenie narodowej debaty spowodowało uchwalenie prawa dotyczącego ŚM, które tak bardzo różni Japonię od innych krajów²⁹.

W samych Stanach Zjednoczonych istnieją jednak duże różnice, jeśli chodzi o prawo regulujące orzekanie ŚM. W niektórych stanach wymagany jest jeden

²⁵ *Ibidem*.

²⁶ Por. L. A. Siminoff and A. B. Bloch, *American Attitudes and Beliefs about Brain Death*, [w:] *The Definition of Death*, (eds.) Youngner *et al.*, s. 183-193.

²⁷ Por. *ibidem*.

²⁸ Por. K. Nakayama, *Anti-brain-death Arguments in the United States and Germany (Amerika oyobi Doitsu no Noshi Hiteiron)*, “Horitsu Jih”, 2000, 72, no. 9, s. 54-59.

²⁹ Por. M. Morioka, *op. cit.*, s. 41-46.

lekarz, w innych – dwóch; wymagania co do ich specjalizacji również znacznie się różnią. Ponadto w stanie New York z powodu protestów ortodoksyjnych Żydów³⁰ obowiązuje od roku 1987 klauzula, która nakazuje, aby brać pod uwagę sprzeciw pacjentów wynikający z motywów religijnych lub moralnych wobec narzucania wyboru standardów określających ich śmierć^{31, 32}. Oznacza to, że jeśli pacjent nie uznaje śmierci mózgowej za śmierć człowieka, nie można wobec niego stwierdzać śmierci na bazie kryteriów neurologicznych. Jest to sytuacja prawna w swoich ogólnych założeniach taka jak w Japonii. W stanie New Jersey natomiast obowiązuje od 1991 roku prawo, które osobno mówi o „tradycyjnych, sercowo-płucnych kryteriach” oraz „nowoczesnych, neurologicznych” kryteriach śmierci i które zakazuje lekarzowi użycia tych ostatnich, jeśli „ma on uzasadnione przekonanie”, że to „spowodowałoby pogwałcenie osobistych poglądów religijnych pacjenta”³³.

Kapron³⁴ uważa, że ta ambiwalencja prawna powoduje, że wiele osób nie ma jasności w sprawie tego, co oznacza termin „śmierć mózgowa” oraz w sprawie zgody na oddawanie narządów do przeszczepu. Znani bioetycy tacy jak Veatch³⁵ i Gervais³⁶, są zdania, że każdy powinien mieć prawo do tego, aby wybrać taką definicję śmierci, jaką uważa za właściwą. Pacjent mógłby wybierać pomiędzy definicją odwołującą się do kryteriów określających utratę wyższych funkcji mózgu, utratę wszelkich jego funkcji lub kryteria sercowopłucne.

Zgoda na bycie dawcą w USA, Wielkiej Brytanii i Japonii musi być wyrażona w postaci wpisu do Karty Dawcy. Jest więc ona pozytywnym aktem dokonanym przez obywatela i mającym określone skutki prawne. W Polsce, podobnie jak w wielu innych krajach, przyjęto natomiast zasadę zgody domniemanej. Według niej każdy, kto nie wyraził sprzeciwu wobec pobrania od niego narządów do przeszczepu, tym samym wyraził na to zgodę. Takie sformułowanie prawne budzi jednak poważne zastrzeżenia.

Na temat definicji oraz kryteriów diagnostycznych ŚM nie ma międzynarodowego konsensusu. W niektórych krajach nie akceptuje się zupełnie koncepcji ŚM, w innych – akceptuje się ją ale z zastrzeżeniem, że „śmierć mózgowa” różni się od śmierci w rozumieniu tradycyjnym (Japonia, Niemcy), w jeszcze zaś innych – bez tego zastrzeżenia. Z kolei diagnoza ŚM wymaga w niektórych krajach (Stany Zjednoczone) formalnego stwierdzenia, że cały mózg jest martwy (jak

³⁰ Por. R.S. Olick, *Brain death, religious freedom, and public policy: New Jersey's landmark legislative initiative*, “Kennedy Institute of Ethics Journal”, 1991, 1, s. 275-292.

³¹ Por. A.M. Capron, *Brain Death – Well Settled yet Still Unresolved*, “NEJM”, 2001, 344, s. 1244-1246.

³² Por. Determination of Death. 10 NYCRR § 400.16.

³³ Declaration of Death. L. 1991, ch. 90; NJSA 26: 6A-5.

³⁴ Por. A.M. Capron, *op. cit.*, s. 1246.

³⁵ Por. *ibidem*, s. 1222; Powner, Ackerman i Grenvik cyt.: R.M. Veatch, *The impending collapse of the whole brain definition of death*, “Hastings Cent Rep”, 1993, 23, s. 18-24.

³⁶ Por. A.M. Capron, *op. cit.*, s. 1222; Powner, Ackerman i Grenvik cyt.: K.G. Gervais, *Redefining death*, “Yale University Press”, New Haven, 1986, s. 183-216.

pokazaliśmy wyżej, stan faktyczny jest z reguły inny) lub że martwy jest jedynie pień mózgu (Wielka Brytania, Polska). W tych ostatnich krajach diagnoza ŚM opiera się jedynie na prostych badaniach robionych przy łóżku pacjenta, włącznie z niebezpieczną próbą bezdechu. Takie procedury nie zostały nigdy zaakceptowane w USA ani też w wielu krajach europejskich³⁷. W wielu krajach odmawia się informowania społeczeństwa, od którego oczekuje przyszłych dawców, że istnieją uzasadnione wątpliwości co do definicji i kryteriów orzekania ŚM, gdyż uważa się za słuszniejsze, by ludzie myśleli, iż oni będą naprawdę martwi, zanim ich narządy będą pobrane³⁸. Wijdicks³⁹, który jest zwolennikiem ŚM jako definicji śmierci człowieka, przyznaje, że nie ma konsensusu w kwestii diagnostycznych kryteriów ŚM.

Regulacje prawne dotyczące problemu ŚM w Polsce

W Polsce definicję śmierci opartą na kryteriach mózgowych wprowadzono 1 lipca 1984 r. jako Komunikat Ministerstwa Zdrowia i Opieki Społecznej. W roku 1994 uchwalono na ten temat ustawę, która w roku 1996⁴⁰ oraz 2005⁴¹ była modyfikowana. Definicja ta, jak wiemy, zawiera interpretację śmierci, która radykalnie różni się od jej tradycyjnego rozumienia. Mimo rewolucyjnego charakteru zmian, jakie wniosło ze sobą wprowadzenie teorii śmierci mózgowej do polskiego prawa i medycyny, nie było na ten temat szerszej publicznej debaty.

Obecnie obowiązujące kryteria zawarte w „Załączniku do Obwieszczenia Ministra Zdrowia z 17 lipca 2007 w sprawie kryteriów i sposobu stwierdzenia trwałego i nieodwracalnego ustania funkcji pnia mózgu”⁴² zasadniczo nie różnią się od tych, które były wymienione w Komunikacie. Ogólne uzasadnienie również zakłada, że „śmierć jest zjawiskiem zdysocjowanym”⁴³. W myśl tych kryteriów,

³⁷ D.W. Evans, *bmj.com*, 27. Dec. 2001.

³⁸ *Ibidem*.

³⁹ E.F.M. Wijdicks, *Brain Death worldwide: Accepted but no global consensus in diagnostic criteria*, „*Neurology*”, 2002, 58, s. 20-25.

⁴⁰ Por. T. Biesaga, *Kontrowersje wokół nowej definicji śmierci*, „*Medycyna Praktyczna*”, 16.03.2006, <http://www.mp.pl>

⁴¹ Por.: „Ustawa z 1 lipca 2005 r. o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów” (DzU 05.169.1411).

⁴² Założenia ogólne, zawarte w Komunikacie, zostały znacznie skrócone w nowej a obecnie obowiązującej wersji aktów wykonawczych do ustawy z dnia 1 lipca 2005 roku. Natomiast kryteria szczegółowe zmieniły się minimalnie. Por. „Załącznik do obwieszczenia Ministerstwa Zdrowia z dnia 17 lipca 2007 r.” (Monitor Polski nr 46, poz. 547), w sprawie kryteriów i sposobu stwierdzenia trwałego i nieodwracalnego ustania funkcji pnia mózgu, s. 1-20. Na podstawie art. 9 ust. 3 z 1 lipca 2005 r. o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów (DZU, Nr. 169, poz. 1411), s. 3-4.

⁴³ „Załącznik do obwieszczenia Ministerstwa Zdrowia z 17 lipca 2007 r. (poz. 547), w sprawie kryteriów i sposobu stwierdzenia trwałego i nieodwracalnego ustania funkcji pnia mózgu” – s. 1.

aby można było wysunąć podejrzenie śmierci mózgowej w stosunku do jakiegokolwiek chorego, należy sprawdzić, czy:

- (1) Chory jest w śpiączce.
- (2) Chory jest sztucznie wentylowany.
- (3) Przyczyna śpiączki została rozpoznana.
- (4) Wystąpiło uszkodzenie mózgu – pierwotne lub wtórne.
- (5) Uszkodzenie mózgu jest nieodwracalne wobec wyczerpania możliwości terapeutycznych i upływu czasu.

Ponadto należy też stwierdzić, czy chory nie należy do grupy obejmującej:

- (1) Chorych zatrutych i pod wpływem niektórych środków farmakologicznych (narkotyki, neuroleptyki, środki nasenne, usypiające, zwiotczające mięśnie poprzecznie prążkowane).
- (2) Pacjentów stanie hipotermii ($\leq 35^{\circ}\text{C}$ ciepłoty powierzchniowej).
- (3) Chorych z zaburzeniami metabolicznymi i endokrynologicznymi.
- (4) Noworodki donoszone poniżej 7 dnia życia⁴⁴.

Pierwsza grupa kryteriów nazywana jest w Załączniku „Stwierdzeniami”, druga zaś „Wykluczeniami”. Jeśli chory spełnia warunki zawarte w grupie pierwszej, nie spełnia zaś tych z grupy drugiej, oznacza to, że możliwe jest wysunięcie podejrzenia śmierci pnia mózgu (oznacza to też, jak stwierdza Załącznik, zrealizowanie pierwszego etapu postępowania kwalifikacyjnego⁴⁵) i przejście do drugiego etapu rozpoznania śmierci pnia mózgu. Obejmuje on dwukrotne wykonanie przez ordynatora oddziału/kliniki lub upoważnionego przez niego lekarza w odstępach 3-godzinnych badań wykazujących nieobecność odruchów pniowych oraz stwierdzenie bezdechu. Badania mają wykazać: (A) w zakresie badań klinicznych – (1) nieobecność odruchów pniowych; (2) trwałe bezdech⁴⁶.

W tekście załącznika określa się też czas obserwacji wstępnej. Za jej początek uznaje się pojawienie się klinicznych cech śmierci mózgu. Czas obserwacji wstępnej musi być odpowiednio długi i powinien wynosić co najmniej 6 godzin. Jeśli jednak chodzi o uszkodzenia wtórne mózgu, „spowodowane takimi czynnikami, jak udar niedokrwienny mózgu, zatrzymanie krążenia, hipoglikemia i inne, czas ten powinien wynosić co najmniej 12 godzin. Czas obserwacji wstępnej u dzieci w przedziale wiekowym do lat 2 powinien być zawsze dłuższy niż 12 godzin”⁴⁷. Jeśli badania kliniczne śmierci mózgu z jakichś przyczyn „nie mogą być wykonane lub jednoznacznie interpretowane”⁴⁸, wtedy należy wykonać instrumentalne badania potwierdzające. W takich przypadkach należy wykonać

⁴⁴ Por. *ibidem*, s. 2-3.

⁴⁵ Por. *ibidem*, s. 2.

⁴⁶ „Załącznik do obwieszczenia Ministerstwa Zdrowia z 17 lipca 2007 r. (poz. 547), w sprawie kryteriów i sposobu stwierdzenia trwałego i nieodwracalnego ustania funkcji pnia mózgu” (s. 5).

⁴⁷ *Ibidem*, s. 6.

⁴⁸ *Ibidem*.

badania instrumentalne, takie jak: (1) EEG, (2) multimodalne potencjały wywołane, (3) ocena krążenia mózgowego⁴⁹.

Jeśli kryteria, o których była wyżej mowa, są spełnione, a prawidłowo wykonane badania wykazują brak odruchów pniowych i brak reaktywności ośrodka oddechowego, wtedy można uznać pacjenta za zmarłego w wyniku śmierci mózgowej. Decyzja ta leży w kompetencji komisji do spraw stwierdzania śmierci mózgu złożonej z trzech lekarzy, w tym co najmniej jednego specjalisty w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii oraz jednego specjalisty w dziedzinie neurologii lub neurochirurgii. W Załączniku stwierdza się też, że takiego chorego można uznać za zmarłego, mimo utrzymującej się czynności serca, oraz że chory jest zmarłym w momencie, kiedy pień mózgu został uznany za martwy, nie zaś w momencie, kiedy respirator został odłączony i akcja serca uległa zatrzymaniu. Ponadto podkreśla się, że z chwilą uznania chorego za zmarłego „respirator wentyluje zwłoki”⁵⁰, zaś obowiązek terapeutyczny ustaje z chwilą komisyjnego potwierdzenia zgonu⁵¹. W Załączniku stwierdza się, że trwałe uszkodzenie pnia mózgu można stwierdzić w sposób pewny na podstawie „braku określonych odruchów nerwowych i braku spontanicznej czynności oddechowej”⁵² i tylko w szczególnych okolicznościach potrzebne jest stosowanie dodatkowych badań instrumentalnych.

W niniejszej pracy można poniżej znaleźć liczne wypowiedzi lekarzy i bioetyków, którzy nie zgadzają się z tymi opiniami. Proste badanie odruchów pniowych przy łóżku pacjenta połączone ze stwierdzeniem bezdechu, który może być przejściowy, tak naprawdę nie mówi nic o stanie mózgu pacjenta. Stosowanie badań EEG, potencjałów wywołanych czy badań krążenia mózgowego tylko w przypadkach szczególnych, a pomijanie ich wobec pozostałych chorych z podejrzeniem ŚM musi budzić niepokój.

Szkodliwość badania bezdechu

Jak już było zauważone wyżej, jeden moment w trakcie badań „potwierdzających śmierć pnia mózgu” zasługuje na szczególną uwagę. Po wykonaniu badań odruchów pniowych wykonuje się jeszcze badanie bezdechu, które ma wykazać brak reaktywności ośrodka oddechowego. Polega ono na odłączeniu chorego od respiratora na okres 10 minut i obserwacji zachowania się jego klatki piersiowej i nadbrzusza. Jeśli w tym czasie nie następuje „jakakolwiek reakcja ze strony mięśni biorących udział w oddychaniu”, uważa się to za dowód „trwałości bezdechu”⁵³.

⁴⁹ Por. *ibidem*, s. 6-7.

⁵⁰ *Ibidem*, s. 8.

⁵¹ Por. *Ibidem*.

⁵² *Ibidem*, s. 1.

⁵³ „Załącznik do obwieszczenia Ministerstwa Zdrowia z 17 lipca 2007 r. (poz. 547), w sprawie kryteriów i sposobu stwierdzenia trwałego i nieodwracalnego ustania funkcji pnia mózgu”.

