

Śmierć mózgu w kontekście kulturowym – zarys zagadnienia

Brain death in cultural context – an outline of the issue

Bogusław Wójcik^{a,*}

^a Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa w Tarnowie (State Higher Vocational School in Tarnow)

Article history:

Otrzymano/Received: 06.02.2018

Przyjęto do druku/Accepted:

24.03.2018

Opublikowano/Publication date:

Kwiecień 2018/April 2018

Streszczenie

Pół wieku po wprowadzeniu kryteriów śmierci mózgu przez Nadzwyczajną Komisję Harvardzką Szkoły Medycznej do Zbadania Definicji Śmierci Mózgowej nie ustają dyskusje na temat ich metodologicznej spójności, biologicznej adekwatności czy zasadności medycznej. Z jednej strony pojawienie się tych kryteriów rozwiązało niektóre dylematy etyczne wywołane przez rozwój medycyny i postęp technologiczny, z drugiej jednak strony nie zmieniło potocznych wyobrażeń na temat zjawiska śmierci. Z tych względów rośnie znaczenie zarówno opinii wskazujących na potrzebę zrewidowania założeń, leżących u ich podstaw, jak i wzywających do przywrócenia poprzedniego *status quo*. W artykule uzasadniam, że przejawem naiwnego realizmu byłoby bezkrytyczne uznanie, że każde pojęcie naukowe może być zdefiniowane jedynie w terminach pewnego zbioru operacji empirycznych. Równie naiwne byłoby jednak odrzucenie przekonania, że śmierć to fakt biologiczny, który może być badany, opisywany i modelowany zgodnie ze współczesnymi standardami naukowymi.

Słowa kluczowe: definicje i kryteria śmierci, postęp naukowy

Wstęp

Usankcjonowanie w drugiej połowie XX wieku nowego sposobu definiowania śmierci za pomocą kryteriów neurologicznych pozostaje wydarzeniem wciąż analizowanym i dostarczającym interesujących implikacji także na temat samego funkcjonowania nauki. Narastające kontrowersje dotyczące zarówno zasadności tych kryteriów, jak i założeń, które w ogóle umożliwiły ich przyjęcie mobilizują do spojrzenia na to zagadnienie w odpowiednio szerokim kontekście kulturowym. W prezentowanym tekście został on zawężony do kręgu cywilizacji zachodniej oraz uwarunkowań dokonujących się w niej konceptualizacji zjawiska śmierci. Problemy wynikające ze zbyt jednostronnych biologicznych prób ujęcia tego zjawiska powstają również w innych kręgach kulturowych, o czym świadczyć może np. przeprowadzona w Japonii debata społeczna na temat kryterium śmierci mózgu [1]. Nie staną się one przedmiotem prezentowanych rozważań, podobnie zresztą, jak niezwykle pasjonujące analizy antropologiczne, psychologiczne i społeczne dotyczące umierania oraz praktyk wskazujących na nieoznaczoność tego procesu w rozumieniu przedstawicieli różnych kultur [2]. Zarówno ten szerszy kontekst cywilizacyjny, jak i różne sposoby radzenia sobie ze świadomością oraz przeżywania śmierci wskazują dziś dobitnie, „jak bardzo śmierć jest kulturowym –

a nie tylko biologicznym zagadnieniem” [3]. Względy merytoryczne, jak i ograniczone ramy tego opracowania nakazują skoncentrowanie się przede wszystkim na roli języka i standardów poznania naukowego w opisie zjawiska śmierci [4]. Nie mniej istotne kwestie dotyczące medycznych problemów związanych ze stwierdzaniem śmierci również zostaną jedynie zasygnalizowane.

Chroniczny problem z uzasadnieniem kryterium śmierci mózgu

Pojawiające się pod koniec lat 90. ubiegłego stulecia pytania typu: „Czy już nie czas, by odrzucić śmierć mózgu?”, dziś nie szokują już tak bardzo. Zdążyliśmy bowiem zauważyć, że tak naprawdę od momentu wprowadzenia tego kryterium śmierci towarzyszyły mu wątpliwości dotyczące jego adekwatności. Były to wątpliwości o charakterze medycznym i pozamedycznym, odwołujące się do przesłanek o charakterze naukowym, jak i potocznych przekonań i wyobrażeń na temat śmierci. Katalog tych teoretycznych i praktycznych trudności z czasem urósł do sporych rozmiarów i w chronologicznym ujęciu można stwierdzić, że krytycy samej koncepcji śmierci mózgu, jak i jej medycznej diagnostyki początkowo koncentrowali się na przypisywaniu konfliktu interesów członkom Komisji Harvardzkiej, następnie ich krytyka objęła testy kliniczne, kryteria całkowitej martwicy mózgu, przypadki utrzymywania cięży po

*Corresponding author: drbwójcik@gmail.com

stwierdzeniu śmierci mózgu, ostatnio zaś problem nieodwracalności [5]. Zestaw szczegółowych zagadnień analizowanych w ramach batalii o utrzymanie prawnej i społecznej akceptacji dla kryterium śmierci mózgu jest o wiele szerszy. Należą do niego m.in. kwestie dotyczące: ujmowania śmierci w kategoriach zdarzenia lub procesu; traktowania śmierci krążeniowej i śmierci mózgowej, jako posiadających taki sam status; spekulacji na temat możliwości wprowadzenia w przyszłości kolejnego kryterium śmierci tzw. kryterium śmierci mózgu wyższego; uznania, że niektóre funkcje mózgu lub organizmu utrzymujące się po stwierdzeniu śmierci mózgu, nie podważają zasadności tego stwierdzenia; ewolucji rozumienia na czym polega funkcja mózgu jako narządu integrującego cały organizm; czy możliwości precyzyjnego określenia momentu śmierci [6].

