

P i o t r   G r z e g o r z   N o w a k

## Umiarkowanie liberalna koncepcja śmierci jako uzasadnienie dla neurologicznych kryteriów śmierci<sup>1</sup>

**Słowa kluczowe:** *definicja śmierci, neurologiczne kryteria śmierci, status moralny, trwały stan wegetatywny, President's Council on Bioethics, R.M. Veath, A. Shewmon, J. Lizza, J.L. Bernat, Ch.M. Culver, B. Gert*

Chociaż praktyka stwierdzania śmierci w oparciu o kryteria neurologiczne ma już niemal pół wieku, wciąż toczą się spory o to, czy stan fizjologiczny rozpoznawany za pomocą tych kryteriów – stan całkowitej niewydolności mózgu (tzw. śmierć mózgową<sup>2</sup>) – rzeczywiście jest tożsamy ze śmiercią człowieka. Uczestników dyskusji można podzielić na trzy główne grupy – konserwatywistów, zwolenników stanowiska umiarkowanego oraz liberałów (Nowak 2014: 152). Pierwsi twierdzą, że obecnie stosowane kryteria neurologiczne nie dają dostatecznej pewności co do śmierci pacjenta (Jonas 1969: 243–245; Shewmon 1998), drudzy przeciwnie, uznają, że stanowią one wiarygodne narzędzie rozpoznawania śmierci (Bernat, Culver, Geret 1981; President's Council on Bioethics 2008: 58–67), natomiast liberałowie uważają, że są one po pierwsze zbyt restrykcyjne (mogą uniemożliwiać zakwalifikowanie jako zmarłych wszystkich pacjentów, którzy nie żyją), a po drugie opierają się na błędnej

---

<sup>1</sup> Artykuł powstał w ramach projektu badawczego „Sprawiedliwość w opiece zdrowotnej” nr 2013/08/A/HS1/00079 finansowanego przez Narodowe Centrum Nauki.

<sup>2</sup> Określenie „śmierć mózgową” z góry rozstrzyga, czy człowiek znajdujący się w tak nazwanym stanie jest żywy, czy martwy, dlatego będę unikał używania tego określenia i w zgodzie z propozycją President's Council on Bioethics (President's Council on Bioethics 2008: 12) będę posługiwał się opisowym terminem „całkowita niewydolność mózgu”.

filozoficznej koncepcji śmierci (Veath 2000; Lizza 1993). W prezentowanym artykule przedstawię argumentację na rzecz pewnej wersji umiarkowanie liberalnego stanowiska w sporze.

## **Definicja śmierci w prawie – Koncepcja Śmierci Całego Mózgu**

Zgodnie z prawem za zmarłą w oparciu o kryteria neurologiczne można uznać osobę, u której dochodzi „(...) do nieodwracalnego ustania wszystkich funkcji całego mózgu, włącznie z pniem mózgu”<sup>3</sup>. W praktyce, to, czy stan taki zaistniał, sprawdza się, przeprowadzając szereg szczegółowych badań, nieco odmiennych w różnych krajach na świecie (Wójcik 2013: 298). W Polsce są one podzielone na dwa etapy. W pierwszym dokonuje się szeregu stwierdzeń i wykluczeń. Stwierdza się, że u pacjenta doszło do nieodwracalnego uszkodzenia mózgu i znajduje się on w stanie śpiączki, której przyczyna została rozpoznana. Wyklucza się m.in. chorych, którzy ulegli zatruciu, noworodki poniżej siódmego dnia życia oraz osoby w stanie hipotermii. Następnie przechodzi się do kolejnego etapu, w którym ustala się obecność odruchów pniowych (np. rozszerzanie się źrenic pod wpływem światła) oraz trwałego bezdechu. Jeśli nie zaobserwuje się odruchów, a pacjent po odłączeniu od respiratora nie podejmie próby samodzielnego oddychania, stwierdza się, że doszło do całkowitej niewydolności mózgu (*total brain failure*), co uznaje się za równoznaczne ze śmiercią pacjenta<sup>4</sup>.

Pewne wątpliwości może budzić to, czy u każdego pacjenta znajdującego się w takim stanie rzeczywiście doszło do „nieodwracalnego ustania wszystkich funkcji całego mózgu”. Wiadomo, że u części z nich badanie EEG wykazuje aktywność elektryczną. Może być ona efektem tego, że gdzieś w mózgu

---

<sup>3</sup> Zob. Uniform Determination of Death Act (<http://legislature.maine.gov/legis/statutes/22/title22sec2811.html>); zob. także Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 17 lipca 2007 r. w sprawie kryteriów i sposobu stwierdzenia trwałego nieodwracalnego ustania czynności mózgu (<http://isip.sejm.gov.pl/DetailsServlet?id=WMP20070460547>). W niektórych krajach (np. w Wielkiej Brytanii, Austrii) przyjmuje się tzw. definicję nową, zmodyfikowaną, która zakłada, że śmierć człowieka następuje wtedy, gdy dochodzi do trwałej i nieodwracalnej utraty funkcji pnia mózgu (Wójcik 2013: 299; Szewczyk 2009: 137).