Badanie to jest czymś naprawdę ważnym. Jeśli bowiem pomiędzy wysunięciem podejrzenia śmierci mózgu przez komisję lekarską a jej rozpoznaniem zachodzi jakieś istotne wydarzenie z punktu widzenia zdrowia badanego pacjenta, to ma to miejsce w momencie przeprowadzania badania bezdechu. To właśnie wtedy, jak podkreśla Coimbra, opierając się na licznych publikacjach, dochodzi do załamania się krążenia krwi w mózgu i do nieodwracalnych zmian w jego tkankach, które później bywają brane za dowód tego, że śmierć mózgową mówi o rzeczywistej martwicy mózgu jako narządu. Dokładniejsze badania wykazują, że nawet po takiej próbie martwica ta nie jest zawsze całkowita i mogą występować w mózgu fale alfa oraz działać oś podwzgórzowo-przysadkowa⁵⁴. Niemniej jednak, porównanie stanu mózgu osób poddawanych badaniu bezdechu oraz u tych, które temu badaniu nie były poddawane ukazuje, że w tej pierwszej grupie uszkodzenie mózgu było znacznie większe.

Dlatego właśnie Coimbra twierdzi, że badanie bezdechu nie tyle diagnozuje co wywołuje uszkodzenia mózgu służące za dowód słuszności diagnozy śmierci mózgowej. O prawdziwie tej tezy przekonują wyniki leczenia chorych z urazem mózgu za pomocą łagodnej hipotermii leczniczej, dzięki której aż 60% pacjentów z pniowymi objawami śmierci mózgowej, w tym i takich, którzy mieli wynik w GCS w wysokości 3 punktów, dochodzi do zdrowia i wraca na miejsce pracy czy nauki⁵⁵. Nie byłoby to możliwe, gdy nie fakt, że objawy arefleksji w obrębie głowy, uważane mylnie za objawy zniszczenia mózgu, są we wczesnej fazie po wystąpieniu uszkodzenia mózgu odwracalne. Nawet jednak wykonanie tego niewątpliwie groźnego dla życia i zdrowia pacjentów badania, którym jest badanie bezdechu, nie oznacza dla większości z nich śmierci organizmu jako biologicznej całości. W rzeczywistości następuje ona (śmierć organizmu jako biologicznej całości) podczas pobierania narządów do przeszczepu, na stole operacyjnym. Nie widzimy więc dysocjowanego zjawiska umierania, o którym mówi się w dokumentach na temat stwierdzania śmierci mózgowej, lecz aktywne działanie personelu, które poprzez rozpoznanie ŚM wiedzie do rzeczywistej śmierci pacjenta podczas pobierania jego narządów do przeszczepu.

Różne sposoby rozumienia znaczenia terminu „śmierć mózgową”

W dyskusji na temat śmierci człowieka teoretyczne uzasadnienie utożsamienia śmierci jednego narządu jakim jest mózg, ze śmiercią człowieka, może mieć trojaki charakter. Może być ono socjologiczne, psychologiczne lub biologiczne. W pierwszym przypadku śmierć byłaby powodowana spełnieniem pewnych

⁵⁴ C.G. Coimbra, *Implications of ischemic penumbra for the diagnosis of brain death*, "Brazilian Journal of Medical and Biological Research", 1999, 32, 1479, s. 1479-1487.

⁵⁵ C.G. Coimbra, *bmj.com*, 15 May 2002.

kryteriów, wynikających z umowy społecznej; w drugim – śmierć oznaczałaby nieodwracalną utratę świadomości a wraz z nią – cech osobowych, do których posiadania konieczny jest sprawnie działający mózg, w trzecim zaś – śmierć oznaczałaby utratę fizjologicznej jedności organizmu i kres jego istnienia⁵⁶. Oficjalne uzasadnienie słuszności koncepcji śmierci mózgowej odwołuje się tylko do tego trzeciego rozumienia śmierci mózgowej, tj. uznano, że śmierć mózgowa jest tożsama ze śmiercią biologiczną organizmu. Fakt ten nie oznacza, że wszyscy tak rzeczywiście myślą. Prawie 1/3 członków zespołów transplantacyjnych, pobierających narządy do przeszczepu, uważa, że dawca jeszcze żyje w momencie, gdy narządy są pobierane⁵⁷. Również około 1/3 anestezyjologów w Wielkiej Brytanii podaje dawcom podczas operacji pobrania narządów środki znieczulające w przekonaniu, że mogą oni odczuwać ból⁵⁸.

Problem braku jednolitych kryteriów diagnostycznych ŚM

Nie ma ujednoczonej definicji śmierci mózgowej ani kryteriów diagnostycznych dla jej orzekania⁵⁹. Oznacza to, że pacjent o identycznych parametrach fizjologicznych, w zależności od miejsca i kraju, może mieć status prawny obywatela, bądź już tylko zwłok ludzkich. W Polsce, podobnie jak w większości innych krajów, naukową prawomocność teorii śmierci mózgowej opiera się na założeniu, że diagnoza śmierci mózgowej oznacza najpierw śmierć pnia mózgu, która może być potraktowana jako ekwiwalent śmierci mózgu jako całości, a to ma z kolei oznaczać śmierć organizmu, również jako całości fizjologicznej, a tym samym śmierć osoby ludzkiej. Uzasadnienie takie zostało zawarte w przepisach wykonawczych do stosownych ustaw sejmowych⁶⁰ oraz jak i w Kodeksie Etyki Lekarskiej i dokumentach Poltransplantu. Zgodnie z zapisami zawartymi w tych dokumentach, od momentu postawienia diagnozy ŚM ciało pacjenta nazywane jest zwłokami i ustaje wobec niego obowiązek terapeutyczny. Pacjent staje się ‘zwłokami z bijącym sercem’.

Problem nieodwracalności

Możliwość powrotu czynności oddechowej stawia pod znakiem zapytania nieodwracalność symptomów, które są podstawą do orzekania śmierci mózgowej. Byrne,

⁵⁶ D.A. Shewmon, *The Brain and Somatic Integration: Insights Into the Standard Biological Rationale for Equating the "Brain Death" with Death*, "Journal of Medicine and Philosophy", 2001, 26, 5.

⁵⁷ M. Potts, P.A. Byrne, R. Nilges, *op. cit.*

⁵⁸ D. Bell, E. Moss, P.G. Murphy, *Brainstem death testing in the UK – time for reappraisal?*, "British Journal of Anaesthesia", 2004, 92 (5), s. 633-640.

⁵⁹ C.J. Doig, E. Burgess, *Brain death: resolving inconsistencies in the ethical declaration of death*, "Canadian Journal of Anaesthesia", 2003, 50 (7), s. 725-731.

⁶⁰ „Załącznik do obwieszczenia Ministerstwa Zdrowia z 17 lipca 2007 r. (poz. 547), w sprawie kryteriów i sposobu stwierdzenia trwałego i nieodwracalnego ustania funkcji pnia mózgu”.

Walt i Weaver⁶¹ pytają, co oznacza termin „nieodwracalność” w odniesieniu do utraconej czynności mózgu, użyty w raporcie Komisji Harvardzkiej, powtarzany potem stale w całej literaturze przedmiotu i czy przysługuje mu walor naukowej ścisłości. Na to pytanie odpowiadają oni, że „nieodwracalność” jako taka – jak piszą ci autorzy – „nie jest zjawiskiem obserwowalnym”⁶² i metodą empiryczną nie da się jej stwierdzić; jest więc terminem nienaukowym.

Podobnego zdania jest Shewmon⁶³, który podkreśla, że analiza statystyczna udowadnia, że nie mamy i nie możemy mieć pewności, co do poprawności diagnozy śmierci mózgowej bazującej na zakładanej nieodwracalności zmian chorobowych u konkretnego pacjenta i że ryzyko błędnej diagnozy jest znaczne. Dlatego nieodwracalność jest niemożliwa do stwierdzenia jakąkolwiek metodą naukową. Byrne, Walt i Weaver twierdzą, że nic nas nie uprawnia do stwierdzenia, że ustanie czynności mózgu, czy to odwracalne, czy nieodwracalne, koniecznie (w sensie logicznym) implikuje całkowite bądź częściowe zniszczenie mózgu; „tym bardziej śmierć osoby. [...] To, co przestaje funkcjonować, niekoniecznie tym samym przestaje istnieć; po prostu jest trwale nieczynne”⁶⁴.

Byrne, O'Reilly, Quay i Salsich podkreślają też, że nie mamy diagnostycznych kryteriów klinicznych mogących niezbicie wykazać zniszczenie mózgu, co widać w sposobie formułowania wykluczeń diagnozy ŚM⁶⁵. Wykluczenia te mówią, że diagnozowany pacjent nie może być pod wpływem pewnych leków, być w hipotermii lub być za młodym itd.. Niewielu autorów zajmujących się problematyką ŚM zwróciło na to uwagę, tymczasem jest to wyraźny dowód na to, że autorzy dyrektyw takich jak Komunikat wiedzą o tym, że „bezpośrednio obserwowalne fakty i stan pacjenta określany na podstawie jego oglądu okazują się niewystarczające do wydania z należytą pewnością opinii, że chodzi tu o ‘śmierć’”⁶⁶. Dlatego nawet ci, którzy opracowali kryteria diagnostyczne do orzekania ŚM, wyliczając wykluczenia uniemożliwiające wydanie takiego orzeczenia, pokazali, że kryteria do orzekania ŚM, które sami proponują, nie dają żadnej pewności co do prawdziwości stwierdzenia ŚM jedynie na ich podstawie.

⁶¹ Por. P.A. Byrne, W.F. Weaver, *Brain Death is not Death*, [w:] *Brain death and disorders of consciousness*, Advances in experimental medicine and biology, Vol. 550., (eds.) C. Machado and D.A. Shewmon. Kluwer Academic, Plenum Publishers, New York 2004.

⁶² *Ibidem*.

⁶³ D.A. Shewmon, *The probabilistic of inevitability: the inherent impossibility of validating criteria for brain death or 'irreversibility' through clinical studies*, "Statistics in Medicine", 1987, 6, s. 535-553.

⁶⁴ P.A. Byrne, W.F. Weaver, *op. cit.*

⁶⁵ Por. P.A. Byrne, S. O'Reilly, P.M. Quay, P.W. Salsich, *Brain death, The Patient, The Physician and Society*, [w:] M. Potts, P.A. Byrne, R. Nilges, *op. cit.*, s. 44.

⁶⁶ *Ibidem*.

Stan somatyczny chorych z diagnozą ŚM

Wielu autorów dowodzi jednak, że organizm chorych w stanie śmierci mózgowej jest zintegrowany a więc żywy i podaje na to wiele argumentów⁶⁷. Do najsilniejszych z nich należą przykłady chorych ciężarnych, będących w stanie ŚM, które były w stanie podtrzymać swoje dzieci w rozwoju i umożliwić im przyjście na świat oraz przykłady dzieci, które normalnie rosły a nawet przechodziły wczesne etapy dojrzewania płciowego, cały czas będąc również w stanie śmierci mózgowej. Ciało chorych spełniających kryteria ŚM wykonują następujące czynności integrujące o charakterze holistycznym, czyli istotnym dla całego organizmu: krążenie, oddychanie (z pomocą respiratora), umożliwiające normalną absorpcję tlenu tkankach ciała i normalny przebieg procesów metabolicznych, eliminacja szkodliwych produktów metabolizmu, działanie nerek, utrzymywanie równowagi energetycznej organizmu, które wymaga współpracy pomiędzy wątrobą, układem wewnątrzwydzielniczym, mięśniami i tkanką tłuszczową, podtrzymywanie temperatury ciała (choć często na niższym niż normalnie poziomie), gojenie się ran, odporność na infekcje i reagowanie na nie gorączką. Wszystkie te czynności ciała umożliwiają zachowanie w nim homeostazy. Zmieniennym jest reagowanie przez dawców pobudzeniem sercowo-naczyniowym i hormonalnym oraz ruchami ciała na chirurgiczne nacięcie powłok, co powoduje konieczność stosowania ich znieczulania i stosowania środków zwiotczających⁶⁸.

Stan mózgu chorych z diagnozą ŚM. Możliwość odczuwania bólu przez chorych z diagnozą ŚM

Jeśli chodzi o stan samego mózgu, u znacznej części chorych będących w stanie, który umożliwiałby wysunięcie podejrzenia ŚM, można stwierdzić działanie kory mózgowej. Od 20% do 40% spośród pacjentów spełniających kryteria ŚM wykazuje aktywność mózgu w badaniach EEG⁶⁹ (niektóre typy badań EEG dają wyższe wyniki). Przynajmniej w niektórych przypadkach aktywność elektryczna mózgu jest podobna do tej, która występuje w czasie snu⁷⁰. Sasaki i wspólnicy (1984), Barelli i wspólnicy (1990) oraz Machado i wspólnicy (1991) wykazali obecność wywołanych potencjałów słuchowych u pacjentów z diagnozą ŚM.

Pomijanie badań EEG, potencjałów wywołanych i innych badań instrumentalnych przy diagnozowaniu ŚM trudno wobec tych faktów usprawiedliwić.

⁶⁷ Szczególnie obszernie poruszył ten temat Shewmon w pracy: D.A. Shewmon, *The Brain and Somatic ...*

⁶⁸ J. Hill, *op. cit.*, s. 163. Hill powołuje się na: R.C. Wetzl *et al.*, *Hemodynamic responses in brain dead organ donor patients*, "Anesthesia and Analgesia", 1985, 64, s. 125-128.

⁶⁹ I.H. Kerridge *et al.*, *Death, dying and donation: organ transplantation and the diagnosis of death*, "Journal of Medical Ethics", 2002 (28), s. 90.

⁷⁰ A. HALEVY, B. BRODY, *Brain Death: Reconciling Definitions, Criteria, and Tests*, "Annals of Internal Medicine", 1993, 119 (6), s. 519-525.

U większości spośród tych pacjentów z objawami ŚM stwierdza się też przynajmniej jeden z objawów takich jak: wydzielanie hormonów przez podwzgórze i przysadkę, działanie ośrodka temperaturowego lub działanie ośrodka naczynioruchowego w rdzeniu przedłużonym⁷¹. Byrne i wsp.⁷² uważają, że część dawców, którzy są poddawani operacji pobrania serca, może mieć zachowany jakiś poziom świadomości. Podobnie sądzą Potts i Evans^{73, 74}, Hill^{75, 76, 77}, Furukawa⁷⁸.