Niezależnie od złożoności tych zagadnień zarówno w wymiarze biologicznym jak i filozoficznym posiadają one duże znaczenie dla decyzji moralnych, w naszym przypadku decyzji rozstrzygających, czy mamy do czynienia jeszcze z kimś żywym, czy już ze zwłokami. Postęp technologiczny i rozwój medycyny wygenerowały podobne problemy koncepcyjne i dylematy etyczne również w przypadku innych praktyk medycznych. Z tego też względu mniejsze lub większe kontrowersje wzbudzają dziś np. terapie stosowane w leczeniu bezpłodności, terapie i modyfikacje genetyczne, procedury związane z eutanazją i odstąpieniem od terapii uporczywej oraz praktyki medycyny udoskonalającej [7]. Nawet w tak wydawałoby się prostej kwestii, jak wykorzystanie *placebo* w eksperymentach medycznych nie brak odmiennych opinii i ocen. Pojawiające się wątpliwości dotyczące zasadności kryterium śmierci mózgu nie są zatem czymś wyjątkowym we współczesnym dyskursie medycznym. Warto dodatkowo podkreślić, że dyskusja dotycząca śmierci mózgu ma związek nie tylko z takimi medycznymi problemami, jak np. potrzeba ustalenia zasad określających zakres stosowania urządzeń podtrzymujących funkcje życiowe, czy legitymizacja pobierania narządów i tkanek do przeszczepów, ale także z regulacjami prawnymi, rozstrzygnięciami sądowymi oraz poszukiwaniami spójnej koncepcji człowieka, z której wynika, „kiedy człowiek musi być uznany za zmarłego” [8].

Medycznym dywagacjom nad zjawiskiem śmierci towarzyszą w ten sposób z jednej strony analizy sytuacji egzystencjalnych wynikających z funkcjonowania w rozwiniętych technologicznie społeczeństwach, z drugiej zaś strony poszukiwania spójnych rozwiązań konceptualnych *ex post*. Nie ulega bowiem wątpliwości, że wspomniane konceptualizacje od samego wprowadzenia kryterium mózgu „nie nadążają” za szybkimi zmianami praktycznymi. Przyczyną tej sytuacji pozostaje między innymi to, że „w praktyce medycznej pewne znaki są wystarczające dla postawienia diagnozy; w praktyce zaś filozoficznej, żadne nie są definitywne” [9]. Refleksja nad przebiegiem i wynikami wspomnianej dyskusji wymaga także uporządkowania metodologicznego oraz osadzenia jej w realiach historycznych, w innym przypadku łatwo bowiem o nieuprawomocnione lub

upraszczające wnioski. W wielu publikacjach pojawiają się w związku z powyższym postulaty dotyczące odróżnienia definicji śmierci od kryteriów śmierci oraz testów sprawdzających. Paradoksalnie największe problemy towarzyszą definiowaniu śmierci. Przykłady toczących się w tym zakresie dyskusji dostarczają prace szwedzkiej Komisja ds. Zdefiniowania Śmierci. W przedstawionym przez nią raporcie z 1986 r. stwierdzono, że śmierć nie może być definiowana jako „nieodwracalne oddzielenie duszy od ciała”; „nieodwracalne ustanie metabolizmu w każdej poszczegółnej komórce ciała”; „nieodwracalna utrata zdolności cyrkulacji natlenionej krwi w ciele”; ale także „nieodwracalna utrata wszystkich funkcji umysłowych (włączając świadomość)”. W tej sytuacji zaproponowano we wspomnianym raporcie ujęcie holistyczne, zgodnie z którym: „Osoba jest zmarła, gdy on/ona doznała całkowitej i nieodwracalnej utraty całkowitej zdolności do integrowania i koordynowania wszystkich funkcji ciała – fizycznych i umysłowych - w funkcjonalną całość” [10]. Zaletą przywołanej definicji jest to, że nie przeceniając jedynie fizycznych lub umysłowych funkcji organizmu, akcentuje jego zdolność koordynacyjną. Nieodwracalna utrata tej zdolności pod wszystkimi względami, skutkuje śmiercią organizmu. Oznacza to także, że niektóre z jego funkcji mogą nadal być aktywne, ale ze względu na brak wspomnianej jedności, ich pojawienie się należy interpretować inaczej, niż w przypadku organizmu, jako zintegrowanej całości. Na podstawie tego dokumentu Szwedzki Parlament w 1988 r. uchwalił „Akt dotyczący stwierdzenia śmierci człowieka”.

W trakcie podobnych dyskusji uzmysłowiono sobie, że w raporcie harwardzkim śmierć mózgu „definiuje się”, jako nieodwracalną śpiączkę oznaczającą nieodwracalne zniszczenie całego mózgu, włącznie z pniem mózgu. Podstawą dla tej definicji stała się zaś doktryna o zdysocjowanym charakterze śmierci zakładająca, że proces umierania jest rozciągnięty w czasie, „rozpoczyna go nieodwracalna utrata funkcji układu krążenia lub mózgu, a kończą procesy gnilne doprowadzające do rozpadu materialnej substancji ciała” [11]. Ujęcia, w których w definiowaniu śmierci zaczęto odwoływać się do całkowitej i nieodwracalnej utraty fizycznych i umysłowych zdolności integracyjnych i koordynacyjnych organizmu, jako całości, powstały później. Przyjęcie samej koncepcji śmierci mózgu nastąpiło zatem przed jej pojęciowym dopracowaniem i chociaż „kryterium śmierci całego mózgu pozostaje zasadniczo poprawne, zastosowana do jego obrony struktura pojęciowa jest głęboko filozoficznie niestabilna” [12]. Wkrótce, za sprawą publikacji Alana Shewmona, zaczęto zresztą podważać również spójność koncepcji śmierci odwołującej się do zdolności integracyjnych i koordynacyjnych organizmu, jako całości. Omówiono w nich bowiem przypadki pacjentów ze stwierdzoną śmiercią mózgu, których organizmy były w stanie utrzymywać takie funkcje jak trawienie pokarmu, krzepnięcie krwi, działanie układu odpornościowego, stymulacja hormonalna, utrzymanie homeostazy, a nawet utrzymanie cięży. W pracach bioetycznych nie rzadko dane przedstawiane

przez Shewmona traktowane są jako pewniki bez uwzględnienia zarówno założeń przyjętej przez niego metodologii badawczej, jak i krytyki ze strony neurologów. Przykładem innych skrajnych ujęć są opracowania, w których śmierć mózgu przedstawia się, jako prawną definicję śmierci, odmienną od śmierci biologicznej [13], a związane z nią kryteria, uznaje się za wynik nacisków społecznych, a nie rzetelnych badań naukowych, których celem jest wzrost wiedzy [14].