<sup>4</sup> Zwykle stwierdzenia całkowitej niewydolności mózgu dokonuje się w oparciu o badania kliniczne i nie trzeba przeprowadzać testów instrumentalnych. Tylko w niektórych sytuacjach, takich jak np. pierwotne podnamiotowe uszkodzenia mózgu, konieczne jest przeprowadzenie dodatkowych badań instrumentalnych (takich jak np. EEG lub ocena krążenia mózgowego); zob. Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 17 lipca 2007 r. w sprawie kryteriów i sposobu stwierdzenia trwałego nieodwracalnego ustania czynności mózgu (<http://isip.sejm.gov.pl/DetailsServlet?id=WMP20070460547>).

zachowane zostały żywe komórki nerwowe lub nawet całe izolowane gniazda neuronów (Veath 2000: 104–105). Broniąc zasadności stwierdzania śmierci w takich przypadkach można argumentować, że nie każda czynność mózgu jest jego funkcją (Becler 2015: 68; Wójcik 2013: 302), a sama aktywność elektryczna z pewnością nią nie jest. Tego rodzaju argumentacja wymaga oczywiście doprecyzowania, jakiego rodzaju aktywność mózgu stanowi jego funkcję, a jaka nie, co jest bardzo trudnym zadaniem (zob. Veath 2000: 105). Staje się ono jeszcze trudniejsze, gdy weźmie się pod uwagę, że u niektórych pacjentów z całkowitą niewydolnością mózgu zachowana jest czynność tylnej części przysadki mózgowej, dzięki czemu nie rozwija się u nich stan chorobowy określany mianem „mocznicy prostej” (President’s Council on Bioethics 2008: 37–68).

## Koncepcja Somatycznej Dezintegracji

Niezależnie od opisanej powyżej kontrowersji dotyczącej tego, czy stan całkowitej niewydolności mózgu zawsze spełnia wymogi prawnej definicji śmierci, można się zastanawiać, czy należy go uznawać za śmierć w świetle rozsądnej koncepcji filozoficznej. Zwolennicy stanowiska umiarkowanego, próbując uzasadnić utożsamienie stanu całkowitej niewydolności mózgu ze śmiercią człowieka, odwołują się do dwóch głównych koncepcji – do Koncepcji Somatycznej Dezintegracji Organizmu (Bernat, Culver, Geret 1981) lub do koncepcji Utraty Zdolności do Samozachowania (President’s Council on Bioethics 2008: 58–67)<sup>5</sup>. Wspólnym elementem obydwu uzasadnień jest odróżnienie śmierci we właściwym sensie, czyli śmierci człowieka jako całości od śmierci całości człowieka. Śmierć całego człowieka następuje wtedy, gdy obumiera ostatnia żywa komórka ciała, natomiast śmierć człowieka jako całości pojawia się wcześniej – gdy destrukcji ulega złożona całość, jaką jest człowiek.

Dwa konkurencyjne warianty uzasadnienia stanowiska umiarkowanego rozmiągają się jednak w kwestii wytłumaczenia, na czym polega śmierć człowieka jako całości (President’s Council on Bioethics 2008: 59–65). W świetle Koncepcji Somatycznej Dezintegracji człowiek umiera, jeśli układy oraz zespoły organów przestają ze sobą współpracować w sposób zintegrowany. Ma do tego dochodzić właśnie wtedy, gdy mózg staje się całkowicie niewydolny (Bernat, Culver 1981). Jednakże analizy przeprowadzone przez amerykańskiego neurologa Alana Shewmona pozwalają przypuszczać, że całkowita niewydolność mózgu nie musi się zawsze wiązać z somatyczną dezintegracją, a mózg nie jest

---

<sup>5</sup> Wprowadzone nazewnictwo jest moim własnym sposobem określania tych dwóch konkurencyjnych koncepcji.

wyłącznym „integratorem” organizmu. Shewmon (2001: 467–468) sporządził listę funkcji życiowych świadczących o zintegrowanym działaniu różnych układów, które mogą być obserwowane u pacjentów z całkowitą niewydolnością mózgu. Lista ta zawiera m.in. zachowywanie stanu homeostazy, gojenie się ran, zwalczanie infekcji, zachowywanie szczątkowych funkcji podwzgórza umożliwiających dojrzewanie płciowe dziecka, proporcjonalny wzrost ciała u dziecka oraz pomyślne zakończenie ciąży u kobiet ze stwierdzoną całkowitą niewydolnością mózgu. Shewmon opisał także przypadki pacjentów, u których część funkcji życiowych została zachowana przez bardzo długi czas – maksymalnie przez 14,5 roku u jednego z pacjentów (Shewmon 1998)<sup>6</sup>.