Hill podkreśla, że dawcy reagują na działanie chirurga w czasie pobrania narządów tak samo jak w trakcie normalnego zabiegu, co objawia się wzrostem ciśnienia krwi i tachykardią⁷⁹. Dlatego też nawet zwolennicy śmierci mózgowej w Wielkiej Brytanii – Pallis i Harley – zalecają stosowanie znieczulenia ogólnego w stosunku do dawców, których skądinąd uważają za zmarłych (podobne zalecenia są w Komunikacie⁸⁰ i Załączniku⁸¹). Pallis twierdzi że: „Dawcy narządów powinni otrzymywać znieczulenie ogólne dokładnie w ten sam sposób, jak pacjenci świadomi” oraz że „odpowiednie znieczulenie ogólne powinno również usmierzyć wszelkie obawy co do rezydualnej zdolności odczuwania”^{82, 83}. Chodzi tu po prostu o możliwość, że dawcy mogą odczuwać ból spowodowany zabiegiem chirurgicznym. Tę obawę widać też w protokole szpitalnym, który obowiązuje w Addenbrooke’s Hospital, odnoszącym się do sposobu traktowania dawców:

Jest zalecane użycie silnych opiatów [...]. Użycie tych środków stępią często obserwowaną i potencjalnie szkodliwą reakcję w postaci wzrostu ciśnienia krwi. Może ono również uspokoić wszelkie obawy odnośnie do zachowania rezydualnej, ponadnamiotowej zdolności odbierania bodźców czuciowych, jakkolwiek zasadni-

⁷¹ C.J. Doig, E. Burgess, *Brain death: resolving inconsistencies in the ethical declaration of death*, “Canadian Journal of Anesthesia”, 2003, 50 (7), s. 725-731.

⁷² Por. P.A. Byrne, W.F. Weaver, *op. cit.*

⁷³ Por. M. Potts, and D.W. Evans, *Does it matter that organ donors are not dead? Ethical and policy implications*, “Journal of Medical Ethics”, 2005, 31, s. 406-409.

⁷⁴ *Ibidem*, s. 408.

⁷⁵ J. Hill, *op. cit.*, s. 162.

⁷⁶ *Ibidem*.

⁷⁷ Por. *Ibidem*. Hill powołuje się na: T.C. Britton, *Persistent vegetative state*, “Lancet”, 1997, 350, s. 1324.

⁷⁸ Por. T. Furukawa, *Is there no consciousness in brain dead persons (in Japanese)*, “Document Research in Science and Medicine”, 1996, 288, August 15, s. 1-3.

⁷⁹ Por. J. Hill, *op. cit.*, s. 163. Hill powołuje się tutaj na: R.C. Wetzl *et. al*, *Hemodynamic responses in brain dead organ donor patients*, “Anesthesia and Analgesia”, 1985, 64, s. 125-128.

⁸⁰ Por. 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), 3.3.2 (DzU Nr 138 poz. 682).

⁸¹ Załącznik do obwieszczenia Ministerstwa Zdrowia z 17 lipca 2007 r. (poz. 547), w sprawie kryteriów i sposobu stwierdzenia trwałego i nieodwracalnego ustania funkcji pnia mózgu.

⁸² Por. J. Hill, *op. cit.*, s. 163.

⁸³ *Ibidem*. Hill powołuje się na: C. Pallis, D.H. Harley, *ABC of Brain Stem Death*, 2nd ed., BMJ Publishing Group, London 1996.

czy przyjmuje się, że [...] poznawcze funkcje u pacjentów z orzeczeniem śmierci pniowej są nieobecne^{84, 85}.

Oznacza to, że również w tym dokumencie mówi się o tym, że dawcy mogą odczuwać ból spowodowany operacją chirurgiczną⁸⁶.

Problem słuszności doboru kryteriów diagnostycznych

Wydzielanie hormonów przez mózg oraz funkcjonowanie wyżej wymienionych ośrodków są działaniami o wielkim znaczeniu dla integracji somatycznej. Tymczasem objawy te pomija się przy orzekaniu śmierci mózgowej. Jest to dziwne, ponieważ stan ŚM ma oznaczać, zgodnie z jej oficjalną, biologiczną wykładnią, że integracji somatycznej w ciele dawcy nie ma. W takim razie badania pacjenta powinny być nakierowane właśnie na zagadnienie integracji jego ciała oraz na wykazanie nieobecności tych czynności mózgu, które takiej integracji mogą służyć. Tymczasem dowody istnienia integrującej czynności mózgu, w tym działania szczególnie ważnej hormonalnej osi podwzgórzowo – przysadkowej, są w tych badaniach pomijane i nie są zaliczane do kryteriów wykluczających ŚM⁸⁷. Do kryteriów diagnostycznych ŚM zalicza się natomiast nieposiadanie świadomości, która nie jest niezbędna dla integracji organizmu, oraz samodzielnego oddechu, który również nie jest do tego konieczny, skoro nie mają go pacjenci z wysokim uszkodzeniem rdzenia kręgowego (URK) u których świadomość działa normalnie.

Zjawisko uogólnionego półcienia niedokrwiennego

Wielu autorów podkreśla, że u chorych z podejrzeniem ŚM dochodzi najpierw jedynie do stopniowego wyłączenia się poszczególnych odruchów pniowych, wymagających sprawności złożonych połączeń synaptycznych w mózgu, co mylnie jest brane za dowód jego zniszczenia. Chodzi tu o zjawisko uogólnionego półcienia niedokrwiennego (*global ischemic penumbra*, GIP)^{88, 89}. GIP ma miejsce wtedy, gdy perfuzja krwi w mózgu spada poniżej 35ml/100g/min. lecz jest wyższa niż krytyczny poziom 10ml/100g/min., przy którym dochodzi do martwicy tkanki mózgowej. Zmiany w mózgu towarzyszące wystąpieniu GIP są odwracalne nawet w 48 godzin i dłużej od momentu wystąpienia tego stanu, dzięki zachowaniu minimalnego poziomu ukrwienia mózgu. Istnienie jakiegokolwiek funkcji

⁸⁴ *Ibidem*, s. 163.

⁸⁵ Podobne poglądy wyraża Elliot, patrz: J.M. Elliot, *Brain death*, "Trauma", 2003, 5, s. 39.

⁸⁶ Por.: J. Hill, *op. cit.*, s. 162.

⁸⁷ M. Potts, P.A. Byrne, R. Nilges, *op. cit.*

⁸⁸ C.G. Coimbra, *bmj. com*, 15 May 2002.

⁸⁹ C.G. Coimbra, *Implications of ischemic penumbra for the diagnosis of brain death*, "Brazilian Journal of Medical and Biological Research", 1999, 32, 1479, s. 1479-1487.

wewnątrzwydzielniczej mózgu świadczy zaś o tym, że jego tkanki nie zostały zniszczone czyli że przepływ krwi przez mózg jest wyższy niż 10ml/100g/min. co długo zapewnia możliwość przetrwania jego tkanki neuronalnej. Jeśli choremu w GIP zastosuje się terapię, która zmniejszy poziom ciśnienia śródczaszkowego, (może to być hipotermia, bądź kraniotomia), a ponadto zastosuje się terapię hormonalną poprzez podanie hormonów tarczycy, wtedy szanse przeżycia chorych spełniających wstępne kryteria ŚM i ich powrotu do zdrowia sięgają 60-70%⁹⁰.

Wyniki badań sekcyjnych dawców diagnozą ŚM

Wyniki badań BBF u chorych spełniających kryteria ŚM są zgodne z badaniami sekcyjnymi (NINCDS Collaborative Study of Brain Death⁹¹), które wykazały, że tylko u 40% pacjentów, którzy spełniali kryteria pozwalające na wysunięcie podejrzenia ŚM, których poddano badaniu sekcyjnemu, uszkodzenia mózgu były znaczne, natomiast u 50% były one niewielkie, zaś u 10% nie dało się ich naocznie stwierdzić. U 15% badanych pień mózgu był morfologicznie prawidłowy. Nawet jeśli arefleksja w obrębie głowy trwała 48 godzin, wynik badań sekcyjnych był bardzo podobny, natomiast badanie bezdechu trwające 4 minuty wywoływało powstawanie znacznych uszkodzeń.

Analiza współzależności aspektów medycznych, filozoficznych i prawnych śmierci człowieka

Życie społeczne jest we wszystkich swoich ważnych aspektach uregulowane prawnie. Dlatego też tematów prawnych nie można uniknąć w kontekście śmierci. Śmierć dotyczy problemu praw osobowych wszystkich członków społeczeństwa każdego kraju i musi być jasne komu mianowicie one przysługują i kiedy człowiek może je utracić. Diagnoza śmierci, w tym i diagnoza śmierci mózgowej czy zgoda na procedury DCD sprowadza się z tego punktu widzenia przede wszystkim do utraty tych praw, czyli samego statusu osoby ludzkiej ze wszystkimi tego faktu konsekwencjami.

Wynika to z faktu, że nie można częściowo być osobą ludzką i częściowo nią nie być. Spaeman⁹² podkreśla, że nie ma stadiów pośrednich pomiędzy ‘nie-osobą’ a ‘osobą’. Zauważa on że nikt nie mówi „o swojej osobie – urodziło się ‘coś, z którego później powstało ‘ja’”. Tak nikt się nie wyrazi. Mówimy natomiast

⁹⁰ N. Hayashi, T. Hirayama, A. Utagawa, *The cerebral thermo-pooling and hypothermia treatment of critical head injury patients*, [w:] Nagai *et al.* (eds.), *Intracranial Pressure IX*, Springer Verlag, Tokyo 1994, s. 589-590.

⁹¹ The NINCDS Collaborative Study of Brain Death, U.S. Department Of Health And Human Services, Public Health Service, National Institutes of Health. NIH Publication No. 81-2286, December 1980, NINCDS Monograph No. 24.

⁹² J. Kozuchowski, *Spór o człowieka we współczesnej filozofii niemieckiej*, Wydawnictwo „Bernardinum”, Pelplin 2006, s. 67-68.

o sobie „Ja byłem tą istotą i zawsze jestem ściśle określonym ‘ja’. Nie ma więc osób potencjalnych i nie powstają one później niż człowiek, a ‘ja’ nie przestają istnieć wcześniej. Osoby są albo ich nie ma⁹³.” Dlatego też prawa przysługujące osobie ludzkiej również albo można mieć w całości, albo nie mieć ich wcale. Również Veatch zwrócił uwagę na niepodzielność praw przysługujących osobie ludzkiej. Podkreślał, nie da się społecznie zaakceptować zasady, że niekiedy możemy naruszać te prawa w całości lub ich części wobec kogokolwiek. Skoro już raz uznaliśmy, że one komuś przysługują, nie możemy bez żadnego powodu go pozbawić ani w całości ani w części. Najbardziej podstawowym prawem człowieka jest prawo do życia. Dlatego Veatch uznał, że inicjatywa podjęta przez American Medical Association (AMA), a dotycząca zgody na pobieranie narządów od dzieci bezmózgowych bez uprzedniego orzeczenia, że one nie żyją (przynajmniej z punktu widzenia prawa), była niemożliwa do zrealizowania. Z punktu widzenia społecznego jest bowiem czymś absolutnie niezbędnym aby w sprawie orzekania/diagnozowania śmierci człowieka istniał jakiś konsensus, oraz aby śmierć była faktem, który można stwierdzić w sposób jednoznaczny: to, że albo on jest, albo że jego nie ma.

W opisie śmierci mózgowej w Załączniku⁹⁴ mówi się o niej jako o „zjawisku zdysocjowanym”, które „powoduje dezintegrację ustroju jako całości”. Zjawisko zdysocjowane ma oznaczać proces stopniowego wypadania „funkcji organizmu w różnej sekwencji czasowej”. Jeśli chodzi o mózg, dokument ten stwierdza, że najpierw zazwyczaj dochodzi do uszkodzenia i śmierci jego części znajdującej się w przestrzeni nadnamiotowej, natomiast „pień mózgu umiera jako ostatnia jego część”⁹⁵.

Zjawisko zdysocjowane to inaczej jakiś proces, który ma mieć miejsce w organizmie chorego. Każdy proces oznacza przejście ze stanu początkowego (oznacmy go literą A), do stanu końcowego (oznacmy go literą C) poprzez szereg stanów pośrednich, które możemy oznaczyć literą B. Jeśli stan A jest sytuacją pacjenta w jego normalnym stanie zdrowia, a stan C – stanem jego śmierci, to czym jest ciąg stanów, pośrednich pomiędzy A i C? Załącznik sugeruje, że jest to stan, w którym jedne funkcje już zanikły ale inne jeszcze trwają a więc byłby to stan pośredni pomiędzy życiem a śmiercią, stan w którym chory zarazem „żyje” i „nie żyje”? Załóżmy, że tak jest. W takim razie bycie w trakcie tego procesu oznaczałoby to, że pacjent jest w fazie pośredniej pomiędzy życiem a śmiercią, kiedy nie moglibyśmy powiedzieć ani tego, że pacjent żyje ani tego że nie żyje. Oznaczałoby to również sytuację, w której nie wiedzielibyśmy, czy, pobierając

⁹³ *Ibidem*, 69.

⁹⁴ Załącznik do Obwieszczenia Ministra Zdrowia z 17 lipca 2007, w sprawie kryteriów i sposobu stwierdzenia trwałego i nieodwracalnego ustania funkcji pnia mózgu. Na podstawie art. 9 ust. 3 z dnia 1 lipca 2005 r. o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów (DzU Nr. 169, poz. 1411).

⁹⁵ *Ibidem*, s. 1.

narządy do przeszczepu powodujemy czyjąś śmierć czy tylko dokonujemy de-fragmentacji zwłok. Na ten problem zwrócił uwagę Veatch.

Zauważmy jednak że prawo nie uznaje takiej możliwości, aby ktoś był równocześnie „trochę obywatelem” i „trochę zwłokami”; przeciwnie, musi być albo jednym albo drugim. Wiemy, że w rzeczywistości orzeka się śmierć mózgową w jakimś konkretnym momencie i od tej pory ciało chorego jest, z prawnego punktu widzenia, uważane za zwłoki. Wynika to właśnie z wymogów prawa. Dlatego w ustawie mówi się, że po dokonaniu rozpoznania ŚM „respirator wentyluje zwłoki”⁹⁶ Moment śmierci jest w ten sposób czasowo określony i pociąga za sobą konsekwencje prawne w postaci utraty statusu osoby ludzkiej i praw obywatelskich. Dlatego nie można oskarżyć lekarzy pobierających narządy do przeszczepu o spowodowanie śmierci pacjenta (chyba, że pacjent umarłby już w trakcie badania bezdechu – czyli zanim dokonuje się formalnie orzeczenia śmierci mózgowej). Traktowanie ciała dawcy jako zwłok wynika więc właśnie z uwarunkowań prawnych. Z prawnego punktu widzenia śmierć zachodzi i musi zachodzić w ściśle określonym momencie, który oddziela od siebie 2 różne sytuacje, które określamy jako „bycie pacjentem a zarazem żywym organizmem” oraz „ludzkie zwłoki”.

Ktoś mógłby jednak próbować argumentować, że są to jedynie uwarunkowania prawne i że, z biologicznego punktu widzenia, śmierć jednak jest procesem lub też zjawiskiem dysocjowanym. Czy tak jest naprawdę? Rozważmy jeszcze raz sytuację dawcy narządów. Jak powiedzieliśmy, każdy proces ma swój początek, jakiś czas przebiegu i zakończenie. Wyżej oznaczyliśmy przejście od stanu życia do śmierci za pomocą liter A, B i C. Momentem A jest na pewno, w przypadku naszego chorego, stan przed zaistnieniem uszkodzenia mózgu, gdy pacjent cieszył się dobrym zdrowiem. Stan B to już sytuacja chorego z uszkodzonym mózgiem ale jeszcze żyjącego. Stan C oznacza stan już po śmierci. Kiedy następuje śmierć? Z powyższego rozumowana wynika, że musi ona mieć miejsce w momencie, gdy stan B przechodzi w stan C.