Wpływ na etyczne rozterki związane ze stosowaniem kryterium śmierci mózgu w praktyce medycznej posiadają ponadto zarówno brak uznania jednolitych kryteriów i testów stwierdzających śmierć mózgu, jak i obawy związane z ryzykiem błędnej diagnozy w przypadkach zespołów imitujących śmierć mózgu. Sama jednak różnorodność testów potwierdzających spełnienie kryterium śmierci mózgu, podobnie jak i przypadki zespołów mogących imitować śmierć mózgu, nie stanowią przesłanek na tyle silnych, by podważać zasadność samej koncepcji śmierci mózgu. Błędne diagnozy śmierci mózgu są możliwe, jeżeli nie rozpozna się zespołu zamknięcia, hipotermii, zatrucia, czy zespołu Guillaina-Barrégo [15]. Zachowanie procedur oraz protokołów medycznych pozwala w racjonalny sposób wyeliminować prawdopodobieństwo takiego zdarzenia. Również w przypadku wskazywania stanów, takich jak stan minimalnej świadomości granica pomiędzy uszkodzeniem mózgu a śmiercią mózgu zostaje zachowana [16]. Przypadki zespołów mogących imitować śmierć mózgu uzasadniają jednak opinie, że wszystkie testy stwierdzające śmierć mózgu są równie istotne i nie powinno się preferować wyłącznie testów dotyczących pnia mózgu [17]. Podobne wątpliwości wzmacniają też opinie, w których przewiduje się, że prawna i społeczna akceptacja zaproponowanego przez Komisję Harvardzką kryterium śmierci pociąga konkretne wnioski antropologiczne. Łatwo w tym przypadku o konkluzję, że obecność ludzkich tkanek w jakimkolwiek stadium rozwoju organizmu bez funkcjonującego mózgu nie konstytuuje istoty ludzkiej [18]. Nie bez znaczenia dla rodzących się dylematów moralnych mają ponadto okoliczności towarzyszące wprowadzeniu tego kryterium, które sprawiły, że w recepcji społecznej zostało ono silnie skojarzone z transplantologią. Usprawiedliwieniem podtrzymywania czynności wegetatywnych ciała ludzkiego po stwierdzeniu śmierci mózgu staje się to, iż tkanki i narządy dawcy zmarłego staną się ponownie częścią ciał innych osób. Podobna pragmatyka rodzi obawy związane z możliwością utożsamienia w coraz większym stopniu człowieczeństwa nie tylko ze sferą świadomości, ale także niebezpieczeństwem, że potencjalni dawcy nie będą obejmowani odpowiednim poziomem opieki medycznej. Z tych względów zasadnicze znaczenie posiadają transparentne regulacje prawne oraz procedury medyczne, które oddzielają stwierdzenie śmierci mózgu od decyzji o pobraniu narządów, a także określają zasady donacji, użycia i otrzymywania narządów do przeszczepów [19]. Nawet jednak wysokie standardy prawne i etyczne oraz uznanie dla deontologii lekarskiej, jako gwaran-

cji poszanowania praw i godności pacjenta w każdych okolicznościach, nie będą prawdopodobnie w stanie wyeliminować obaw społecznych wobec transplantologii traktowanej utylitarystycznie. Dotyczą one kryteriów doboru biorców narządów, komercjalizacji części ciała ludzkiego, czy zagrożeń związanych z przeszczepianiem narządów posiadających wpływ na tożsamość biorcy [20, 21]. Jednym ze sposobów radzenia sobie z tą sytuacją jest uzasadnianie, że obecna sytuacja w transplantologii posiada charakter przejściowy, a „terapię substytucyjną, przeszczepy tkanek i narządów są jedynie etapami w długich dziejach medycyny” [22].

Kulejąca etyka i nieskrępowany postęp naukowy?

Przytoczone uwagi odnoszące się zarówno do trudności pojęciowych będących następstwem zmiany wcześniejszych standardów stwierdzania śmierci, jak i wynikające z nich rozterki moralne mogą prowadzić do wniosku, że przystępując do modyfikacji standardów medycznych wiążących się z oznaczaniem granic pomiędzy życiem i śmiercią, nie dysponowaliśmy wystarczająco rozwiniętą koncepcją śmierci, która uzasadniałaby takie działania. Mowa w tym przypadku o koncepcji śmierci człowieka uwzględniającej poza determinantami biologicznymi także czynniki kulturowe, dzięki którym zdarzenie, jakim jest śmierć osobnicza nabiera pełni znaczenia. Jedną z oznak wystąpienia takiego paradoksu byłoby działanie „naprawcze”, mające postać hipotez *ad hoc*, heurystyk pomocniczych, czy nawet nowych teorii. Ewentualne pojawienie się tego typu zabiegów należy jednak interpretować z pomocą właściwych narzędzi poznawczych. Dziedziną, która ich dostarcza od dziesięcioleci pozostaje filozofia nauki. Z punktu widzenia tej dyscypliny badawczej, szczególnie mylące mogłoby okazać się zakładanie *a priori*, że naukowcy nie rozumieją do końca terminów, którymi się posługują [23]. Założenie przeciwne, to znaczy uznające, że naukowcy rozumieją związki pomiędzy poszczególnymi terminami oraz pomiędzy terminami i na przykład operacjami pomiarów, nie wyklucza jednak, że pewne typy zewnętrznych analiz pojęciowych należy uznać za korzystne, gdyż służą lepszemu zrozumieniu ich działań.