## Koncepcja Utraty Zdolności do Samozachowania

W odpowiedzi na krytykę ze strony Shewmona przedstawiciele stanowiska umiarkowanego sformułowali nową koncepcję śmierci, która została wyrażona w drugim stanowisku President’s Council on Bioethics w raporcie *Controversies in the Determination of Death* (President’s Council on Bioethics 2008: 58–68). Nowa koncepcja zakłada, że każdy żywy organizm umiera, gdy traci zdolność do samozachowania (*work of self-preservation*)<sup>7</sup>. Zdolność ta jest osiągnięta dzięki zaangażowaniu w wymianę ze światem zewnętrznym, która zależy z kolei od tego, czy organizm realizuje trzy podstawowe możliwości. W ich skład wchodzi:

- 1) otwartość na świat, rozumiana jako wrażliwość na bodźce i sygnały z otaczającego środowiska,
- 2) zdolność do działania w świecie, aby selektywnie pozyskiwać to, co odpowiada potrzebom,
- 3) odczuwanie na podstawowym poziomie potrzeby, która skłania organizm do działania w taki sposób, jaki jest konieczny, aby pozyskać to, co jest potrzebne i co jego otwartość przedstawia jako dostępne (President’s Council on Bioethics 2008: 61).

---

<sup>6</sup> Ostatecznie pacjent ten „przetrwiał” przez ponad 20 lat od momentu rozpoznania całkowitej niewydolności mózgu. Poprawność diagnozy została w tym przypadku potwierdzona po wykonaniu autopsji mózgu (Repertinger *et al.* 2006). Niektórzy podważają jednak poprawność diagnozy śmierci w innych przypadkach opisywanych przez Shewmona (President’s Council on Bioethics 2008: 55).

<sup>7</sup> Przez wyrażenie „zdolność do samozachowania” oddają pojawiające się w raporcie określenie „*work of self-preservation*”. Użyte tam słowo „*work*” mogłoby sugerować, że autorzy mają na myśli czynność, a nie zdolność. Jednakże z treści raportu wyraźnie wynika, że śmierć jest wiązana ze stanem, w którym organizm nieodwracalnie nie może wykonywać kluczowej czynności. Jest to więc stan, w którym utracona została zdolność.

Uzasadnienie stosowania neurologicznych kryteriów śmierci polega na wykazaniu, że badania stosowane do stwierdzania całkowitej niewydolności mózgu sprawdzają, czy organizm ludzki może realizować te trzy fundamentalne możliwości w ich skonkretyzowanej dla wyżej rozwiniętych organizmów formie. Jak zauważają autorzy raportu (President's Council on Bioethics 2008: 61–65), głównym celem tych badań jest stwierdzenie łącznej obecności nieodwracalnej śpiączki oraz braku zdolności do samodzielnego oddychania. Stwierdzenie nieodwracalnej śpiączki pozwala ustalić, czy pacjent jest nieświadomy – obecność świadomości również w jej najbardziej rudymenarnej postaci dowodzi, ich zdaniem, otwartości organizmu na świat (podstawowa możliwość nr 1). Natomiast zdolność do samodzielnego oddychania może być traktowana jako realizacja trzeciej fundamentalnej możliwości, a w konsekwencji może być także traktowana jako realizacja możliwości nr 1 i 2. Jeżeli organizm posiada zdolność do oddychania, to oznacza, że na podstawowym poziomie doznawana jest potrzeba, która kieruje nim do działania koniecznego, aby uzyskać to, co jest potrzebne do zaspokojenia tej potrzeby, a zarazem to, co otwartość organizmu przedstawia mu jako dostępne. Skoro więc stan całkowitej niewydolności mózgu to stan, w którym pacjent nie może być zdolny do samodzielnego oddychania i nie może być świadomy nawet w najbardziej rudymenarnym sensie, to, zdaniem autorów raportu, można ten stan zasadnie utożsamiać ze śmiercią człowieka.

Struktura nowego uzasadnienia neurologicznych kryteriów śmierci przedstawia się więc w sposób następujący:

- I. Człowiek umiera we właściwym sensie, gdy umiera jako całość.
- II. Człowiek umiera jako całość, gdy traci zdolność do samozachowania.
- III. Zdolność do samozachowania jest osiągnięta dzięki zaangażowaniu w wymianę, jaką człowiek prowadzi ze światem zewnętrznym.
- IV. To, czy człowiek może prowadzić wymianę ze światem zewnętrznym, zależy od realizacji podstawowych możliwości (1–3).
- V. Człowiek, który nie może samodzielnie oddychać i jest nieświadomy, nie realizuje podstawowych możliwości (1–3).
- VI. Stan całkowitej niewydolności mózgu to stan, w którym człowiek nie może samodzielnie oddychać i jest nieświadomy.
- VII. Obecnie stosowane badania pozwalają na wiarygodne rozpoznawanie stanu całkowitej niewydolności mózgu.
- VIII. Stan całkowitej niewydolności mózgu może być utożsamiony ze śmiercią we właściwym sensie, a obecnie stosowane badania neurologiczne pozwalają go wiarygodnie rozpoznawać.