Oczekiwalibyśmy więc, aby początkiem agonii chorego z uszkodzeniem mózgu był moment, w którym jego stan, a zwłaszcza stan jego mózgu, zaczynałby się pogarszać. Tymczasem w rzeczywistości stan chorego, który doznał urazu mózgu w wyniku wypadku i który, jeśli nie umrze od razu z powodu zaburzeń krążenia i obrażeń ciała spowodowanych wypadkiem, po opanowaniu fazy ostrej, i osiągnięciu stabilności krążeniowej, poprawia się a nie pogarsza⁹⁷. Pacjent taki, przy obecnych możliwościach medycyny, może żyć jeszcze całkiem długo (tygodnie, miesiące a nawet lata) i w danej chwili nic jego życiu bezpośrednio nie zagraża. Trzeba tu też dodać, że stabilność krążeniowa jest na ogół uważana za warunek bycia dawcą, chociaż jest objawem działania ośrodka naczynioruchowego w rdzeniu przedłużonym, który jest częścią pnia mózgu. Działanie tego ośrodka

⁹⁶ *Ibidem*, s. 8.

⁹⁷ Szczególnie obszernie poruszył ten temat Shewmon w pracy: D.A. Shewmon, *The Brain and Somatic...*

świadczy o tym, że pień mózgu pacjenta nie jest martwy⁹⁸. Pomimo to, zgodnie z obowiązującymi w Polsce i wielu innych krajach zasadami postępowania lekarskiego, można u takiego chorego rozpocząć procedury zmierzające do postawienia diagnozy śmierci mózgowej a konkretnie śmierci pnia mózgu.

Stan chorego w fazie B, który przeżył stan ostry, spowodowany obrażeniami ciała i zaburzeniami krążenia, jest stabilny. W stanie tym pacjent zdradza jednak objawy wyłączenie niektórych funkcji mózgu, na przykład zanik odruchów pnioowych. Coimbra podkreśla, że ten stan, jeśli trwa nie dłużej niż 24 godziny, można odwrócić całkowicie u 60% pacjentów z objawami umożliwiającymi wysunięcie podejrzenia śmierci mózgowej i chorzy ci mogą powrócić do swojego normalnego życia. Jeśli jednak przeprowadzi się u nich badanie bezdechu w trakcie procedury rozpoznawania śmierci mózgu, szanse tych chorych gwałtownie maleją. Badanie to jest bowiem niezwykle szkodliwe dla i tak już uszkodzonego mózgu i bardzo pogarsza stan tych chorych⁹⁹. Jest ono przeprowadzane u pacjentów, u których jeszcze nie stwierdzono śmierci mózgowej, a więc mających pełną ochronę prawną gwarantującą im jak najlepszego leczenia. Wykonanie w stosunku do nich tego badania jest drastycznym pogwałceniem tego prawa. Chory w stanie B jest więc chorym, który potrzebuje pomocy ale nie tylko nie jest umierający lecz może być całkowicie wyleczony. Stan B, jakkolwiek ciężki, nie jest ani momentem śmierci ani stanem agonii chorego, choć może prowadzić i do jednego i do drugiego.

Wróćmy jednak do naszego pacjenta, który jest krążeniowo stabilny i który oczekuje na dalsze postępowanie lekarzy. Dokąd ono zmierza? Jakie działania są wobec niego podejmowane? W bardzo wielu wypadkach działania lekarzy zaczynają się kierować nie w stronę prób polepszenia jego stanu zdrowia lecz „stwierdzenia nieodwracalnej utraty funkcji¹⁰⁰” mózgu pacjenta. Czy decyzja o takim postępowaniu wynika z tego, że jest to moment, w którym stan chorego dramatycznie się pogorszył? Nic podobnego. Decyzja lekarzy aby zakończyć jego leczenie i rozpocząć postępowanie w celu dokonania rozpoznania śmierci mózgu wynika z tego, że pacjent ten może zostać dawcą narządów, podczas gdy jego stan często nie pogarsza się i nie musi prowadzić do jego biologicznej śmierci, czyli do rzeczywistej dezintegracji jego organizmu. Ponieważ jednak jest wielkie zapotrzebowanie na narządy do przeszczepu, nie widać łatwych rozwiązań dla problemu ŚM. Dla ratowania słuszności tej koncepcji oraz uzasadniających ich teorii mnożą się próby oddzielania śmierci człowieka jako osoby od śmierci jego ciała, podejmowane przez różnych autorów.

Istnieje jednak inne rozumowanie, jakkolwiek nieoficjalne, które jednak w rzeczywistości wydaje się być tu stosowane, jest następujące: pacjent w ŚM

⁹⁸ Ośrodek te mieści się w rdzeniu przedłużonym, a więc w pniu mózgu.

⁹⁹ Por. C.G. Coimbra, *Misdiagnosis of brain death and brain stem death*, *bmj. com*, 15 May 2002.

¹⁰⁰ Załącznik do Obwieszczenia Ministra Zdrowia z 17 lipca 2007, w sprawie kryteriów i sposobu stwierdzenia trwałego i nieodwracalnego ustania funkcji pnia mózgu, Na podstawie art. 9 ust. 3 z dnia 1 lipca 2005 r. o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów (DzU Nr. 169, poz. 1411), s. 6.

jeszcze żyje, ale nie można już jemu pomóc. W takim razie wolno pobrać od niego narządy do przeszczepu, nawet jeśli powoduje to jego śmierć, która i tak niebawem nastąpi. Podkreśla się często, w rozmowach z rodzinami, że „ten pacjent będzie co najwyżej warzywem”, i że dzięki ich zgodzie na pobranie narządów będzie można pomóc wielu ludziom lub nawet uratować im życie. Pomijając fakt oceny wartości samych przeszczepów, które uzależniają pacjenta od pobierania leków immunosupresyjnych, mocno osłabiających organizm biorcy, jest to przykład myślenia utylitarnego: poświęcamy jednego człowieka dla dobra innych i to na ogół bez jego zgody (w Polsce obowiązuje zasada tzw. zgody domyślnej. Zakłada się, że jeśli pacjent nie wyraził pisemnego sprzeciwu i nie zgłosił go listownie w Poltrasplancie, to znaczy że chce być dawcą.). W rozumowaniu tym tkwią jednak zasadnicze błędy: po pierwsze, dopuszcza ono możliwość pobierania narządów i powodowania śmierci dawcy zanim on umrze, czego nie akceptuje prawo, i – po drugie – uniemożliwia podjęcia próby ratowania chorych z urazem mózgu, która może dać, przy zastosowaniu nowoczesnych technik, dobre wyniki.

Wydaje się, że wiele osób zgadza się na pobranie narządów od ich krewnych lub na ewentualne zostanie dawcami z lęku przed życiem zależnym od „podłączonych rurek”, z lęku przed inwalidztwem lub stanem wegetatywnym, nie zaś z powodu wiary w prawdziwość definicji śmierci mózgowej.

Diagnoza śmierci mózgowej jako śmierć cywilna pacjenta

Powiedzieliśmy już wyżej, że śmierć cywilna chorego, zgodnie z procedurami przewidzianymi dla orzekania śmierci mózgowej następuje „z chwilą uznania chorego za zmarłego” i od tego momentu „respirator wentyluje zwłoki”. Na pewno nie jest to fakt biologiczny. Nic szczególnego nie dzieje się w organizmie pacjenta ani w momencie „wysunięcia podejrzenia śmierci pnia mózgu”¹⁰¹, który jest pierwszym etapem rozpoznania śmierci pnia mózgu, ani w momencie, gdy na zakończenie drugiego etapu postępowania kwalifikacyjnego, składane są podpisy członków komisji orzekającej o śmierci pacjenta. Innymi słowy, „śmierć” tego chorego następuje w momencie złożenia podpisów członków komisji uprawnionej do orzekania śmierci mózgowej na stosownych dokumentach, czemu nie towarzyszy żadna zmiana, która miałaby zajść w tym momencie w organizmie pacjenta. Na pewno tak rozumiana „śmierć” nie jest zdarzeniem mającym jakieś podobieństwo do śmierci w zwykłym znaczeniu, to jest takim, o jakim myśli przeciętny człowiek, gdy mówi mu się o śmierci. (i również wtedy gdy wyraża zgodę na pobranie jego narządów do przeszczepu po jego śmierci). Jedyna zmiana, która następuje w momencie komisyjnego wydania orzeczenia o śmierci mózgowej danego

¹⁰¹ *Ibidem*, s. 2.

pacjenta, jest ustanie obowiązku terapeutycznego w stosunku do tego pacjenta¹⁰² oraz utrata przez niego praw przysługujących osobie ludzkiej. Taki pacjent, w momencie orzeczenia jego śmierci, staje się z prawnego i punktu widzenia „zwłokami z bijącym sercem”, które to zwłoki należą, w myśl prawa polskiego (podobnie jest też w wielu innych krajach), do państwa. Śmierć diagnozowana w oparciu o kryteria neurologiczne nie jest więc faktem biologicznym, jakimś zdarzeniem, które miałyby miejsce w organizmie pacjenta, jest natomiast niewątpliwie faktem społecznym, mającym daleko idące konsekwencje prawne.

W myśli wyżej przedstawionej klasyfikacji zaproponowanej przez Shewmona, można tu mówić o społecznej de facto naturze śmierci mózgowej, pomimo jej oficjalnej, biologicznej interpretacji, w której mówi się o niej, jako o śmierci organizmu jako fizjologicznej całości. Obserwacje empiryczne ciał pacjentów z diagnozą ŚM nie potwierdzają tezy mówiącej o ich śmierci jako żywych organizmów. Są to nadal organizmy żywe. Lekarze do tego stopnia odruchowo tak je traktują, że często mówią o „podwójnej” śmierci chorego: najpierw o śmierci osoby ludzkiej, gdy, jak uważają, ma nastąpić śmierć mózgu i dusza opuszcza ciało (zakładają przy tym, że dusza „mieszka” w mózgu i tylko w mózgu lub nawet tylko w jego korze), potem zaś o śmierci samego ciała jako żywego organizmu¹⁰³. Pomimo jawnej sprzeczności z oficjalną interpretacją śmierci mózgowej jako właśnie biologicznej śmierci organizmu, utrzymywanie się takich poglądów i to nie tylko wśród laików ale i wśród samych lekarzy świadczy o tym, że w rzeczywistości uważają oni organizm pacjentów z rozpoznaniem śmierci mózgowej za żywy. Świadczy o tym również to, że anestezjolodzy zwykle znieczulają dawców i wielu robi to z obawy, że mogą oni odczuwać ból podczas pobierania narządów do przeszczepu¹⁰⁴.

Problem właściwej antropologii filozoficznej dla dyskusji na temat ŚM

Jak już wyżej było powiedziane, w odniesieniu do zagadnień bioetycznych istnieje silna tendencja do oddzielania osoby ludzkiej od jej ciała. Tendencja ta może, na pierwszy rzut oka, wydawać się czymś dziwnym. Normalnie bowiem tego nie robimy i nawet nie przychodzi nam do głowy dokonywanie takich rozróżnień. Po co mielibyśmy to robić? Po co mielibyśmy pytać, czy pan X jest tożsamy ze swoim ciałem? Jeśli jednak dochodzi u kogoś do zaburzeń świadomości, do utraty z nim kontaktu na dłuższy czas, wtedy nasze nastawienie się zmienia. Jesteśmy skłonni zadać pytanie „czy tam ktoś jeszcze jest”, czy naprawdę w ciele człowieka

¹⁰² *Ibidem*, s. 8.

¹⁰³ Sz. Hołownia, *Człowiek umiera dwa razy*, „Rzeczpospolita, Plus Minus”, 25.10.2005.

¹⁰⁴ Por. D. Bell, E. Moss, P.G. Murphy, *Brainstem death testing in the UK – time for reappraisal?*, „British Journal of Anaesthesia”, 2004, 92 (5), s. 633-640.

w śpiączce lub w stanie wegetatywnym jest nadal to, wszystko, co czyniło go znaną nam wcześniej osobą ludzką. Pytanie to jest ważne z wielu względów. Najważniejszym z nich jest to, że zagadnienie życia i śmierci są po prostu kluczowe dla nas ludzi, których ziemską egzystencja ma swój określony początek i koniec.

Zagadnienie śmierci człowieka nie było do niedawna uważane za jakieś trudne zagadnienie filozoficzne. Większość ludzi uważała je za rozdzielenie duszy i ciała lub za śmierć organizmu, który po prostu oznacza śmierć człowieka. Pojawienie się problemu stanu wegetatywnego i śmierci mózgowej bardzo zmieniły percepcję tego zagadnienia. Śmierć stała się tematem wielu prac naukowych, tematem debat i sporów na terenie filozofii, teologii i medycyny. Pojawiły się koncepcje oddzielające śmierć osoby ludzkiej od śmierci jej ciała, a tym samym, prawem symetrii, oddzielające życie człowieka od życia jego organizmu. Pojawiło się na nowo pytanie o sposób rozumienia ludzkiego życia i śmierci, powróciły więc zagadnienia filozoficzne, których roztrząsanie jeszcze niedawno można by uznać za zupełnie nieistotne dla ogółu ludzi.

Aby przeanalizować problemu życia i śmierci człowieka od strony filozoficznej w sposób konsekwentny, trzeba dokonać syntezy faktów medycznych oraz zasad samej filozofii. Wybór tych zasad wcale nie jest łatwy, ponieważ istnieją różne tradycje filozoficzne. Ogólnie biorąc można mówić o dwóch jej podstawowych nurtach: platońskim i arystotelesowskim. Każdy z nich inaczej opisuje człowieka i inaczej widzi relację pomiędzy czynnikiem duchowym i osobowym w człowieku, czyli umysłem lub duszą, a jego ciałem. Tradycja platońska ujmuje człowieka w sposób dualistyczny, silnie przeciwstawiając sobie te dwie sfery, natomiast filozofowie kontynuujący myśl Arystotelesa mają podejście umiarkowanie dualistyczne lub nawet holistyczne, akcentujące jedność natury ludzkiej. Gdy rozważamy wszelkie zagadnienia dotyczące życia i śmierci człowieka, świadomie lub nieświadomie musimy nawiązywać do jednej lub drugiej z tych tradycji filozoficznych. Dotyczy to również takich dyskusji, jak dyskusja na temat stanu wegetatywnego i śmierci mózgowej, czy też śmierci człowieka jako takiej. Stosunkowo rzadko wypowiadają się na ten temat autorzy, którzy przekraczają obszary tych dwóch dyscyplin, którymi są nauki przyrodnicze i filozofia po to, aby wiedza zgromadzona przez nie mogła wzajemnie się wzbogacać i weryfikować. Nawet jeśli jednak jest to czymś rzadkim, nie jest jednak niemożliwe.

Przykładem takiej pracy jest dzieło Shewmona, które polega na dokonywaniu takiej syntezy medycyny i filozofii w licznych pracach naukowych, publikowanych w czasopismach medycznych i filozoficznych. Poglądy tego naukowca na najważniejszy w bioetycznej dyskusji, dotyczącej granic ludzkiego życia, temat śmierci mózgowej ewoluowały od początkowej akceptacji tej teorii aż do jej zdecydowanej negacji. Przebycie tej długiej drogi opisał on w pracy pod znanym tytułem: *Recovery from „Brain death”: a neurologist’s Apologia*¹⁰⁵.