Dynamiczny rozwój dyscyplin etycznych w XX wieku, w tym powstanie bioetyki, potwierdzają, że wysiłki badawcze naukowców oraz ich praktyczne zastosowania zostały objęte taką metarefleksją, w tym przypadku o charakterze aksjologicznym. Niezależnie od zróżnicowanych ocen, na temat rzeczywistego wpływu rozstrzygnięć pojawiających się na tym poziomie na praktykę badawczą lub kliniczną, trudno dziś przecenić ich rolę w wyznaczaniu standardów medycznych. W Stanach Zjednoczonych bioetycy zaczęli pojawiać się w szpitalach na przełomie lat 60. i 70. XX wieku [24]. W tym też okresie pojawił się termin bioetyka, przez który Van Rensselaer Potter rozumiał globalną refleksję nad konsekwencjami genetycznego wzmoc-

nienia i udoskonalenia procesów ewolucyjnych zapewniających gatunkowi ludzkiemu dominację. W posiadającym natomiast charakter lokalny ujęciu André Hellegersa bioetyka miała zajmować się recepcją wpływu nowych technologii biologicznych i medycznych na społeczeństwo [25]. Z perspektywy wczesnych lat siedemdziesiątych nie była to zbyt atrakcyjna dziedzina dla etyków, pozostających nadal pod wpływem filozofii analitycznej. Zwolenników tzw. filozofii stosowanej lub praktycznej traktowano też w tamtym okresie z mniejszą atencją niż obecnie. Sytuacja ta uległa jednak szybkiej zmianie i dziś bioetyka jest dyscypliną o wyraźnej dojrzałości metodologicznej, którą wyróżnia interdyscyplinarne podejście do analizowanych zagadnień oraz niezależność od deontologii lekarskiej i teologii moralnej. Inną z cech wyróżniających bioetykę jest pewna elastyczność w formułowaniu ustaleń normatywnych, wynikająca z faktu, że jako strategia badawcza pozostaje ona zależna od wyników nauk biomedycznych, psychologicznych czy socjologicznych, które ulegają ciągłym modyfikacjom. Wspomniana elastyczność nie oznacza, że konkretne koncepcje bioetyczne nie muszą odnosić się do tzw. teorii centralnych, które pozostają w określonej relacji do funkcjonujących już systemów etycznych lub ich projektów. W pierwszym przypadku mogą być to na przykład personalizm lub utylitaryzm, w drugim zaś etyka odwołująca się do zasad autonomii, sprawiedliwości, dobroczynności i nieszkodzenia [26].

Powstanie oraz dynamiczny rozwój bioetyki pozostaje świadectwem dużych możliwości akomodacyjnych etyki jako dyscypliny filozoficznej. Nowe dylematy okazują się bardziej złożone od tych, którymi zajmowano się wcześniej. Wymagają one namysłu uwzględniającego większą liczbę specjalistycznych danych oraz ujęć z odmiennych kulturowo perspektyw. Nawet jeżeli więc bioetyka nie oferuje od razu gotowych recept na pojawiające się problemy, jest w stanie w krótszym lub dłuższym czasie wypracować odpowiednie standardy. Bywa jednak i tak, że niektóre ze stwierdzeń formułowane są pod „naporem chwili” oraz przy znacznym wpływie wyników poznawczych uzyskiwanych w ramach badań typowych dla nauk szczegółowych. Na tę metodologiczną specyfikę dyskursu bioetycznego w odniesieniu do podjętego w temacie problemu wskazuje między innymi następująca refleksja prof. Andrzeja Szczeklika:

Wyłączenie respiratora jest dla nas, lekarzy, przyznaniem się do klęski. Każdy z nas łudzi się w duchu, że może jeszcze trochę, choć kilka dni, może organizm ruszy. A przecież nie da się tak w nieskończoność. Dlatego potrzeba obiektywnych kryteriów, które rozstrzygną wątpliwości, unikną sytuacji nie do rozwiązania, w jakiej znaleźli się fizycy kwantowi z kotem Schrödingera – półżywym, półmartwym [27].

Powyższy cytat oddaje dramat współczesnej medycyny, która wraz z sukcesami będącymi następstwem własnego rozwoju

i postępu technologicznego w ogóle, staje równocześnie przed nowymi dylematami moralnymi. Ich rozstrzygnięcia często ani nie da się odsunąć w czasie, ani nie sposób rozwiązać bez uwzględnienia danych empirycznych. Zastosowanie akurat w przypadku stwierdzenia śmierci odniesienia do *casusu* kota Schrödingera posiada symboliczną wymowę. Podobnie jak w przypadku tego eksperymentu myślowego dopiero otwarcie pudełka, w którym znajduje się kot, pozwala na określenie, czy jest on martwy, czy żywy, tak również w przypadku stwierdzenia śmierci również dopiero pomiar stanowiący interwencję zaburzającą w pewnym stopniu stan układu, jakim jest organizm, pozwala na określenie jego kondycji biologicznej. Dane tego pomiaru, by mogły zostać zinterpretowane muszą też zostać umieszczone w ramach konkretnej teorii. Z perspektywy zdroworozsądkowej oczywistym wydaje się przekonanie, że istnieją dwa całkowicie odmienne stany życia i nieżycia organizmu, które oddziela moment śmierci. Umierania nawet, jeżeli pozostaje zdarzeniem rozciągniętym w czasie nie postrzega się w tym ujęciu, jako kontinuum, gdyż wyznaczany moment śmierci wydaje się dychotomicznie oddzielać życie od nie życia. W perspektywie naukowej śmierć z natury rzeczy postrzegana jest jako zdarzenie rozciągnięte w czasie i następuje wtedy, gdy proces umierania organizmu wkracza w fazę nieodwracalną. Z medycznego punktu widzenia o wyborze kryterium krążeniowo-oddechowego lub mózgowego w przypadku konieczności stwierdzenia śmierci, decydujące znaczenie mają też rodzaj śmierci i towarzyszące jej okoliczności. Z punktu widzenia obserwatora pozamedycznego, posługującego się dodatkowo opisami śmierci umieszczającymi to zdarzenie w szerszych kontekstach kulturowych, mogą pojawić się mimo wszystko wnioski wskazujące, że procedury medyczne związane ze stwierdzeniem śmierci mózgu lub ustaniem czynności serca odwołują się do innych koncepcji śmierci. Nie bez znaczenia pozostają również sugestie, że zgoda na stosowanie kryterium śmierci mózgu jest równoznaczna z akceptacją stanowiska określanego, jako redukcjonizm ontologiczny, w którym człowiek przedstawiany zostaje jako nic więcej niż „pęczek neuronów” [28]. Obie te kwestie mogą wzbudzać uzasadnione obiektywne i psychologiczne opór przed akceptacją kryteriów śmierci mózgu. Wskazują ponadto, jak duże znaczenie dla zrozumienia faktów medycznych obok zastosowania kanonów racjonalności naukowej posiadają odniesienia do kontekstów poznawczych związanych z przekonaniem i wierzeniami konkretnych społeczności na danym etapie ich rozwoju historycznego.