## Główny zarzut względem Koncepcji Utraty Zdolności do Samozachowania

Utożsamienie stanu całkowitej niewydolności mózgu ze śmiercią człowieka w oparciu o koncepcję Utraty Zdolności do Samozachowania także budzi szereg wątpliwości. W prezentowanym tekście chcę zwrócić uwagę na kilka nowych zarzutów<sup>8</sup>. Przede wszystkim, pomimo obszernych wyjaśnień, nie jest jasne, jaką rolę w nowej koncepcji pełni „zdolność do samozachowania”. Zgodnie ze zwykłym znaczeniem tego wyrażenia należałoby oczekiwać, że organizm, który posiada „zdolność do samozachowania”, spełnia warunki wystarczające do dalszego przetrwania. Jednakże jeśli przyjmie się tę interpretację, to łatwo zauważyć, że stan całkowitej niewydolności mózgu nie jest jedyną kondycją, w której ludzki organizm traci tę zdolność (Nowak 2015). W zasadzie wszyscy poprawnie zdiagnozowani pacjenci w stanach terminalnych nie posiadają tak rozumianej „zdolności do samozachowania”. Są nieuleczalnie chorzy, przez co z definicji nie mogą zapewnić sobie tego, co wystarcza do dalszego przeżycia (Krakowska 2009: 1–2). Mimo to absurdem byłoby twierdzić, że pacjenci ci nie żyją.

Należy więc raczej sądzić, że „zdolność do samozachowania” w raporcie President’s Council on Bioethics jest rozumiana w jakiś niestandardowy sposób. Do takiej interpretacji skłania obecność przesłanki nr III – „Zdolność do samozachowania jest osiągnięta dzięki zaangażowaniu w wymianę, jaką człowiek prowadzi ze światem zewnętrznym”. Przyjęcie tej przesłanki świadczy o tym, że w rozumieniu President’s Council on Bioethics prowadzona przez organizm wymiana ze światem zewnętrznym jest warunkiem wystarczającym do posiadania zdolności do samozachowania, co zupełnie nie zgadza się z intuicjami językowymi. Tego rodzaju przedefiniowanie pojęć wymaga solidnego uzasadnienia, którego brak w stanowisku President’s Council on Bioethics.

Nowa koncepcja śmierci powinna dawać podstawę dla wyróżnionego traktowania jednego z wielu warunków koniecznych do przetrwania organizmu. Powinna wskazywać, dlaczego właśnie nieobecność wymiany ze światem (w formie samodzielnego oddychania i świadomości) może stanowić kryterium śmierci, a inne warunki konieczne do dalszego przetrwania organizmu (takie np. jak niebycie chorym na nieuleczalną chorobę) na kryteria śmierci się nie nadają.

---

<sup>8</sup> W sprawie innych zarzutów wobec Koncepcji Utraty Zdolności do Samozachowania zob. np. Shewmon 2009; Brugger 2013; Miller, Truog 2009; Lizza 2009.

## Uniwersalny i biologiczny paradygmat w definiowaniu śmierci

Można spekulować, co skłoniło członków President's Council on Bioethics do popełnienia tego rodzaju błędu. Sądzę, że przyczyną mogła być ambicja, aby zachować uniwersalny i czysto biologiczny charakter definicji śmierci (President's Council on Bioethics 2008: 49–52). Zwolennicy stanowiska umiarkowanego podkreślają często, że koncepcja śmierci powinna być taka sama dla wszystkich organizmów (lub przynajmniej dla wszystkich wyżej rozwiniętych organizmów), ponieważ śmierć jest zjawiskiem biologicznym i w równej mierze dotyczy wszystkich istot żywych. Koncepcja Somatycznej Dezintegracji spełniała ten warunek – jeśli śmierć rozumie się jako rozpad funkcjonalnej całości, to tego rodzaju pojęcie może się stosować zarówno do ludzi, wyżej rozwiniętych zwierząt, a być może także do całkiem prostych form życia, takich jak organizmy jednokomórkowe. Także Koncepcja Utraty Zdolności do Samozachowania na pierwszy rzut oka wpisuje się w paradygmat uniwersalizmu biologicznego – „zdolność do samozachowania” posiadają wszystkie organizmy żywe, choć może się ona rozmaicie przejawiać w poszczególnych przypadkach.

Jednakże „zdolność do samozachowania”, jeśli rozumieć przez to pojęcie spełnianie koniecznych i wystarczających warunków do dalszego przetrwania, z definicji musi mieć relacyjny charakter. Pojęcie to jest podwójnie zrelatywizowane – względem poszczególnych gatunków i ich typowych warunków życia oraz względem poszczególnych jednostek i konkretnych warunków życia. Czego innego do przetrwania potrzebują typowe ośmiornice w swoim typowym środowisku, a zupełnie czego innego potrzebują typowi ludzie w normalnych warunkach. Również konkretni ludzie oraz konkretne ośmiornice mogą się różnić pod tym względem między sobą. Na bezludnej wyspie Jan może mieć zdolność do samozachowania, a częściowo sparaliżowany Marian nie, choć obydwaj posiadaliby tę zdolność w każdym z europejskich miast i obydwaj nie posiadaliby jej, przebywając bez specjalistycznego ekwipunku na Mount Everest. Jeśli nie dokona się relatywizacji „zdolności do samozachowania”, pojęcie to staje się puste.