¹⁰⁵ A. Shewmon, *Recovery from “Brain Death”*..., s. 31-57.

Zarzuca w niej neurologom, że są „mózgowymi szowinistami”, którzy mają tendencje do redukcji osoby ludzkiej do jej umysłu, umysłu – do mózgu, zaś ciała do czegoś w rodzaju opakowania służącego mózgowi do przenoszenia się z miejsca na miejsce i do kontaktowania się z innymi mózgami. Myślenie takie jest bliskie wielu ludziom, w tym także lekarzom. Jest ono również coraz bardziej obecne w europejskim kręgu kulturowym. Wielu ludzi wyobraża sobie, że osoba to w istocie umysł czy też duch luźno związany z ciałem, w którym aktualnie przebywa. Mamy w tej wizji człowieka silne przeciwstawianie duszy i ciała z równoczesnym uprzedmiotowieniem obu, czyli uznaniem, że są to w gruncie rzeczy niezależne od siebie byty. Shewmon uważa, że w neurologii dominuje takie właśnie, kartezjańskie myślenie¹⁰⁶. W odniesieniu do problemu świadomości współczesny sposób myślenia dominujący wśród lekarzy, a szczególnie wśród neurologów streścić można następująco: kora mózgu jest miejscem, w którym należy wyłącznie lokalizować zawartość świadomości, natomiast pień mózgu jest odpowiedzialny za proces budzenia się. Kora mózgowa, a nie całe ciało, jest tu „tkanką wcielającą umysł” ludzki.

Tak myśli Veatch i cała plejada lekarzy, filozofów i bioetyków. Powszechność tego zjawiska powoduje konieczność podjęcia z nim filozoficznej polemiki. Krytykę współczesnego kartezjanizmu jest tematem wielu prac naukowych. Swoją wersję takiej krytyki, w kontekście zagadnień z zakresu bioetyki, przedstawili w swojej pracy dwaj amerykańscy filozofowie, Mussa i Shannon¹⁰⁷. Skrytykowali oni stanowisko wyrażone przez Goldenringa¹⁰⁸, który utożsamiał życie człowieka z życiem jego mózgu. Życie ludzkie ma zaczynać się, zdaniem tego filozofa, w momencie, gdy jego mózg jako całość staje się zintegrowany. Życie człowieka staje się, w myśl tej koncepcji, tożsame z życiem jego mózgu; mamy więc „mózgowe narodziny” (moment jego integracji), „mózgowe życie” (czyli rzeczywiste życie człowieka do którego ten mózg należy) no i oczywiście, dobrze nam już znaną, „mózgową śmierć”. Problem w tym, że, jak twierdzą Moussa i Shannon, dojrzewanie mózgu jest procesem ciągłym i nie można mówić o takim jednym, progowym momencie jego rozwoju, który mógłby stanowić moment „mózgowych narodzin” i początek „mózgowego życia”. Mussa i Shannon pytają:

Dlaczego tak wielu etyków i lekarzy sądzi że obszar mózgu dostarczy rozwiązanie dla kwestii etycznych? Z pewnością wierzą oni, że będą w stanie powiązać pojęcia takie jak, istota ludzka, cechy osobowe, życie i świadomość z pojawieniem się w toku rozwoju złożonych funkcji neurologicznych. Sądzą, że koncepcja „życia mózgowego” wniesie do debaty bioetycznej jasność podobną do pojęcia „śmierci mózgowej”.

¹⁰⁶ *Ibidem*.

¹⁰⁷ M. Moussa, Th.A. Shannon, *The Search for the New Pineal Gland. Brain Life and Personhood*, “Hastings Center Report”, May-June 1992.

¹⁰⁸ *Ibidem*, s. 31, autorzy cytują: J.M. Goldenring, *The Brain-Life Theory: Towards a Consistent Biological Definition of Humanness*, “Journal of Medical Ethics”, 1985, 11, s. 198-204.

Jednak to, co otrzymują, to tylko „scjentystyczny kartezjanizm, który wydaje się umieszczać ‘ja’ wewnątrz mózgu stającego się w ten sposób nową szyszynką”.

Zdaniem Mussy i Shannona filozoficzne zagadnienie, dotyczące pytania, gdzie jest ulokowane ‘ja’ lub też ‘świadomość’, było prezentowane jako problem naukowy w rozumieniu nauk przyrodniczych. Tymczasem cała dyskusja nie leży na gruncie nauk przyrodniczych, lecz jest metafizyczna i „żaden fakt dotyczący dojrzewania układu nerwowego nie uczyni jej inną”¹⁰⁹. Mussa i Shannon krytykują więc pewien rodzaj mentalności, typowy dla wielu współczesnych filozofów, etyków i lekarzy. Można go nazwać bezrefleksyjnym kartezjanizmem, w którym życie ludzkie zamknięto w mózgu i zredukowano do życia tego narządu. Mussa i Shannon wykazują tymczasem, że relacja pomiędzy „ja” a ciałem jest to kwestia metafizyczna, nierozwiązywalna na gruncie nauk przyrodniczych i znajdująca się ona poza ich zasięgiem.

Takim tendencjom przeciwstawia się również Persson¹¹⁰, należący do autorów, którzy dostrzegają konieczność nieignorowania faktu, że człowiek jest cielesny i że definicja człowieka musi ten element zawierać. Według niego „istota ludzka” to „organizm zwierzęcy, który należy do pewnego biologicznego gatunku, homo sapiens”. Podkreśla też, że istoty ludzkie żyją i umierają. Poprawne zdefiniowanie śmierci tych istot wymaga, aby termin ten oznaczał śmierć wszystkich osobników homo sapiens we wszystkich fazach ich życia. Person zauważa, że „definiowanie śmierci jest czymś innym niż podanie (epistemologicznych) kryteriów śmierci. Innymi słowy, kryterium śmierci ma nam odpowiedzieć na pytanie ‘skąd mamy wiedzieć, że śmierć nastąpiła?’, natomiast nie musi dawać odpowiedzi na pytanie ‘czy jest śmierć’”¹¹¹. Natomiast definicja śmierci musi odpowiedzieć na to pytanie i tak ją ujmować, aby termin „śmierć” mógł być poprawnie stosowany wobec wszystkich osobników homo sapiens a nie tylko jakiejś ich części. Gdybyśmy uczynili inaczej, wtedy negowalibyśmy jednorodność całej grupy, a więc samo pojęcie gatunku. Persson zauważa, że śmierć zdefiniowana jako „nieodwracalna utrata możliwości posiadania świadomości” (autorstwa Veatcha) tego warunku nie spełnia. Dzieje się tak, ponieważ jego zdaniem:

Istnieją oczywiste zastrzeżenia dla takiej ‘mentalistycznej’ definicji śmierci istoty ludzkiej zdefiniowanej w sensie biologicznym. Wydaje się bowiem czymś oczywistym, że istnieją istoty ludzkie, które są żywe w tym właśnie [biologicznym] sensie i które nie mają [...] świadomości, wyższych części mózgu, czyli pewne dzieci z bezmózgowiem. Jest czymś oczywistym, że będąc żywymi mogą one umrzeć, lecz ich śmierć nie może polegać na śmierci tych części mózgu, których one nie mają.¹¹²

Persson dodaje, że:

¹⁰⁹ M. Moussa, Th.A. Shannon, *The Search for the New Pineal Gland. Brain Life and Personhood*, “Hastings Center Report”, May-June 1992, s. 33-36.

¹¹⁰ I. Persson, *Human death – A view from the beginning of life*, “Bioethics”, 2002, 16, 1, s. 21-32.

¹¹¹ *Ibidem*, s. 21.

¹¹² *Ibidem*, s. 22.

[...] są też żywi ludzie, którzy w ogóle nie mają mózgu. W przeciwieństwie do dzieci bezmózgowych, ludzie ci nie są żadną aberracją w stosunku do normy: jest bowiem faktem, że każda istota ludzka jest pozbawiona mózgu w początkach swojej egzystencji i swojego życia, kiedy jest ona embrionem lub wczesnym płodem. [...] Będąc żywymi mogą one umrzeć, to jest utracić swoje życie, lecz ich śmierć nie może polegać na śmierci ich mózgowi ponieważ one nie mają mózgowi. Dlatego właśnie śmierć mózgu nie może być logicznie koniecznym warunkiem śmierci istoty ludzkiej lub organizmu zwierzęcego.¹¹³

Nie można też obalić tego argumentu twierdząc po prostu, że śmierć tych organizmów ludzkich oznacza coś innego, niż śmierć ludzi, którzy mózgi już mają. Persson podkreśla, że:

[...] skoro te organizmy bez mózgu są numerycznie tymi samymi (ludzkimi) organizmami, które później mają mózgi, jaka racja – poza pragnieniem uratowania definicji śmierci mózgowi [...] – może zaistnieć aby negować to, że istnieje jeden i ten sam sens, w którym organizmy te są żywe i tym samym, w którym one mogą umrzeć?¹¹⁴

Trudno mówić o życiu konkretnego organizmu w innym sensie w momencie zanim uzyska on mózgi i w innym, gdy go już posiada. Jest to to samo życie tego samego człowieka. Śmierć mózgu nie jest więc logiczną koniecznością dla śmierci człowieka, ponieważ może on żyć i umierać bez mózgu. Zarówno życie jak i śmierć ludzkiego organizmu są więc czymś innym niż życie i śmierć jego mózgu. Nie ma innego wyjścia:

[...] definiowanie śmierci istoty ludzkiej oznacza określenie warunków, które z konieczności muszą się stosować dla wszystkich istot ludzkich. Jest się wtedy zobligowanym do tego, aby te warunki były stosowane nie tylko do jakiejś podklasy ludzi, to jest, na przykład, do ludzi w fazie postnatalnej a nie prenatalnej.¹¹⁵

Tych warunków definicja śmierci mózgowi nie spełnia. Persson jest autorem w pełni świadomym tego, że oficjalna czyli biologiczna interpretacja śmierci mózgowi, która utożsamia śmierć mózgu (domniemaną czy rzeczywistą) ze śmiercią człowieka, nie wytrzymuje krytyki. Sam przedstawił pewien rodzaj takiej krytyki, co zostało zreferowane powyżej. Szkoda tylko, że skądinąd wiemy, że i jemu samemu zabrakło jednak konsekwencji aby wyciągnąć wszystkie wnioski z własnej definicji człowieka, w której życie jednostki ludzkiej nie jest mylone z jej procesami mentalnymi.

Powróćmy do filozoficznego tła tych rozważań. Powiedzieliśmy, że dualistyczne myślenie kartezjańskie, silnie oddzielające w człowieku sferę ducha od sfery ciała, dominuje w myśleniu potocznym. Temu filozofowi należy się więc trochę więcej naszej uwagi. Myśląc o Kartezjuszu, siłą rzeczy musimy jednak powrócić do Platona, jako praojca stylu myślenia, które rozwinął później francuski filozof. Platonizm jest silnym nurtem w filozofii ale jest jeszcze czymś

¹¹³ *Ibidem*, s. 23.

¹¹⁴ *Ibidem*.

¹¹⁵ *Ibidem*, s. 25.

więcej. W jakiś sposób odpowiada on stylowi myślenia europejskiego czy nawet indoeuropejskiego kręgu kulturowego. Hinduska wiara w reinkarnację, znajdującą aprobatę u wielu współczesnych Europejczyków i w ogóle ludzi Zachodu może być przykładem tej wspólnej mentalności. Można założyć, że jest to pozostałość kultury przedchrześcijańskiej, i ma za sobą bardzo długą historię.

Współczesny człowiek, podobnie jak ktoś żyjący w czasach Platona i Arystotelesa, jak również później, za życia św. Tomasza, czy wreszcie Kartezjusza, ma również skłonność do takiego rozumienia relacji między duszą i ciałem, w którym pomiędzy nimi dostrzegany jest dość luźny związek. I w starożytności i w średniowieczu myślenie to, najwyraźniej prowokujące tych, którzy lubią prowadzić rozwiązania z pełną ścisłością logiczną, powodowało powstanie w filozofii silnych nurtów polemicznych w stosunku do tego stylu myślenia. Rodzajem takiej polemiki była dyskusja Arystotelesa z Platonem, a potem dyskusja św. Tomasza z platonizującymi filozofami jego czasów.

Św. Tomasz podkreśla, że według Platona w człowieku bytują trzy czynniki odpowiedzialne za jego działanie świadome i wszelkie funkcje jego ciała. Są to: (1) dusza wegetatywna, znajdująca się w wątrobie; (2) dusza pożądliva – w sercu i (3) dusza poznająca – w mózgu^{116, 117}.

W człowieku są więc aż trzy źródła działania bytujące obok siebie. Św. Tomasz podkreśla, że, w takim razie, każde z nich łączy się z ciałem nie jako czynnik dający mu możliwość istnienia (czymś takim jest forma substancjalna) lecz jedynie jako czynnik poruszający, działający poprzez wymienione wyżej narządy. To co jest wprawiane w ruch, czyli ciało ze wszystkimi swoimi czynnościami, istnieje niezależnie od duszy poznającej. Jest to niewątpliwie dualistyczny rys w myśli Platona.

Ten dualistyczny sposób myślenia jest również widoczny w myśli Kartezjusza. Filozof ten uważał, że podmiot myśli, który nazywał rzeczą myślącą (*res cogitans*), będący z kolei odpowiednikiem duszy poznającej u Platona, łączy się z mózgiem poprzez szyszynkę. W ten sposób kontynuował on platoński sposób myślenia, w którym dusza (a raczej trzy dusze) i ciało nie tworzą jedności, lecz są jedynie w pewnym kontakcie, dzięki któremu dusza może kierować czynnościami ciała. Dusza poznająca stoi najwyżej w tej hierarchii i posługuje się ciałem tylko jako narzędziem. Kartezjusz poszedł jeszcze dalej i traktował ciało mechanicznie, jak rodzaj maszyny¹¹⁸.

Dualizm duszy i ciała, obecny w tej tradycji platońskiej, Kartezjusz niewątpliwie zaostriął. W jego rozumowaniu sfera myśli czyli, jakbyśmy to dzisiaj powiedzieli, świadomość, jest mocno przeciwstawiona ciału. Tak więc pomiędzy sferą myśli – *res cogitans* – a ciałem – *res extensa* (rzecz rozciągnięta) istnieje jedy-

¹¹⁶ *Summa Theologiae*, Ia, Q. 76, art. 3. Św. Tomasz odwołuje się tu do Platońskiego *Timajosa*.

¹¹⁷ R. Zavalloni, *Richard de Mediavilla et la controverse sur la pluralité des formes*, « Philosophes médiévaux », II, Louvain, 1951.