Zmienność koncepcji i kryteriów śmierci to standard

Niezależnie od biologicznego charakteru, śmierć człowieka, była od zawsze także wydarzeniem o wymiarze wspólnotowym, interpretowanym przez pryzmat zmiennych wzorców kulturowych. Szczególną rolę w tworzeniu tych interpretacji

przez tysiąclecia odgrywały przekonania religijne. Wypowiedzi papieża Piusa XII i Jana Pawła II odnoszące się do stosowania kryterium śmierci mózgu oraz transplantologii potwierdzają znaczenie opinii autorytetów religijnych dla kształtowania się współczesnego paradygmatu śmierci, a oświadczenie uczestników konferencji „Znaki śmierci” zorganizowanej przez Papieską Akademię Nauk w 2006 r. przynosi podsumowanie dotychczasowego nauczania Kościoła katolickiego w tym względzie. Jego autorzy podkreślają, że różnica pomiędzy śmiercią mózgu, a takimi dysfunkcjami mózgu jak śpiączka, stan wegetatywny i stan minimalnej świadomości jest zasadnicza. Stąd też, „jeżeli kryteria śmierci mózgu nie są spełnione, granica pomiędzy życiem i śmiercią nie jest przekroczona, bez względu na to jak ciężkie i nieodwracalne byłyby uszkodzenia mózgu” [29]. Miejscem ożywionej dyskusji religijnej poświęconej „donacji narządów w kontekście śmierci mózgu” [30] stają się dziś także media społecznościowe, a badania z zakresu socjologii i antropologii kulturowej wskazują na zmieniający się charakter lęków związanych ze świadomością śmierci i umierania.

Nie ulega niemiłej wątpliwości, że wraz z pojawieniem się kryterium śmierci mózgu mogło wydawać się, że to nauka przejęła absolutny prym w interpretacji zjawiska śmierci [31]. Powstanie niemalże w tym samym czasie bioetyki, spowodowało jednak, że analizy z zakresu etyki medycznej tworzące paradygmat lekarski, zostały wzbogacone, a z czasem zdominowane przez prace badawcze specyficzne dla paradygmatu filozoficznego. O ile w pierwszym z paradygmatów punktem wyjścia była praktyka lekarska, z której wyprowadzano następnie normy etyczne, o tyle w drugim z nich, rozpoczynano od badań, których celem było wypracowanie teorii etycznych, na podstawie których tworzone dopiero normy etyczne służące do analizy medycznych dylematów moralnych [32]. W latach 80. znaczenia w tłumaczeniu najbardziej złożonych przypadków medycznych nabrał paradygmat prawniczy. W gruncie rzeczy to dopiero po orzeczeniu sądów, podejmowano działania medyczne „rozwiązujące” także dylematy związane z ustaleniami na temat przebiegania granicy pomiędzy życiem i śmiercią. Sytuacja ta w jeszcze większym stopniu potwierdziła, że ustalenia nauki w omawianym zakresie pozostają w silnej korelacji z wątkami etycznymi, religijnymi, socjologicznymi, politycznymi i kulturowymi. Wciąż też natrafiamy na nowe problemy z definiowaniem śmierci oraz ustalaniem i testowaniem kryterium śmierci, zarówno tradycyjnego, jak i mózgowego. Nowe dylematy w tym obszarze wywołuje na przykład praktyka pobierania narządów do przeszczepów od dawców hospitalizowanych po odłączeniu ich od aparatury podtrzymującej funkcje życiowe (tzw. dawców z sercem nie bijącym) [33].

Z całego tego pojęciowego zamieszania wokół kryteriów śmierci płynie ważna nauka na temat rozwoju wiedzy. Jej warunkiem jest bowiem także zgoda, że opisy dokonywane z perspektywy różnych dziedzin poznawczych o statusie naukowym

i pozanaukowym oraz z perspektywy różnych kultur oraz ludzi żyjących w bliskich lub odległych odstępach czasu, mogą nieco odmiennie identyfikować te same zdarzenia. W przypadku omawianego zagadnienia wprost powinniśmy oswajać się więc ze stwierdzeniem, że „koncepcja śmierci ewoluowała medycznie, prawnie i kulturowo” [34]. Uznanie, że proces ten już się zakończył także podważałoby współczesną wykładnię postępu naukowego i rozwoju wiedzy. Należy zatem liczyć się z możliwością pojawienia się kolejnych kryteriów śmierci odwołujących się do standardów obserwacji umieszczanych w nieznanach dotychczas układach odniesienia. Konstatacja ta nie może prowadzić do wniosku, że w takim modelu rozwoju nauki, żadne kryterium śmierci nie spełniało i nie będzie spełniać warunku absolutnej „nieodwracalności”. Unikniemy podobnej pułapki myślowej, gdy nie będziemy mieszać „empirycznej definicji śmierci”, stosowanej w medycynie, z „formalistyczną jej definicją” [35].