Wydaje się więc, że oparcie koncepcji śmierci na zdolności do samozachowania jest zabiegiem czysto technicznym, który ma pozwolić na czysto techniczne zastosowanie jednej koncepcji śmierci do wszystkich organizmów. W praktyce wspomniana podwójna relatywizacja prowadzi jednak do skrajnego pluralizmu – każdy organizm ma swoją własną, zindywidualizowaną zdolność do samozachowania i w związku z tym umiera w zgodzie z kryteriami swojej własnej, zindywidualizowanej koncepcji śmierci.

## Umiarkowanie liberalna koncepcja śmierci

Próby sformułowania wspólnej dla wszystkich wyżej rozwiniętych organizmów, czysto biologicznej koncepcji śmierci zawodzą. Nie sądzę jednak, aby należało się szczególnie przejmować tymi niepowodzeniami, ponieważ, chociaż ważną rzeczą jest, aby koncepcja śmierci zachowała uniwersalny charakter, to jednak nie ma silnych racji przemawiających za przyjęciem paradygmatu czysto biologicznego. Główny argument, jaki podają jego zwolennicy, sprowadza się do wskazania, że definicja, która opiera się na filozofii i etyce, musi być kontrowersyjna (President's Commission for the Study of Ethical Problems in Medicine and Biomedical and Behavioral Research 1981: 38–41). W tej części artykułu wykazę, że istnieją poważne powody przemawiające za przyjęciem rozumienia śmierci, które odwołuje się do rozstrzygnięć etycznych.

Zauważmy, że opiekujący się krytycznie chorym pacjentem lekarz nie występuje przede wszystkim w roli badacza lub teoretyka, lecz raczej w roli terapeuty, a jego głównym zadaniem jest działanie na rzecz dobra pacjenta w zgodzie z wiedzą medyczną<sup>9</sup>. Kwestia śmierci powinna lekarza interesować właśnie w tym kontekście, a nie z perspektywy czysto naukowej. Nauka opisuje fakty, które, jeśli są pozbawione normatywnej interpretacji, są moralnie obojętne i jako takie nie mogą mieć znaczenia dla procesu podejmowania decyzji o charakterze etycznym. Z tego powodu również dla rodziny oraz społeczeństwa istotne jest nie to, kiedy pacjent umarł w sensie biologicznym, lecz kiedy adekwatne są pewne sposoby postępowania lub postawy, które tradycyjna moralność uznaje za właściwe w stosunku do zmarłych, a niewłaściwe w stosunku do żywych (Veath 2000: 54–55). Gdy zadawane jest pytanie o śmierć pacjenta, rzeczywistym przedmiotem zainteresowania ze strony lekarza, rodziny czy społeczeństwa są różne kwestie:

- 1) Czy pacjent może doznawać jakiegoś dobra lub szkody?
- 2) Czy należy zrezygnować z zabiegów terapeutycznych?
- 3) Czy można przeprowadzić sekcję zwłok?
- 4) Czy należy rozpocząć żałobę?
- 5) Czy należy zorganizować pochówek?
- 6) Czy można pobrać narządy do przeszczepu?

Przed rozwojem technologii medycznych stosowanych na oddziałach intensywnej opieki medycznej dało się wyróżnić jeden moment, w którym na pytanie nr 1 padała odpowiedź „nie”, a na pytania 2–5 padała odpowiedź

---

<sup>9</sup> Zob. np. art. 2 Kodeksu etyki lekarskiej ([http://www.nil.org.pl/\\_data/assets/pdf\\_file/0003/4764/Kodeks-Etyki-Lekarskiej.pdf](http://www.nil.org.pl/_data/assets/pdf_file/0003/4764/Kodeks-Etyki-Lekarskiej.pdf)).



„tak”. Możliwe, że rozwój technologiczny, wydłużając i przeobrażając proces umierania, sprawił, iż nie ma już jednego momentu, w którym dałoby się w taki sposób rozstrzygać te kwestie (Veath 2000: 56–57). Na dodatek w związku z pojawieniem się chirurgii transplantacyjnej istnieje możliwość pobierania narządów do przeszczepu. Mimo to na oddziałach intensywnej terapii lekarze oraz rodziny w dalszym ciągu zastanawiają się, czy pacjent umarł. Sądzę, że biorąc pod uwagę koszty zabiegów ratujących życie oraz dobro osób oczekujących na przeszczep, rzeczywistym przedmiotem zainteresowania są w tym przypadku kwestie nr 1, 2 oraz 6. Pytanie nr 1 jest kluczowe, ponieważ negatywna odpowiedź na nie pociąga za sobą twierdzącą odpowiedź na pytania nr 2 i 6<sup>10</sup>. Innymi słowy mówiąc, uważam, że w kontekście opieki zdrowotnej śmierć powinna być stwierdzana wtedy, gdy pacjent nie może już doznawać żadnego dobra ani szkody, gdy w związku z tym można zrezygnować z zabiegów terapeutycznych i ewentualnie pobrać od niego narządy do przeszczepu. Stwierdzenie śmierci na oddziale intensywnej terapii nie musi się natomiast wiązać z koniecznością udzielania twierdzącej odpowiedzi na pytania 3–5.