¹¹⁸ W. Tatarkiewicz, *Historia filozofii*, t. I, Państwowe Wydawnictwo Naukowe, Warszawa 1981, s. 45-56.

nie bardzo luźny związek. Jak ujmował to Ashley¹¹⁹, materia była dla Kartezjusza tylko rozciągłością, umysł zaś był „samoświadomy i dlatego całkowicie ‘w sobie’” oraz „nierozciągliwy niczym punkt”. Kartezjusz rozumiał tę matematyczną metaforę dosłownie i jak twierdzi Ashley, doprowadził dualizm ciała i duszy, materii i ducha do stopnia, który ten filozof nazywa *reductio ad absurdum*¹²⁰. Umysł był dla Kartezjusza podmiotem, materia zaś – jedynie przedmiotem. Związek umysłu z ciałem jest w pewnym sensie przypadkowy – umysł poznaje przez samego siebie, ze swojego centrum, którym jest kartezjańskie ego; ciało mu w tym nie pomaga. Ciało i umysł nie tworzą w człowieku organicznej jedności, lecz są ze sobą tylko niejako zewnętrznie powiązane poprzez szyszynkę. Uszkodzenie mózgu i zniszczenie tego miejsca kontaktu umysłu i ciała prowadzi w tej kartezjańskiej antropologii do śmierci człowieka: umysł traci swoje połączenie z ciałem. Z drugiej strony, dopóki jest on w ciele obecny, można stwierdzić jego istnienie na zasadzie introspekcji, poprzez stwierdzenie istnienia w nas świadomej myśli. Stąd wzięło się sławne kartezjańskie *cogito ergo sum*^{121, 122}. Według Kartezjusza więc, tak jak u Platona, dusza rozumna poznaje niezależnie od ciała i nawet bytując w powiązaniu z nim, jest w nim niejako uwięziona i zasadniczo na tym połączeniu raczej traci niż zyskuje. Podmiotem, czy czynnikiem osobowym, jest więc sam umysł (dusza), a nie cały człowiek, czyli istota posiadająca umysł (duszę) i ciało.

Koncepcja duszy u Arystotelesa i św. Tomasza znacznie różni się od tej u Platona i Kartezjusza. Jak było powiedziane wyżej, o ile poglądy tych ostatnich filozofów na temat człowieka można nazwać dualistycznymi, o tyle koncepcja tych pierwszych jest monistyczna. W myśl tej koncepcji, w człowieku istnieje tylko jedno źródło wszelkich działań, zarówno świadomych jak i nieświadomych, umysłowych, zmysłowych i wegetatywnych. Jest nim umysł (dusza rozumna), który jest właśnie formą substancjalną człowieka¹²³. Umysł (dusza) ma w sobie nie tylko sprawność myślenia, ale również wirtualnie (w sensie możliwości działania) zawiera wszystkie sprawności duszy zmysłowej (zwierzęcej) oraz roślinnej i realizuje ich działanie w ludzkim ciele¹²⁴.

Przypomnijmy więc, że umysł (dusza rozumna) jest więc w człowieku jego formą substancjalną, rozumianą tu jako natura, która jest zasadą jego jedności i czynnikiem odpowiedzialnym za wykonywanie wszystkich funkcji – od (1) świadomego myślenia i decydowania zaczynając, poprzez (2) odbieranie wrażeń,

¹¹⁹ Benedict M. Ashley, O.P., *Theologies of the Body: Humanist and Christian*, Massachusetts: The Pope John XXIII Medical-Moral Research and Education Center, Braintree 1985, s. 204-205.

¹²⁰ *Ibidem*, s. 209-210.

¹²¹ *Ibidem*, s. 208.

¹²² R. Descartes, *De Libero Arbitrio*, III, 7.

¹²³ Sobór w Wienne (1311–1312) określił dogmatycznie, że dusza jest formą substancjalną ciała: potępił on tezę mówiącą, że „dusza rozumna lub intelektualna nie jest formą ciała ludzkiego przez siebie samą i istotowo” (łac.: „quod anima rationalis seu intellectiva non sit forma corporis humani per se essentialiter”), patrz: L. Ott, *Fundamentals of Catholic Dogma*, The Mercier Press Limited, Cork, Ireland 1963, s. 97.

¹²⁴ *Summa Theologiae*, I a, Q. 76, art. 3 i art. 4.

reakcje emocjonalne i wprawianie ciała w ruch aż do (3) czynności metabolicznych, zdolności do wzrostu i rozmnażania się.

Każda z tych sfer jest innym typem działania: sfera (1) właściwa jedynie ludziom, sfera (2), właściwa ludziom i zwierzętom i sfera (3) właściwa wszystkim organizmom żywym – ludziom zwierzętom i roślinom¹²⁵. Jeśli więc człowiek wykonuje choćby jedną z tych czynności, na przykład ma normalny metabolizm, reaguje na pewne bodźce, oznacza to, że nadal obecny jest w nim ten czynnik, który wykonywanie tej czynności umożliwia, a jest nim umysł lub też dusza rozumna zwana też umysłem. Dlatego też taki człowiek nie może być martwy ani przestać być osobą.

Człowiek jest jednością – dusza (umysł) i ciało tworzą jego istotę. Człowiek poznaje przez zmysły i nie może nic poznawać, jeśli one nie działają ani na temat świata ani na temat samego siebie. Świadomość/myśl nie jest jakimś bytem (*res cogitans*), zdolnym do egzystowania i wykonywania wszystkich swoich funkcji bez ciała, jak u Kartezjusza. Jest ona raczej czymś, co człowiek wytwarza dzięki temu, że ma ciało, przy pomocy którego działa i poznaje świat w interakcji z innymi ciałami¹²⁶.

Relacja pomiędzy umysłem (duszą) a ciałem jest w koncepcji św. Tomasza czymś niezwykle ciekawym. Umysł, jest tym dzięki czemu poznajemy i równocześnie tym, dzięki czemu istniejemy i dzięki czemu działa nasz organizm. To właśnie mamy na myśli, gdy mówimy, że umysł jest formą substancjalną. Umysł (dusza) jest w całym ciele, lecz sam z siebie sam jest czynnikiem niematerialnym, a więc niepodzielnym i nieumiejscowionym (nielokalnym). Dusza jest w całym ciele, ale sama z sienie jest niematerialna i może być umiejscowiona jedynie w relacji do ciała. Nie może być go więcej w jednej a mniej w innej części ciała. Św. Tomasz pisze: „ponieważ dusza łączy się z ciałem jako forma, koniecznym jest, aby była w całym [ciele] a zarazem we wszystkich jego częściach [...]. Forma substancjalna jest nie tylko doskonałością całości, lecz wszystkich części” oraz że „Dusza naprawdę jest formą substancjalną” i dlatego „żadna część ciała nie wykonuje swoich czynności gdy nie ma duszy”¹²⁷.

W tym względzie mózg, wbrew potocznemu myśleniu, zgodnemu w tym punkcie z myśleniem Platona i Kartezjusza, nie jest uprzywilejowany w stosunku do reszty ciała. Umysł (dusza) posługuje się nim tak samo aby wykonywać czynności poznawcze i wolitywne, jak posługuje się okiem, aby widzieć i słuchem aby słyszeć, nie ma jej więcej w mózgu niż na przykład, w nodze. Jak pisze św. Tomasz „Dusza jest cała w jakiegokolwiek części ciała według całości doskonałości i istoty”. Tu jednak św. Tomasz dodaje, że nie jest tak –

¹²⁵ *Ibidem*.

¹²⁶ S. Hampshire, *Thought and Action*, Chatto and Windus Ltd, London 1959; New Edition: University of Notre Dame Press, Notre Dame, Indiana 1983, s. 69.

¹²⁷ *Summa Theologiae*, Ia, Q.76., art. 8

[...] według całości sprawności. Ponieważ nie według jakiegokolwiek swojej możności jest w jakiegokolwiek części ciała, lecz jako zdolność widzenia w oku, zdolność słyszenia w uchu i podobnie w innych. Trzeba jednak zauważyć, że dusza, ponieważ wymaga różnorodności części, nie w ten sam sposób jest odniesiona do całości i do części: lecz do całości jakby pierwotnie (*quidem primo*) i przez samą siebie (*per se*), jako do właściwego i proporcjonalnego przedmiotu, który udoskonala (*perfectibile*), do części zaś wtórnie (*per posterius*), stosownie do tego, jakie mają odniesienie do całości.¹²⁸

W koncepcji arystotelesowsko-tomistycznej nie można więc umysłu (duszy) umieścić wyłącznie w mózgu a następnie stwierdzić, że jeśli mózg jest zniszczony, to przestaje istnieć człowiek, ponieważ znika z ciała ten czynnik duchowy, dzięki któremu ten człowiek był człowiekiem. Taki sposób myślenia pozornie wydaje się jednak słusznym i pociąga wielu, w tym i lekarzy – neurologów. Jest to sposób myślenia ściśle platońsko-kartezjański, przy czym na pewno nie wynika on z wiedzy medycznej lecz z przyjęcia tych właśnie pozamedycznych założeń filozoficznych. W dyskusji na temat śmierci mózgowej, stanu wegetatywnego stale jest obecny ten platoński i kartezjański sposób myślenia.

Wbrew dominującemu, jak się wydaje, właśnie „kartezjańskiemu” sposobowi myślenia lekarzy i większości ludzi, nie psychologiczna, ani nie społeczna lecz właśnie, biologiczna interpretacja śmierci mózgowej stała się standardowym, oficjalnym sposobem jej uzasadniania. Oficjalnie uznano, że utrata świadomości nie jest sama przez się decydującym czynnikiem, który mógłby oznaczać śmierć człowieka. Aby mówić o jego śmierci, trzeba stwierdzić, że jego organizm przestał istnieć jako funkcjonalna całość. Dlatego też ciała chorych w ŚM nazywane są zwłokami. Prawomocność tych określeń zostawmy w tej chwili na boku. Dla nas jest ważne w tym sposobie rozumowania, że formalnie uznano zasadę, iż człowiek to nie tylko świadomość ale jedność psychofizyczna i że jeśli żyje jego ciało, nie możemy mówić o śmierci człowieka. Sięgnięto więc do pewnego wytłumaczenia statusu chorych w stanie ŚM, w stanie wegetatywnym czy innych zespołach z zaburzeniem świadomości, które zostało wypracowane przez filozofię klasyczną.

Według tej tradycji filozoficznej nie może istnieć żywe ludzkie ciało bez czynnika odpowiedzialnego za sferę myśli i cechy osobowe – jeśli jest jedno, jest i drugie. Żywe ciało bez „właściciela” czyli bez formy dającej mu istnienie (w przypadku człowieka jest to dusza rozumna, czyli umysł) i cech osobowych jest w myśl tej tradycji czymś teoretycznie i praktycznie niemożliwym. Istnienie jednego elementu, to jest żywego ciała, można wytłumaczyć przez to, że ożywia go drugi element, zwany umysłem lub duszą rozumną.

¹²⁸ *Ibidem*. Tekst łaciński brzmi następująco: [...] Tamen attendendum est quod, quia anima requirit diversitatem in partibus, non eodem modo comparatur ad totum et ad partes: sed ad totum quidem primo est per se, sicut ad proprium et proportionatum perfectibile; ad partes autem per posterius, secundum quod habent ordinem ad totum. Wyrażenia 'pierwotnie' i 'wtórnie' nie należy tu rozumieć w sensie czasowym lecz logicznym.

Przykład dyskusji filozoficznej na temat statusu chorych z zaburzeniami świadomości

Stwierdzenia takie jak to, że „dusza mieszka w mózgu” i że „człowiek umiera dwa razy” ponieważ ‘najpierw umiera jego mózg a potem reszta ciała’, które padają z ust lekarzy w czasie dyskusji na temat śmierci mózgowej, są przykładami myślenia filozoficznego (dokładniej – kartezjańskiego), nie zaś medycznego, które powinno odwoływać się wyłącznie do empirii. Myślenie to cechuje podkreślanie dualizmu ciała i umysłu, oraz pozornie zdroworozsądkowa skłonność do lokalizowania umysłu oraz „człowieczeństwa” czy też „cech osobowych” jedynie w mózgu człowieka.

Veatch, wraz ze swoją koncepcją zdolności moralnej człowieka, tylko pozornie rozwiązał problem związany z faktem, że ciało dawców ma wszelkie cechy żywego organizmu, sami zaś dawcy uznawani są, w myśli kryteriów ŚM, za zmarłych. Uznał on wprawdzie, że nie można u osób w ŚM mówić o śmierci ich ciała, jednak kryterium śmierci stała się dla niego nieodwracalna utrata świadomości. W ten sposób Veatch powrócił do psychologicznej interpretacji ŚM. Przeciwstawił się takiemu rozumowaniu Persson, który pokreślił, że konieczna jest unitarna koncepcja życia i śmierci człowieka, niezależna od fazy życia i relacji do świadomości, a więc wiążąca te fenomeny w sposób konieczny z życiem i śmiercią ciała czyli ludzkiego organizmu jako całości niezależnie od tego, czy ma on rozwinięty mózg, a jeśli tak, to w jakim on jest stanie.

Trzeba w tym miejscu jeszcze raz podkreślić, że utożsamienie „ja” z mózgiem nie jest czymś nowym i krytyka takiego rozumowania jest podejmowana przez uczestników debaty na temat ŚM. Jest to pogląd, który nie wynika z badań empirycznych, lecz jest poglądem filozoficznym. „Ja” jest bowiem niemierzalne i nieobserwowalne (w oderwaniu od ciała), nie mieści się zatem w zakresie badań nauk przyrodniczych. Utożsamienie „ja” rozumianego jako osoba, z mózgiem, jest właśnie przykładem „mózgowego szowinizmu” (słowa Shewmona) o kartezjańskich korzeniach. W tym ujęciu człowieka ujmuje się dualistycznie, osobę utożsamia się z myślą, a myśl – z mózgiem. Wtedy też mózg staje się jedyną „tkanką wcielającą ludzki umysł” lub też miejscem zamieszkiwania ludzkiej osoby. Jest to niemal dokładne naśladownictwo Kartezjusza, który nierozciąglą rzecz myślącą – *res cogitans*, utożsamiał z myślącym „ja” i umieścił w szyszynce.

W tradycji platońskiego i kartezjańskiego dualizmu można ujmować osobę ludzką w opozycji do jej sfery biologicznej; w ostateczności nawet tak, jak zrobił to Veatch, mówiąc o żywym człowieku, który nie jest osobą. Istota ludzka pozbawiona cech osobowych, czyli egzystujące, żywe ludzkie ciało bez świadomości, jest teoretycznym uzasadnieniem różnych praktyk w medycynie, w tym odłączania od żywienia i wody pacjentów w przetrwałym stanie wegetatywnym (PSW), oraz pobierania narządów od pacjentów w ŚM. W pierwszym przypadku oficjalnie mówiło się o nieodwracalnej utracie świadomości u pacjentów w PSW

i o tym, że w takim razie ich karmienie, podawanie wody i leczenie jest dla nich tylko rodzajem uporczywej terapii, czyli czymś niepotrzebnym a nawet dla nich szkodliwym. Skazywanie pacjentów w PSW na śmierć z pragnienia i głodu nie byłoby możliwe, gdyby w gruncie rzeczy nie traktowano ich jak, by użyć terminologii Veatcha, „nieosobowych istot ludzkich”. Skutki takiego myślenia widać jeszcze wyraźniej w przypadku pacjentów z diagnozą ŚM. Usiłuje się dowieść, że nawet jeśli ich ciała żyją, to nie oznacza to życia osób ludzkich, życia osobowego.