Pomocne mogą okazać się także odniesienia do historii nauki, ujawniające rozbieżności pomiędzy wiedzą teoretyczną, praktycznymi jej zastosowaniami oraz wyobrażeniami potocznymi na temat śmierci. Już w XVII wieku p.n.e. w Egipcie posiadano wiedzę dotyczącą umiejętności opatrywania ran czaszki, a w papiirusie z Luksoru nadmieniano, że zranienia tego typu mogą mieć wpływ na powłóczenie nogą lub porażenie nerwu twarzowego. Obserwacje te nie zmieniły jednak wyobrażeń Egipcjan, Mezopotamczyków, Hebrajczyków, a także i Greków, uznających serce za centralny narząd odpowiedzialny za zdolności poznawcze i uczucia [36]. Przetrwały one w kulturze europejskiej przez wieki, utrwalając powszechne przekonania, że to aktywność serca stanowi podstawową oznakę życia. Podobne przekonania zaczęły podważać dopiero przypadki letargów oraz narastający od XVIII wieku w Europie lęk przed pochowaniem żywcem. Przed taką ewentualnością zabezpieczano się przy pomocy zawieszanych na grobowcach dzwonczków połączonych ze zwłokami lub stosowano dodatkowe testy sprawdzające fakt śmierci polegające na przykład na gryzieniu dużego palca u nogi denata [37]. O sile podobnych fobii świadczy chociażby szczegół z biografii Hansa Christiana Andersena, który tak bardzo obawiał się pogrzebania żywcem, że „na stoliku nocnym kładł kartkę: »Ja tylko wyglądam jak umarły«” [38]. Rozwój medycyny nie wyeliminował całkowicie możliwości błędów lekarskich, również związanych ze stwierdzaniem zgonu. Wpłynął jednak zdecydowanie na zmianę lęków związanych z takimi przypadkami. Dziś nie obawiamy się tak bardzo pochowania żywcem, jak życia podtrzymywanego w sposób sztuczny. Wprowadzenie kryterium śmierci mózgu umożliwiło też rozwiązanie sytuacji patowych, w których np. wentylowanie zwłok mogłoby trwać w nieskończoność [39]. Społeczne frustracje wciąż jednak trwają, szczególnie, gdy uświadamiamy sobie, że tylko medyczni eksperci są w stanie stwierdzać śmierć, której oznaki kiedyś wydawały się jednoznaczne i zrozumiałe dla wszystkich [40].

Zakończenie

Założenie, że życie i śmierć można rozpatrywać, jako kontinuum, nie zaś dychotomicznie, pozostaje w bezpośrednim związku z ramami obserwacji, jakie wyznacza epistemologia naukowa. W tym ujęciu życie i śmierć stają się pojęciami względnymi, co oznacza, że „żadna pojedyncza definicja oparta na pojedynczej obserwacji w pewnych warunkach nie może być wyróżniona jako jedyna percepcja śmierci” [41]. Postęp technologiczny i rozwój medycyny sprawiły, że spośród narzędzi posiadających podstawowe znaczenie dla funkcjonowania całego organizmu nie jesteśmy w stanie zastąpić jedynie mózgu, ani żadnej z jego funkcji [42]. Dlatego dziś ustanie bicia serca i zatrzymanie oddechu, jako symptomy śmierci są już niewystarczające. W tym kontekście wskazującym na uwarunkowania wprowadzenia kryterium śmierci mózgu należy zaznaczyć, że dyskurs naukowy pomimo uzyskiwanych w jego ramach wyników poznawczych obarczony jest szeregiem ograniczeń. Jednym z nich pozostaje specyficzna relacja pomiędzy wiedzą, a więc tym, co zostało już zbadane oraz sferą pozostającą poza możliwościami poznawczymi nauki obecnie lub w ogóle. Przejawem naiwnego realizmu byłoby więc bezkrytyczne uznanie operacjonizmu i przyjęcie, że każde pojęcie naukowe może być zdefiniowane jedynie w terminach pewnego zbioru operacji empirycznych. Takie podejście oznaczałoby zawężenie perspektywy poznawczej wyłącznie do danych uzyskiwanych w modelach naukowych oraz zakwestionowanie innych perspektyw poznawczych. Zastanawiając się nad kresem istnienia nie sposób tymczasem uniknąć pytań: „kim jest istota ludzka?”, „kim jest osoba?”, „czym są życie i śmierć?”. Równie naiwne byłoby jednak uznanie różnych sposobów konceptualizacji śmierci, zmieniających się w tym względzie regulacji prawnych, jak i praktyk towarzyszących śmierci i umieraniu [43], za argumenty podważające przekonanie, że zdarzenie, jakim jest śmierć pozostaje „obiektywnym, niezmiennym, faktem biologicznym, który może być badany, opisywany i modelowany” [44].

Korzystając z możliwości, jakie powstają za sprawą interdyscyplinarnego badania zjawisk złożonych, na zakończenie przywołajmy jeszcze dwie odmienne teorie znaczenia. Są to koncepcje języka Ludwika Wittgensteina kojarzone z jego sztandarowymi dziełami *Traktatem logiczno-filozoficznym* i *Dociekaniem filozoficznymi*. Teoria zaprezentowana w *Traktacie* zakłada, że język może posłużyć za środek (narzędzie) uprzywilejowanego dostępu do struktury świata. Chodzi nie o język potoczny, lecz o jego sformalizowaną wersję, która umożliwia wyróżnienie zdań atomowych, posiadających wyjątkową własność – możliwość izomorficznego odzwierciedlenia faktów. W tej tzw. obrazkowej teorii znaczenia, podobnie jak w przypadku mapy przedstawiającej fizyczny charakter i ukształtowanie terenu, w języku odbija się rzeczywistość.