Kiedy pacjent nie może doznawać żadnego dobra lub szkody? Wtedy, gdy traci status moralny. Jest wiele cech, uznawanych za kryteria statusu moralnego. Podaje się wśród nich przynależność do określonego gatunku, racjonalność, świadomość, zdolność do komunikacji, zdolność do wchodzenia w relacje społeczne czy zdolność do odczuwania (Jaworska, Tannenbaum 2013). Część z nich wyznacza to, co można by określić wyższym statusem moralnym właściwym dla osób, a część wyznacza niższy status, taki jak ten, który mają zwierzęta. Filozoficzna koncepcja śmierci, jeśli ma być niekontrowersyjna, nie może się wikłać w spór co do tego, które kryteria stanowią właściwe wyznaczniki statusu moralnego. Powinna utożsamiać śmierć z nieodwracalną<sup>11</sup> utratą wszystkich wymienionych własności, o ile tylko stanowią one kryteria

<sup>10</sup> Jednak twierdząca odpowiedź na pytanie nr 1 nie musi pociągać za sobą przeczącej odpowiedzi na pytania nr 2 i 6. Jest dość oczywiste, że w przypadku pacjentów, którzy cierpią i dalsza terapia nie może przynieść im żadnej ulgi, a jedynie przedłużyć oczekiwanie na nieuchronną śmierć, należy zrezygnować z terapii podtrzymującej życie, jeśli taka jest ich wola (Galewicz 2009: 20–21). Wysuwane są także znacznie bardziej kontrowersyjne propozycje, aby w przypadku tego typu pacjentów dopuścić tzw. Eutanatyczne Dawstwo Narządów (*Organ Donation Eutanasia*) – praktykę polegającą na znieczuleniu i pobieraniu narządów, co w konsekwencji ma prowadzić do bezbolesnej śmierci (Wilkinson, Savulescu 2012).

<sup>11</sup> Obecnie toczy się dyskusja na temat tego, czy przy formułowaniu definicji śmierci nie powinno się zastąpić pojęcia „nieodwracalnej utraty pewnych funkcji” przez „trwałą utratę”. Za taką zmianą opowiada się m.in. James Bernat (Bernat 2013). Pierwsze z tych określeń oznacza stan, w którym funkcje nie mogą zostać przywrócone samoczynnie ani przez żadną interwencję, natomiast trwała utrata pewnych funkcji jest równoznaczna z tym, że nie mogą one powrócić samoczynnie oraz że nie zostaną przywrócone przez interwencję medyczną, ponieważ lekarz nie podejmie w tym celu żadnych działań (Bernat 2013). W prezentowanej artykule posługuję się konsekwentnie tradycyjnym pojęciem „nieodwracalnej utraty”. Mimo to skłaniam się raczej

bezbiasne, co pozwala z listy kryteriów usunąć jedynie przynależność gatunkową (Warren 2010: 208).

W praktyce klinicznej najważniejsze może się okazać stwierdzenie, kiedy pacjent nieodwracalnie traci zdolność do odczuwania, można bowiem przypuszczać, że właśnie ta zdolność jest „najbardziej wytrzymała” i jako ostatnia ze wszystkich własności może decydować o tym, że pewna istota jest wciąż podmiotem jakiegoś dobra lub szkody (Lee 2016). Zakładam tutaj, że jeśli nie ma zdolności do odczuwania, to z pewnością nie może być także racjonalności, zdolności do komunikacji, czy zdolności do wchodzenia w relacje społeczne.

## **Neurologiczne kryteria śmierci w świetle umiarkowanie liberalnej koncepcji śmierci**

Rozważmy na koniec kwestię kryteriów śmierci. Trzeba zauważyć, że zmiana koncepcji śmierci nie musi prowadzić do natychmiastowej zmiany neurologicznych kryteriów i procedur diagnostycznych. Zadaniem medycyny jest możliwie najlepsza operacjonalizacja nowej koncepcji i ustalenie, jakie badania dają dostateczną pewność, że pacjent nieodwracalnie utracił cechy stanowiące o statusie moralnym. Należy więc odpowiedzieć na pytanie, jaki stan fizjologiczny gwarantuje z dostateczną pewnością nieobecność kluczowych cech decydujących o podmiotowości moralnej, oraz znaleźć narzędzia pozwalające wystarczająco wiarygodnie ten stan wykrywać. Całkiem możliwe, że nie dysponujemy obecnie lepszymi pod tym względem narzędziami diagnostycznymi niż te, które służą stwierdzaniu stanu całkowitej niewydolności mózgu. Być może jedynie przy użyciu tych narzędzi można z dostateczną pewnością orzec, że pacjent utracił zdolność do odczuwania, a także inne kluczowe cechy.