Stanowisko Veatch'a i Persson'a w sprawie definicji śmierci i określenia jej kryteriów są niekonsekwentne. Bierze się ono stąd, że chcieliby, aby śmierć była czymś jasno i wyraźnie określonym (i czasowo i prawnie) ale zarazem, jeden z nich z mniejszym, drugi zaś z większym oporem, rezygnują z kryterium biologicznego śmierci człowieka na rzecz kryteriów: psychologicznego (śmierć jest utratą świadomości w sposób nieodwracalny) i społecznego (śmierć jest stanem, którego kryteria ustala społeczność w sposób dowolny). Odejście od kryterium biologicznego prowadzi do rozwijania koncepcji osoby w pozycji do jej ciała, aż do zaakceptowania możliwości istnienia ludzkiej istoty, która nie byłaby osobą (*human living nonpersons*)¹²⁹. Jest to konieczny, z punktu widzenia prawa, warunek aby można było z tymi istotami ludzkimi postępować w sposób, który byłby nie do pogodzenia ze statusem osoby ludzkiej: chodzi tu o to, że prawo bierze w obronę jedynie osoby, nie zaś ludzkie ciała, którym status osoby nie przysługuje.

Postulat rezygnacji z zasady martwego dawcy

Wydaje się, że kryteriów mózgowych śmierci człowieka nie da się obronić na dłuższą metę. Ich krytyka może wynikać m.in. z powodu moralnych, braku zgody na pobieranie narządów do przeszczepu od osób jeszcze żyjących. Może jednak być powodowana właśnie chęcią zwiększenia ilości pobieranych do przeszczepu narządów. Niektórzy autorzy uważają, że można by pobierać narządy od wszystkich osób, które wyraziłyby na to zgodę w sposób świadomy i dobrowolny jeśli działanie to nie wyrządzałyby im znaczniejszej szkody. Troug twierdzi że, wobec zapotrzebowania na narządy do przeszczepu, jest to konieczne, ponieważ “koncepcja śmierci mózgowej nie daje się uzgodnić z żadnym spójnym biologicznym czy też filozoficznym rozumieniem śmierci”¹³⁰ i sama jest rodzajem umowy społecznej, takim samym jakim byłaby zgoda na pobieranie narządów od znieczulonych, żyjących jeszcze dawców, którzy przedtem wyrazili na to zgodę.

¹²⁹ R.M. Veatch, *The Death of Whole – Brain Death: ‘The Plague of the Disaggregators, Somaticists, and Mentalists’*, “Journal of Medicine and Philosophy”, 2005 (30), s. 367.

¹³⁰ Troug odrzuca koncepcję śmierci mózgowej z pozycji zwolennika zwiększenia puli dawców do przeszczepów, które byłyby możliwe dzięki zrezygnowaniu z niej, por.: R.D. Troug, *Role of brain death and the dead donor rule in the ethics of organ transplantation*, “Critical Care Medicine”, 2003, 31, No. 9, s. 2391-2395.

Liczni autorzy odnoszą się z rezerwą do samej teorii śmierci mózgowej oraz do procedur, które towarzyszą jej orzekaniu. Autorzy ci twierdzą, że ciała pacjentów w ŚM są żywe^{131,132}. W większości zgadzają się też poglądem, że stosowanie badania bezdechu w trakcie orzekania ŚM wobec chorych zagrożonych obrzękiem mózgu powoduje dalsze uszkodzenie mózgu i dlatego nie tyle weryfikuje, co wywołuje uszkodzenie mózgu¹³³. Podobnie należy ocenić niestosowanie czasowego schłodzenia całego ciała pacjenta zagrożonego obrzękiem mózgu. Hipotermia jest metodą, która w sposób najbardziej efektywny chroni mózg pacjenta przed możliwością powstania obrzęku. Jej zaniechanie może być powodem wytworzenia się u chorego z przebyłym urazem mózgu zmian nieodwracalnych¹³⁴.

Propozycje zmian regulacji prawnych odnośnie do stawiania diagnozy ŚM

Regulacje prawne, które obowiązują w większości krajów świata cechuje brak poszanowania przekonań religijnych, światopoglądowych i etycznych przynajmniej tej części społeczeństw tych krajów, która nie uznaje ŚM za śmierć człowieka. Dlatego, zdaniem wielu autorów, należałoby zmienić przepisy prawa w tych krajach tak, aby przekonania obywateli, którzy nie zgadzają się z koncepcją śmierci mózgowej oraz pobieraniem narządów od dawców z niebijącym sercem, zostały uszanowane. Modelowe są tu rozwiązania zawarte w prawie japońskim¹³⁵ oraz rozwiązania obowiązujące w stanach New Jersey i New York w Stanach Zjednoczonych¹³⁶, gdzie nie wolno postawić diagnozy ŚM osobie, która nie uważa ŚM za śmierć człowieka. W celu wprowadzenia takich rozwiązań konieczna jest publiczna debata na te tematy. Należy również odejść od zasady domniemanej zgody na pobieranie narządów do przeszczepu i zastąpić ją zgodą wyrażoną osobiście przez każdego w sposób pozytywny.

W Wielkiej Brytanii począwszy od 1995 r. zaprzestano używania nazwy „śmierć mózgowa”. Stało się tak w wyniku toczącej się debaty, w trakcie której Pallis, współautor kryteriów do orzekania ŚM w tym kraju, przyznał w końcu, że nie jest technicznie możliwe, by, zanim dojdzie do zatrzymania krążenia, stwierdzić z całą pewnością, że wszystkie funkcje całego mózgu zostały całkowicie i nieod-

¹³¹ D.A. Shewmon, *The Brain and Somatic...*

¹³² R.D. Truog, *Brain Death – Too Flawed to Endure, Too Ingrained to Abandon*, „The Journal of Law, Medicine & Ethics”, 2007, 35 (2), s. 276.

¹³³ C.G. Coimbra, *op. cit.*, s. 1479-1487.

¹³⁴ *Ibidem*.

¹³⁵ M. Morioka, *op. cit.*, s. 41-46.

¹³⁶ A.M. Capron, *op. cit.*, s. 1244-1246.

wracalnie utracone^{137, 138, 139} oraz „kliniczna diagnoza ‘śmierci całego mózgu’ jest w tym znaczeniu fikcją”¹⁴⁰.

Stwierdzenie Pallisa na temat niewystarczalności opracowanych przez niego kryteriów klinicznych ŚM dla oceny rzeczywistego stanu mózgu pacjentów miało swoje konsekwencje. Jego przyznanie się do błędu w ocenie jakości proponowanych przez siebie kryteriów ŚPM skłoniło komisję o nazwie Conference of the Medical Royal Colleges and U.K. Faculties w roku 1995, do rezygnacji z używania takich terminów, jak „śmierć mózgowa” (*brain death*) i „śmierć pniowa” lub inaczej „śmierć pnia mózgu” (*brainstem death*)¹⁴¹. Na ich miejsce wprowadzono dość dziwnie brzmiące określenie, takie jak: „nieodwracalna utrata zdolności do świadomości, połączona z nieodwracalną utratą zdolności oddychania”¹⁴².

Zmieniła się terminologia, jednak Conference of the Medical Royal Colleges and U.K. Faculties nadal dąży do tego, aby zespół chorobowy, który był określany jako ŚM, uznawany był za „równoważny ze śmiercią osoby”¹⁴³ i to na podstawie tych samych kryteriów, na mocy których diagnozowano stan śmierci mózgowej. Proponuje się nawet, aby dawcami narządów mogły zostawać osoby w PSW¹⁴⁴.

W Stanach Zjednoczonych, gdzie debata na temat ŚM stale się toczy, Rada Prezydencka Do Spraw Bioetyki¹⁴⁵ w 2008 r. zaproponowała zastąpienie terminu *brain death* określeniem *total brain failure*. Oznacza to zastąpienie nazwy brzmiącej w języku polskim „śmierć mózgowa” nazwą „całkowita dysfunkcja mózgu”, podobnie jak to miało miejsce wcześniej w Wielkiej Brytanii. Jest to poważna zmiana w interpretowaniu śmierci mózgowej. Uzasadnieniem tej zmiany jest stwierdzenia, zawarte w raporcie komisji, że:

[...] jeśli bycie żywym jako biologiczny organizm wymaga bycia całością, która jest czymś więcej niż tylko sumą jej części, byłoby czymś trudnym zaprzeczyć, że ciało pacjenta z całkowitą dysfunkcją mózgu może nadal być żywe, przynajmniej w niektórych przypadkach.¹⁴⁶

¹³⁷ Por. C. Pallis, *Defining death*, „British Medical Journal”, 1985, 291, s. 666.

¹³⁸ Por. D.W. Evans, *The demise of “brain death”...*, s. 149-150.

¹³⁹ Por. *ibidem*, s. 150. Evans cytuje: C. Pallis, D.H. Harley, *ABC of Brain Stem Death*, 2nd ed., BMJ Publishing Group, London 1996, s. 30.

¹⁴⁰ C. Pallis, D.H. Harley, *op. cit.*, s. 30.

¹⁴¹ D.W. Evans, *Brain stem death*, „Journal of the Royal College of Physicians”, London, 1996, 30, s. 88.

¹⁴² D.W. Evans, *The demise of “brain death”...*, s. 150.

¹⁴³ L. Walton, *Review of John Spiers: Who Owns our Bodies? Making Moral Choices*, „British Medical Journal”, 1997, 314, s. 527.

¹⁴⁴ R. Hoffenberg *at. al.*, *Should organs from patients in permanent vegetative state be used for transplantation?*, „Lancet”, 1997 (350), s. 1320-1321.

¹⁴⁵ Por. President’s Council on Bioethics, *Controversies in the Determination of Death*, 2008.

¹⁴⁶ Jest to reakcja na argumenty wysuwane przez Shewmona i innych autorów, którzy twierdzili, że ciała pacjentów z diagnozą ŚM nie są martwe.

Oznacza to odrzucenie uzasadnienia ŚM zawartego w raporcie Komisji Prezydenckiej z 1981 r.¹⁴⁷, a odwołującego się do teorii mózgu jako centralnego integratora. Jest to niewątpliwie reakcja na argumenty na temat stanu somatycznego pacjentów z diagnozą ŚM zamieszczonych wyżej. Rada podtrzymała odwołanie się do zasady martwego dawcy bazującej na kantowskiej zasadzie nietraktowania istot ludzkich jedynie jako środków do jakiegoś celu oraz odrzuciła koncepcję śmierci jako trwałej utraty świadomości, czyli „śmierci korowej” (*higher brain death*). Rada odrzuciła też uzasadnienia społeczne ŚM zawartego w raporcie harwardzkim z 1968 r. (*social construct approach*).

Bardzo istotny jest właśnie ten ostatni fakt. Jest to uznanie prawdy, że argumentacja na której oparli się autorzy Raportu Harwardzkiego była utylitarystyczna i w rzeczywistości nie odwoływała się do biologicznego rozumienia śmierci mózgowej, które pojawiło się dopiero później w raporcie Komisji Prezydenckiej z 1981 roku. Z drugiej strony, uznanie wystąpienia śpiączki i bezdechu jako symptomów całkowitej dysfunkcji mózgu wydaje się niemożliwe do obrony od strony naukowej. Żaden z tych symptomów wziętych osobno nie oznacza śmierci człowieka. Brak symptomów świadomości występuje w przetrwałym stanie wegetatywnym, który nie został uznany za równoznaczny ze śmiercią człowieka. Podobnie brak samodzielnego oddechu występuje przy wysokim uszkodzeniu rdzenia kręgowego i pacjenci, u których do tego doszło byli po jakimś czasie świadomi i mogli normalnie rozmawiać.

Stanowisko Kościoła Katolickiego w sprawie PSW oraz ŚM

Zagadnienie statusu chorych w PSW i mających inne zaburzenia świadomości doczekało się oficjalnych orzeczeń ze strony Kościoła Katolickiego. W 2004 r., na zakończenie Kongresu Lekarzy Katolickich w Rzymie papież Jan Paweł II¹⁴⁸ powiedział m.in.:

Człowiek, nawet ciężko chory lub niezdolny do wykonywania bardziej złożonych czynności, jest i zawsze pozostanie człowiekiem, nigdy zaś nie stanie się „rośliną” czy „zwierzęciem”. Także i nasi bracia, którzy znajdują się w klinicznym stanie „wegetatywnym” w pełni zachowują swą ludzką godność. Nadal spoczywa na nich miłujące spojrzenie Boga, który postrzega ich jako swoje dzieci, potrzebujące szczególnej opieki.

Oznacza to, że długa batalia toczona przez wielu ludzi o wypracowanie właściwego ujęcia teologicznego, dotyczącego sytuacji chorych w stanie wegetatywnym i stanach do niego zbliżonych, zakończyła się sukcesem. Inną rzeczą jest

¹⁴⁷ Por. 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*, US Government Printing Office, Washington, DC 1981.

¹⁴⁸ Jan Paweł II, *Przemówienie do uczestników kongresu 'Terapie podtrzymujące życie a stan wegetatywny: postępy nauki i dylematy etyczne'*, „L'Osservatore Romano”, 2004, 6.

problem, na ile może się to przełożyć na polepszenie sytuacji tych chorych. Samo jasne określenie ich sytuacji od strony moralnej ma jednak wielkie znaczenie.

Podobne stanowisko Kościoła Katolickiego w sprawie koncepcji śmierci mózkowej jeszcze nie istnieje¹⁴⁹. W 1985 i 1989 r. Papieska Akademia Nauk zajęła się tym samym tematem. W obu spotkaniach wziął udział Jan Paweł II, a razem z nim grupa wybitnych lekarzy, naukowców, filozofów i teologów. Papież Jan Paweł II postawił wówczas pytanie zawarte *implicite* już w poprzednich dokumentach Kościoła na temat śmierci człowieka: „Na czym polega śmierć osoby ludzkiej?”. W dokumencie wydanym na zakończenie obu sesji znalazła się odpowiedź zgodna z opinią większości środowisk medycznych, w której mówi się, że gdy „dojdzie do nieodwracalnego ustania wszystkich funkcji mózgu, nawet jeśli działanie serca i oddychanie [...] są sztucznie podtrzymywane”, wtedy śmierć może być stwierdzona^{150, 151}.

Furton¹⁵² podkreśla, że w Karcie Pracowników Służby Zdrowia wydanej w roku 1993 wyrażono podobną opinię¹⁵³. Również Biesaga zauważa, że w Karcie Pracowników Służby Zdrowia stwierdza się, że:

[...] aby osoba była uważana za zmarłą, wystarczające jest stwierdzenie śmierci mózkowej dawcy, która polega na „nieodwracalnym ustaniu wszystkich funkcji mózgu”. Po pewnym stwierdzeniu śmierci mózgu, to jest po należytej weryfikacji, można przystąpić do pobrania narządów^{154, 155}

Jan Paweł II wypowiedział się w podobny sposób w trakcie Kongresu Światowego Towarzystwa Transplantologicznego w Rzymie w 2000 r.:

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 mózkowej, jeśli jest rygorystycznie stosowane, nie wydaje się pozostawać w sprzeczności z istotnymi założeniami rzetelnej antropologii.¹⁵⁶

¹⁴⁹ Dotychczasowe wypowiedzi Piusa XII, Jana Pawła II i Benedykta XVI na temat śmierci mózkowej uzależniają stanowisko Kościoła od zgodności opinii na ten temat w środowisku medycznym.