Pojęcie śmierci ujęte w takich piktograficznych kategoriach odnosi się do zdarzenia posiadającego jednoznaczne oznaczenie czasowo-przestrzenne, możliwego do uchwycenia w wymiarze fizycznym, jak i stwierdzenia za pomocą towarzyszących mu markerów kulturowych. W *Dociekaniach* Wittgenstein odchodzi od tak optymistycznej teorii, w której język pełnił rolę „klucza” do zagadki świata. W nowej interpretacji zostaje on sprowadzony do jednej z form publicznej aktywności związanej z konkretnymi działaniami. Poszczególne wyrażenia nie znaczą same z siebie nic, nie odczytujemy ich bowiem na zasadzie prywatnego dostępu do ukrytych w nich treści odwzorowujących rzeczywistość, lecz znaczą w ramach gier językowych, czyli sposobów zastosowań języka przez określoną społeczność. Znaczenia są na zewnątrz nas, wyłaniają się z wciąż ewoluującego układu terminologicznego, jaki wytwarza społeczność, której częścią pozostajemy. Zamiast mapy świata otrzymujemy jedynie świadomość, że język „zabarwia” poznanie rzeczywistości, czyli sam jest przyczyną trudności związanych z właściwym jej opisem. Stąd analizy potocznych zastosowań języka mogą okazać się użyteczne w odzieraniu nas z iluzorycznych przekonań. W tym ujęciu pojęcie śmierci traci swą terminologiczną ostrość, okazuje się ponadto, że do stwierdzenia zaistnienia tego zdarzenia służyć mogą nie do końca komplementarne metody, opisy, czy próby jego osławiania. Pojawiają się też konkluzje, że nauka *de facto* nie mówi, czym jest śmierć, chociaż wskazuje empiryczne kryteria śmierci. Tak właśnie jednak funkcjonuje nauka, jej standardy umożliwiające osiąganie racjonalnych interpretacji świata wprost zakładają „odmienność ocen, uznanie podstawowego charakteru alternatywnych kryteriów, przyjęcie innej hierarchii doniosłości metod i technik badawczych” [45].

Piśmiennictwo/References

- [1] Morioka M. (2001). Reconsidering Brain Death: A Lesson from Japan's Fifteen Years of Experience. *Hasting Center Report*, 31, no. 4, 41-46.
- [2] Kerrigan M. (2009). *Historia śmierci. Zwyczaje i rytuały pogrzebowe od starożytności do czasów współczesnych*. S. Klimkiewicz (przeł.). Warszawa: Bellona.
- [3] Crowley-Matoka M. (2016). Problematic Death. W: S.J. Youngner, R.M. Arnold (red.), *The Oxford Handbook of Ethics at the End of Life*, Oxford: Oxford University Press, 292.
- [4] Rębiałkowska-Stankiewicz M. (2012). Analiza koncepcji zdrowia. W poszukiwaniu drogowskazu do dobrego, twórczego życia. W: Z. Rudnicki (red.), *Ars moriendi. Ars vivendi. Ars educandi*, Poznań: Wydawnictwo Naukowe UAM, 278-299.
- [5] Wijdicks, E.F.M. (2011). *Brain Death*. Oxford: Oxford University Press, 92.
- [6] Youngner, S.J., Arnold, R.M. (2001). Philosophical Debates About the Definition of Death: Who Cares? *Journal of Medicine and Philosophy*, vol. 26, no. 5, 527-537.