W opozycji do tego, co zostało napisane powyżej, często uważa się, że liberalne koncepcje prowadzą do „poluzowania” kryteriów śmierci, a w konsekwencji do uznawania za zmarłych nie tylko pacjentów z całkowicie niewydolnymi mózgiami, lecz także pacjentów, którzy mają uszkodzone wyższe partie mózgu, np. tych, którzy znajdują się w trwałym stanie wegetatywnym (President’s Council on Bioethics 2008: 51). Jest jednak możliwe, że nie jesteśmy jeszcze w stanie z dostateczną pewnością rozróżnić trwałego stanu wegetatywnego od stanów minimalnej świadomości i syndromu zamknięcia. Jest również możliwe, że nie jesteśmy w stanie z dostateczną pewnością stwierdzać, że trwały stan wegetatywny wyklucza zdolność do odczuwania bólu i świadomość (Yu *et al.* 2013). Niepewność co do tych kwestii oddala

---

do poglądu Bernata. Sformułowanie zaprezentowanej tu koncepcji śmierci przy użyciu pojęcia „trwałej utraty” (cech nadających status moralny) wymagałoby jednak dodatkowej argumentacji.

w czasie możliwość stwierdzania śmierci w przypadkach uszkodzeń wyższych partii mózgu. Mimo to, zaprezentowana liberalna koncepcja daje perspektywę dalszej pracy nad przygotowaniem bardziej precyzyjnych badań diagnostycznych służących wykrywaniu śmierci, niż te, które są stosowane obecnie.

Na koniec warto w sposób schematyczny przedstawić, jak na gruncie prezentowanej koncepcji można uzasadnić utożsamienie stanu całkowitej niewydolności mózgu ze śmiercią człowieka:

- I. Człowiek umiera w istotnym sensie z perspektywy praktyki medycznej wtedy i tylko wtedy, gdy nieodwracalnie traci cechy odpowiadające za jego status moralny.
- II. Stan całkowitej niewydolności mózgu to stan, w którym człowiek nie może posiadać cech decydujących o statusie moralnym.
- III. Obecnie stosowane badania neurologiczne pozwalają na wiarygodne rozpoznawanie stanu całkowitej niewydolności mózgu.
- IV. Stan całkowitej niewydolności mózgu może być utożsamiony ze śmiercią w sensie, który jest istotny z perspektywy praktyki medycznej, a obecnie stosowane badania neurologiczne pozwalają go wiarygodnie rozpoznawać.

## Bibliografia

- Becler R. (2015), *Czy śmierć przychodzi, kiedy kończy się życie?*, w: P. Łuków (red.), *Zrozumieć śmierć człowieka*, Warszawa: Polskie Stowarzyszenie Koordynatorów Transplantacyjnych, s. 51–80.
- Bernat J.L. (2013), *On Noncongruence between the Concept and Determination of Death*, „Hastings Center Report” 43 (6), s. 25–33, doi: 10.1002/hast.231.
- Bernat J.L., Culver C.M., Geret B. (1981), *On the Definition and Criterion of Death*, „Annals of Internal Medicine”, 94 (3), s. 389–394, doi: 10.7326/0003-4819-94-3-389.
- Brugger E.Ch. (2013), *D. Alan Shewmon and the PCBE’s White Paper on Brain Death: Are Brain-Dead Patients Dead?*, „Journal of Medicine and Philosophy”, 38, s. 205–218, doi: 10.1093/jmp/jht009.
- Galewicz W. (2010), *Decyzje o zakończeniu życia*, w: tenże (red.), *Antologia bioetyki*, t. 1: *Wokół śmierci i zabijania*, Kraków: Universitas, s. 9–82.
- Jaworska A., Tannenbaum J. (2013), *The Grounds of Moral Status*, w: E.N. Zalta (ed.), *The Stanford Encyclopedia of Philosophy* (Summer 2013 Edition), <http://plato.stanford.edu/entries/grounds-moral-status/>.
- Jonas H. (1969), *Philosophical Reflections on Experimenting with Human Subjects*, „Daedalus” 98 (2), s. 219–247.