¹⁵⁰ Por.: Jan Paweł II, *Discourse of John Paul II to the Participants of the Working Group*, [w:] R.J. White, ed., Working Group on the Determination of Brain Death and its Relationship to Human Death; 10–14 December 1989, Pontifical Academy of the Sciences, Vatican City 1992, s. xxvii. Przedruk jako: *Determining the Moment When Death Occurs*, “Origins”, January 11, 1990, 19, s. 126. Cf. *Evangelium vitae* (1995), przyp. 15.

¹⁵¹ *Papieska Akademia Nauk: Deklaracja o sztucznym przedłużaniu życia i dokładnym ustaleniu momentu śmierci z 21.10.1985*, [w:] K. Szczygieł (red.), *W trosce o życie*, s. 453-454.

¹⁵² E.J. Furton, *Brain Death, the Soul, and Organic Life*, [Japan-Lifeissues.net] [OMI Japan/Korea] 28.11.2002.

¹⁵³ *The Pontifical Council For Pastoral Assistance to Health Care Workers*, “The Charter For Health Care Workers”, Vatican City 1995, no. 87.

¹⁵⁴ T. Biesaga, *Ewolucja definicji śmierci*, *Medycyna Praktyczna Ginekologia i Położnictwo* 2006/03, 16.03.2006.

¹⁵⁵ *Papieska Rada ds. Duszpasterstwa Służby Zdrowia*, „Karta Pracowników Służby Zdrowia”, Watykan 1995, nr 87, s. 27. Jan Paweł II, *Do uczestników Kongresu Światowego Towarzystwa Transplantologicznego w Rzymie*, 29.08.2000, „L'Osservatore Romano”, 2000, 228, s. 11-12.

¹⁵⁶ *Ibidem*.

Z drugiej strony, Jan Paweł II 2003 r., w swoim przesłaniu z okazji Świątowego Dnia Chorych powiedział: „nie jest rzeczą moralnie akceptowalną powodować wprost okaleczenie ciała lub śmierć człowieka, nawet w celu opóźnienia śmierci innych osób”¹⁵⁷. Warto zauważyć, że problemy moralne związane z pobieraniem narządów do przeszczepów zasygnalizował Jan Paweł II również 1995 r. w encyklice *Evangelium Vitae*. Papież napisał w niej m.in.:

[...] nie możemy też przemilczeć istnienia innych, lepiej zamaskowanych, ale nie mniej groźnych form eutanazji. Mielibyśmy z nimi do czynienia na przykład wówczas, gdyby w celu uzyskania większej ilości organów do przeszczepów przystępowałyby się do pobierania tychże organów od dawców, zanim jeszcze zostaliby uznani według obiektywnych i adekwatnych kryteriów za zmarłych.¹⁵⁸

Wszystkie te wypowiedzi Kościoła Katolickiego na temat śmierci mózgowej nie oznaczają więc, że jego aprobata śmierci mózgowej jako śmierci osoby ludzkiej jest tym samym ostateczna. Trzeba w tym miejscu zauważyć, że nigdy nie była ona wyrażona w formie, która oznaczałaby, że jest to nauczanie nieomyślne. Wręcz przeciwnie, nawet jeśli papież akceptuje „całkowite i nieodwracalne ustanie wszelkiej aktywności mózgowej” jako śmierć człowieka, to stosuje tu zwrot „nie wydaje się pozostawać w sprzeczności”, który wyraża warunkowy charakter całej wypowiedzi. Ten warunkowy charakter zgody na koncepcję śmierci mózgowej wynikał zapewne z tego, że, aby mieć w tej materii pewność moralną, należałoby być pewnym, że środowisko lekarskie jako całość nie zgłasza pod adresem koncepcji śmierci mózgowej większych zastrzeżeń. Tymczasem nie jest to prawdą. Brak zgodności opinii na ten tak ważny temat dał się zauważyć w trakcie konferencji organizowanych w Rzymie przez *Academia Pro Vita*, będącą jedną z agend Kościoła Katolickiego. Shea podkreśla, że papież Jan Paweł II na kilka miesięcy przed swoją śmiercią „otworzył na nowo debatę”¹⁵⁹ oraz że „również papież Benedykt XVI nakazał podjąć na nowo tę debatę”¹⁶⁰.

Jego wypracowanie jest na pewno czymś koniecznym. Zadanie to spoczywa oczywiście nie tylko na organizacjach religijnych ale również na całych społeczeństwach poszczególnych krajów. Wszyscy musimy odpowiedzieć sobie na trudne pytania, związane z kwestią śmierci mózgowej czy też procedurami DCD. Brak odpowiedzi na te pytania może tylko odsunąć problemy, na które one wskazują i które będą czekały na swoje rozwiązanie. Rozwijająca się diagnostyka mózgu oraz nowe sposoby terapii podważają wiele z dotychczas obowiązujących pewników. Nowe metody leczenia, w tym regeneracja narządów, stają się obiecującymi kierunkami w medycynie, przy czym w przypadku mózgu, oznacza to również

¹⁵⁷ C. Glatz, *Vatican resuscitates issue of whether brain death means total death. Vatican Letter*, “Catholic News Service”, 2006, Sept. 15.

¹⁵⁸ Jan Paweł II, *Evangelium Vitae*, Księgarnia św. Wojciecha, Poznań 1995, s. 18.

¹⁵⁹ J.B. Shea, *Cardiac arrest, brain death, and organ donation: the inconvenient truth*, <http://www.thefreelibrary.com/Catholic+Insight/> Sept. 1, 2007.

¹⁶⁰ *Ibidem*.

pewną rewolucję pojęciową. Niektóre zmiany w mózgu, uznawane dotychczas za nieodwracalne, mogą nie być takimi w dającej się przewidzieć przyszłości. Jak wielkie miałyoby to znaczenie dla medycyny i samych chorych nie trzeba chyba nikogo przekonywać.

Problem osoby ludzkiej i jej praw

Temat osoby ludzkiej jako takiej, jest osobnym i wielkim tematem filozoficznym i teologicznym. Trudność sprawia tu znalezienie równowagi pomiędzy tym co w ujmowaniu człowieka jest duchowe i swoiście ludzkie i tym, co jest materialne. Dla nas istotne w tej dyskusji jest to, że zdaniem Arystotelesa, Boecjusza, św. Tomasza z Akwinu¹⁶¹ i wielu filozofów i teologów rozwijających ich myśl, nie można oddzielać osoby ludzkiej od jej ciała, jeśli chce się sensownie o niej mówić. Próby oderwania zagadnienia życia i śmierci człowieka od życia i śmierci jego ciała prowadzą do niepokonalnych trudności logicznych, etycznych oraz relatywizują tak ważne zagadnienia jak ‘życie’ i ‘śmierć’. Widać to na przykładzie koncepcji śmierci mózgowej. Zgodnie z jej kryteriami człowiek jest żywy lub martwy zależnie od ich doboru i regulacji prawnych obowiązujących w danym kraju.

Rozważmy w tym miejscu pewien przykład. Załóżmy że jakiś człowiek mający obywatelstwo zarówno polskie jak i niemieckie i będący w stanie ŚM orzeczoną na podstawie polskich kryteriów, czyli po ok. 9 godzinach od momentu rozpoczęcia obserwacji wstępnej został przewieziony do Niemiec, wtedy, przekraczając granicę, „zmartwychwstawałby” i stawał się na nowo osobą ludzką, będąc już wcześniej „zwłokami z bijącym sercem”. Dzieje się tak dlatego, że w Niemczech nie można orzekać ŚM w po tak krótkim czasie jak w Polsce i nasz pacjent znalazł się w Niemczech zanim upłynął konieczny do tego czas, a ponadto w tym kraju orzeczenie ŚM nie oznacza śmierci człowieka z prawnego punktu widzenia.

Załóżmy jednak, że ten wyjątkowy człowiek ma również obywatelstwo Wielkiej Brytanii (jak wiemy, takich ludzi nie brakuje). Gdyby więc jechał on dalej i dotarł do tego kraju, to, jeśli nie wyraził on w swojej Karcie Dawcy zgody na pobranie narządów do przeszczepu, nie tylko jest on żyjącą osobą, ale nigdy nie mona mu postawić diagnozy ŚM a tym bardziej określić go jako „zwłoki z bijącym sercem”. Załóżmy, że ten człowiekowi miał wyjątkowe szczęście i powrócił w końcu do zdrowia. Jak mogłaby wyglądać jego rozmowa a lekarzami, którzy postawili mu diagnozę śmierci mózgowej i uznali za zwłoki z bijącym sercem? Co na to prawo i sądy? Czy można ignorować fakt, że ponad 60% przypadków chorych z podejrzeniem ŚM może być wyleczonych i powrócić do normalnego życia jeśli nie przeprowadzi się wobec nich letalnego wręcz badania bezdechu w trakcie procedury orzekania śmierci mózgowej? Powyższe argumenty podważają prawo-

¹⁶¹ Por.: Św. Tomasz z Akwinu, *Summa Theologiae*, I a, Q. 76 art. 1.

mocność koncepcji ŚM. W tym przypadku mówi się o śmierci osoby ludzkiej, gdy jej ciało jest jeszcze żywe. Budzi to uzasadnione podejrzenie, że zachowanie ZMD gdy orzekana jest ŚM jest tylko pozorne. To zaś oznacza, że konsensus w sprawie oceny statusu dawców narządów jest naprawdę kruchy.

Jak widać, debata dotycząca problemów omawianych w niniejszej pracy trwa nadal i głosy, które się w niej pojawiają bywają krańcowo różne. Jeśli jednak ktoś uznaje, że ciało dawcy jest żywe i sądzi, że jeżeli ciało człowieka jest żywe, to znaczy, że żywy, jako osoba, jest człowiek, do którego ciało to należy, oraz, ponadto, ten ktoś uważa, że nie wolno pobierać ważnych dla życia narządów od żyjącego dawcy, gdyż to powoduje jego śmierć, wtedy jego sposób wnioskowania układa się w sekwencję, którą sformułował Jones¹⁶², jeden ze współautorów książki „Beyond Brain Death”. Zawiera ona trzy tezy: (1) Teza medyczna: Ciała pacjentów z diagnozą ŚM nie są martwe. (2) Teza filozoficzna: Osoba nie jest martwa, dopóki żyje jej ciało. (3) Teza moralna: Żyjący pacjent nie może być traktowany jako środek (narzędzie) dla dobra innego pacjenta.

Niewątpliwie należy dalej pracować nad tak ważnymi problemami dla dobra wszystkich chorych, zgodnie ze starożytną maksymą: *bonum aegroti – suprema lex esto*.

Fr. Jacek Maria Norkowski OP
The Brain Death Reconsidered—Is It a Tenable Concept?

Abstract

Since 1968 it has been recognized in the medical practice that irreversible coma connected with apnea can serve as a criterion of human death. This approach was first introduced in the so called Harvard Protocol. As a result of the work of this commission, the brain-based criteria of human death were quickly legally introduced in America and in most countries in the world. The only symptom on which death can be pronounced is, according to this new definition, the absence of spontaneous brain function. However, the acceptance of the new definition of death did not eliminate the old one completely. In many states both old and new definitions of death are legally valid. Practically, in these countries the alternative definition of death functions alongside the old one and diagnosis of death can be based both on the cardiac/respiratory and brain symptoms.

One of the few exceptions proved to be Japan. The law in this country does not provide a uniform answer to the question of what human death is. Instead, it allows people to choose between traditional death and brain death. The law states that if a person wants to be an organ donor after brain death has occurred, he or she must record that intention on a donor card or label beforehand. Those who object to brain death

¹⁶² Por. D.A. Jones, *Metaphysical Misgivings about “Brain Death”*, [w:] M. Potts, P.A. Byrne, R. Nilges, *op. cit.*, s. 115-116.

and transplantation do not need donor cards. They are considered to be alive until the heart stops beating. In this way the Japanese law respects the opinion of 20-40% of the society who do not believe in the brain death. The opinion of the same percentage of people in Western societies who oppose BD is ignored by their legal systems.

Initially the concept of BD did not cause a lot of controversy but this situation changed in the nineties of the last century. Since then many authors have criticized the validity of the brain-based criteria of death. They maintain that it is impossible to declare the absence of all the functions of the whole brain on the basis of the clinical tests supposed to detect it. There may be present some level of consciousness in brain death (BD) patients and therefore, they may feel pain. It is significant that 27% of the members of the teams which perform the excision of the heart for transplantation think that they are killing a living person and that in many countries during this operation a normal general anesthesia is required because of the vivid reaction of the body of the patient.

The opponents of the brain death theory stress that the accurate examination of the so-called brain dead persons shows the persistence of the functions of significant parts of their brains. There are EEG waves recorded in 20-40% of BD patients. Event related potentials (ERP) show the reaction to verbal and non-verbal stimuli and the hormone production by the brain tissue can be detected in many BD people.

The proper treatment could not only significantly prolong lives of the BD patients, but around 60% of possible donors with the lowest result of 3 in Glasgow Coma Scale could be restored to normal life if their brain edema is properly treated. This treatment should be based on the therapeutic hypothermia connected with the application of the thyroid hormones, whose level is usually too low in the patients with the brain injury.

There is a growing lack of consensus regarding the issue of brain death, especially among physicians. Some regard brain death as a biological one, some as the death of the person but not of the human body, and the rest, as a definition accepted by the society, which doesn't require other legitimacy than the freely chosen criteria.

The brain death concept is also criticized from the philosophical point of view. The strength of the brain death theory was based on the premise that the brain is the integrating center of the body. According to this argument, the death of the brain means that the organism ceases to exist for it is no longer a functioning whole. To this argument the opponents of the brain death concept say that this question is not a question a priori but an empirical one and that the empirical data validate the opposite opinion, which says that the bodies of brain dead patients are alive. Some widely known cases show that even the real death of the entire brain means the death of the body and, therefore, may not signify the death of a human person. The integration of the body is the function of the organism as a whole and not of a single organ, even if this organ is the brain.

This point of view can be confirmed by the opinion of St. Thomas Aquinas who says that the soul is primarily and per se connected with the body as a whole as the proportionate perfectible and only secondarily with the parts of the body, according to their ordination to the whole. So, the death of any single organ does not preclude the union of the soul with the rest of the body as a living whole.

Moreover, the terms such as "consciousness" and "person" should not be identified. The term such as "human living nonpersons", proposed by some bioethicists and referring to the people without consciousness has not been accepted in the official

documents concerning BD. Bodies of the BD people are alive, therefore, it is not right to use the term “brain death” to describe the state of these patients, but rather the term “brain failure” should be used. As the result, according to some authors, the dead donor rule should be abolished.

The Catholic Church stresses the sacredness of the human life from the beginning to the end. Therefore She requires that there be no doubts that the donor in BD is really dead. Because of the lack of consensus among physicians, philosophers and theologians, the popes John Paul II and Benedict XVI decided to continue the scientific research and discussion concerning BD between the representatives of various disciplines.

Keywords: brain death, brain edema, global ischemic penumbra, therapeutic hypothermia, consciousness, person, substantial form.