- [7] De Mattei, R., (2006). Foreword. W: R. de Mattei (red.), *Finis Vitae. Is Brain Death Still Life?* SoveriaMannelli: CNR-Rubettino, 7.
- [8] Boniolo, G. (2007). Death and Transplantation: Let's Try to Get Things Methodologically Straight. *Bioethics*, vol. 21, no. 1, 32.
- [9] Wijedicks, E.F.M. (2011). *Brain Death*. Oxford: Oxford University Press, 92.
- [10] Ingvar, D.H., Bergentz, S-E. (1992). Definition of Death and Organ Transplantation. Experiences from Sweden. W: R.J. White, H. Angstwurm, I. Carrasco de Paula (red.), *Working Group on the Determination of Brain Death and its Relationship to Human Death*. Città del Vaticano: Pontificia Academia Studiarum, 65.
- [11] Iwańczuk, W. (2010). *Śmierć mózgu*, Wrocław: Cornetis, 16.
- [12] Chiong, W. (2005). Brain Death without Definition, *Hastings Center Report*, vol. 35, no. 6, 20-21.
- [13] Taylor, R.M. (1997), Reexamining the Definition and Criteria of Death, *Seminars in Neurology*, vol. 17, no. 3, 269.
- [14] Nowacka, M. (2003). *Etyka a transplantacje*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN, 87.
- [15] Wijedicks, E.F.M. (2001). The Diagnosis of Brain Death, *The New England Journal of Medicine*, vol. 344, no. 16, 1218.
- [16] Cranford, R.E. (2004). Death, Definition and Determination of. W: S.G. Post (red.), *Encyclopedia of Bioethics*, vol. 2. New York: Macmillan Reference USA, 606.
- [17] Wijedicks, E.F.M. (1995). Determining brain death in adults, *Neurology*, vol. 45 (5), s. 1003-1011.
- [18] Goldenring, J.M. (1985). The brain-life theory: towards a consistent biological definition of humanness, *Journal of Medical Ethics*, vol. 11, no. 4, 198-204.
- [19] Wójcik, B. (2013). Definicje i kryteria śmierci. W: J. Różyńska, W. Chańska (red.), *Bioetyka*, Warszawa: Wolters Kluwer Polska, 300-301.
- [20] Libera, Z. (1999). Dziedzictwo Frankenstein. W: D. Czaja (red.), *Metamorfozy ciała. Świadczenia i interpretacje*. Warszawa: Contago, 14.
- [21] Wolniewicz, B. (2001). Neokanibalizm i odpady. W: B. Wolniewicz (red.) *Filozofia i wartości III*, Warszawa: Wydawnictwo Uniwersytetu Warszawskiego, 260.
- [22] Bernard, J. (1994). *Od biologii do etyki. Nowe horyzonty wiedzy nowe obowiązki człowieka*. J.A. Żelechowska (przeł.), Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN, 36.
- [23] Ryle, G. (1951). Systematically Misleading Expressions. W: A. Flew (red.), *Essays on Logic and Language-First Series*. Oxford: Basil Blackwell, 11-13.
- [24] Rothman, D.J. (1991). *Strangers at the Bedside: A History of How Law and Bioethics Transformed Medical Decision Making*. New York: Basic Books, 3.
- [25] Reich, W.T. (1994). The word 'Bioethics': Its birth and the legacies of those who shaped it. *Kennedy Institute of Ethics Journal*, 4, 319-335.
- [26] Beauchamp, T.L. Childress, J.F., (1996). *Zasady etyki medycznej*. W. Jacórzynski (przeł.). Warszawa: KiW.
- [27] Szczeklik, A. (2007). *Kore. O chorych, chorobach i poszukiwaniu duszy medycyny*, Kraków: ZNAK, 190.
- [28] Crick, F. (1997). *Zdumiewająca hipoteza*. B. Chacińska-Abrahamowicz, M. Abrahamowicz (przeł.). Warszawa: Prószyński i S-ka, 17.
- [29] Why the Concept of Brain Death is Valid as a Definition of Death. Statement by Neurologists and Others. (2007). W: M. Sánchez Sorondo (red.), *The Signs of Death. The Proceedings of the Working Group*, Città del Vaticano: Pontificia Academia Studiarum, XXII.
- [30] Bresnahan, M.J., Mahler, K. (2010). Ethical Debate Over Organ Donation in the Context of Brain Death, *Bioethics*, vol. 24, no. 2, 60.
- [31] Kerridge, I.H., Saul, P., Lowe, M., McPhee, J., Williams, D. (2002). Death, dying and donation: organ transplantation and the diagnosis of death, *Journal of Medical Ethics*, vol. 2, 2002, 89.
- [32] Emanuel E.J. (2008). The Evolving Norms of Medical Ethics. W: R.M. Green, Aline Donovan, S.A. Jauss (red.), *Global Bioethics. Issues of Conscience for the Twenty-First Century*. Oxford: Clarendon Press, 62.
- [33] Wójcik, B. (2011). Czy pobieranie narządów do przeszczepienia wiąże się z niebezpieczeństwem przyspieszenia śmierci dawcy? – z perspektywy bioetyki, *Medycyna Praktyczna*, 3, 119-128.
- [34] Van Norman G.A. (1999). A Matter of Life and Death. What Every Anesthesiologist Should Know about the Medical, Legal, and Ethical Aspects of Declaring Brain Death, *Anesthesiology*, vol. 91, no. 1, 275.
- [35] Kastenbaum, R. (1975). Śmierć psychologiczna. W: L. Pearson (red.), *Śmierć i umieranie. Postępowanie z człowiekiem umierającym*. B. Kamiński (przeł.), Warszawa: Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich, 22.
- [36] Pöppel, E., Edingshaus, A.L. (1998). *Mózg - tajemniczy kosmos*. M. Skalska (przeł.), Warszawa: PIW, 37-39.
- [37] Bréhant, J. (1980). *Thanatos. Chory i lekarz w obliczu śmierci*. U. Sudolska (przeł.), Warszawa: Instytut Wydawniczy PAX, 292.
- [38] Wullschläger, J. (2005). *Andersen. Życie baśniopisarza*. M. Ochab (przeł.), Warszawa: Wydawnictwo W.A.B., 225-226.
- [39] Szewczyk, K. (1996). Lęk, nicość i respirator. Wzorce śmierci nowożytnej cywilizacji Zachodu. W: M. Gałuszka, K. Szewczyk (red.), *Umierać bez lęku. Wstęp do bioetyki kulturowej*. Warszawa-Łódź: Wydawnictwo Naukowe PWN, 14-62.
- [40] Vovelle M. (2008). *Śmierć w cywilizacji Zachodu. Od roku 1300 po współczesność*. T. Swoboda et al. (przeł.), Gdańsk: Słowa/Obraz Terytoria, 667.
- [41] Kastenbaum, R. (1975). Śmierć psychologiczna. W: L. Pearson (red.), *Śmierć i umieranie. Postępowanie z człowiekiem umierającym*. B. Kamiński (przeł.), Warszawa: Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich, 20.

[42] Shemie, S.D. (2007). Diagnosis of brain death in children, *Lancet Neurology*, vol. 6, 87.

[43] Ariès, P. (1989). *Człowiek i śmierć*, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.

[44] Bernat, J.L. (2002). The Biophilosophical Basis of Whole-Brain Death. W: E.F. Paul, F.D. Miller, J. Paul (red.), *Bioethics*, Cambridge: Cambridge University Press, 329.

[45] Życiński, J. (1993). *Granice racjonalności: eseje z filozofii nauki*, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN, 74.

Summary

Half a century after the introduction criteria of brain death by the Harvard Ad Hoc Committee on Brain Death, the discussions on their methodological consistency, biological adequacy and medical legitimacy do not cease. On the one hand, the appearance of these criteria solved, some of the ethical dilemmas caused by medical advances and technological progress, with the other hand, common beliefs about the phenomenon of death have not changed. For these reasons growing in importance opinions indicating a need to revise the guidelines, which enabled the introduction of these criteria, or return to the previous status quo. In this article I justified that uncritical acceptance, that every scientific concept can be defined only in terms of a set of empirical operations would be manifestation of naive realism. But it would be equally naive to reject beliefs, that death is a biological fact, that can be studied, described and modeled according to modern scientific standards.

Key words: definitions and criteria of death, scientific progress