- Krakowska D. (2009), *Kilka wstępnych uwag o postępowaniu w stanach terminalnych*, Polskie Towarzystwo Bioetyczne, [http://ptb.org.pl/pdf/karkowska\\_upoczywa\\_terapia\\_1.pdf](http://ptb.org.pl/pdf/karkowska_upoczywa_terapia_1.pdf).
- Lee P. (2016), *Total Brain Death and the Integration of the Body Required of a Human Being*, „Journal of Medicine and Philosophy”, First published online: April 20, 2016, doi: 10.1093/jmp/jhw005.
- Lizza J.P. (1993), *Persons and Death: What's Metaphysically Wrong with our Current Statutory Definition Of Death?*, „Journal of Medicine and Philosophy” 18, s. 351–374.
- Lizza J.P. (2009), *Commentary on „The Incoherence of Determining Death by Neurological Criteria”*, „Kennedy Institute of Ethics Journal”, 19 (4), s. 393–395, doi: 10.1353/ken.0.0299.
- Miller F.G., Truog R.D. (2009), *The Incoherence of Determining Death by Neurological Criteria: A Commentary on Controversies in the Determination of Death. A White Paper by the President's Council on Bioethics*, „Kennedy Institute of Ethics Journal”, 19 (4), s. 397–399, doi: 10.1353/ken.0.0282.
- Nowak P.G. (2014), *Problemy etyczne transplantologii. Perspektywa niedoboru narządów do przeszczepu*, „Diametros” 42, s. 150–177, doi: 10.13153/diam.42.2014.686.
- Nowak P.G. (2015), *Czy «śmierć mózgowa» to śmierć człowieka?*, „Filozofia w Praktyce”, <http://filozofiawpraktyce.pl/czy-smierc-mozgowa-to-smierc-czlowieka/>.
- Shewmon D.A. (1998), *Chronic „brain death”: Meta-analysis and conceptual consequences*, „Neurology” 51, s. 1538–1545.
- Shewmon D.A. (2001), *The Brain and Somatic Integration: Insights Into the Standard Biological Rationale for Equating „Brain Death” With Death*, „Journal of Medicine and Philosophy” 26 (5), s. 457–478.
- Shewmon D.A. (2009), *Brain Death: Can It Be Resuscitated?*, „Hastings Center Report” 39 (2), s. 18–24.
- Repertinger S. et al. (2006), *Long Survival Following Bacterial Meningitis-Associated Brain Destruction*, „Journal Child Neurology” 21, s. 591–595, doi: 10.2310/7010.2006.00137.
- President's Council on Bioethics (2008), *Controversies in the Determination of Death*, Washington, D.C.
- President's Commission for the Study of Ethical Problems in Medicine and Biomedical and Behavioral Research (1981), *Defining Death. A Report on the Medical, Legal and Ethical Issues in the Determination of Death*, Washington, D.C.
- Szewczyk K. (2009), *Etyka transplantacji*, w: *Bioetyka*, t. 2: *Pacjent w systemie opieki zdrowotnej*, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN, s. 131–196.

- Veath R.M. (2000), *The Impending Collapse of the Whole-Brain Definition of Death* w: tenże, *Transplantation Ethics*, Washington, D.C.: Georgetown University Press, s. 101–113.
- Veath R.M. (2000), *The Definition of Death: Problems for Public Policy*, w: tenże, *Transplantation Ethics*, Washington, D.C.: Georgetown University Press, s. 51–84.
- Warren M.A. (2010), *O moralnym i prawnym statusie aborcji*, w: W. Galewicz (red.), *Antologia bioetyki*, t. 2: *Początki ludzkiego życia*, Kraków: Universitas, s. 197–214.
- Wilkinson D., Savulescu J. (2012), *Should we allow organ donation euthanasia? Alternatives for maximizing the number and quality of organs for transplantation*, „Bioethics” 20 (1), s. 32–48, doi: 10.1111/j.1467-8519.2010.01811.x
- Wójcik B. (2013), *Definicje i kryteria śmierci*, w: J. Różyńska, W. Chańska (red.), *Bioetyka*, Warszawa: Wolters Kluwer, s. 295–307.
- Yu T. et al. (2013), *Patients with unresponsive wakefulness syndrome respond to the pain cries of other people*, „Neurology” 80 (4), s. 345–352.

## Streszczenie

Artykuł składa się z części krytycznej oraz pozytywnej. Część krytyczna stanowi polemikę z dwoma najbardziej rozpowszechnionymi uzasadnieniami na rzecz utożsamienia całkowitej niewydolności mózgu (tzw. śmierci mózgowej) ze śmiercią człowieka. Zgodnie z jednym z nich, śmierć ma miejsce wtedy, gdy dochodzi do somatycznej dezintegracji organizmu. Natomiast drugie uzasadnienie, zaproponowane w 2008 r. przez President’s Council on Bioethics, utożsamia śmierć z utratą zdolności do samozachowania. W części zawierającej pozytywną argumentację autor przedstawia alternatywną koncepcję, według której śmierć, w znaczeniu, jakie jest istotne z perspektywy praktyki medycznej, jest tożsama z nieodwracalną utratą cech stanowiących o tym, że dana istota posiada status moralny. Nowa koncepcja pozwala utożsamić stan całkowitej niewydolności mózgu ze śmiercią człowieka oraz daje podstawę do opracowania bardziej precyzyjnych medycznych kryteriów śmierci.