

ΑΛΛΑΓΗ ΚΑΡΔΙΑΣ ΚΑΙ ΑΛΛΑΓΗ ΝΟΟΤΡΟΠΙΑΣ; ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΑ ΚΑΙ Ο ΕΠΑΝΑΠΡΟΣΔΙΟΡΙΣΜΟΣ ΤΟΥ ΘΑΝΑΤΟΥ ΤΟ 1968.



της κ. Mita Giacomini,

*Καθηγήτριας Κλινικής Επιδημιολογίας και Βιοστατιστικής του Πανεπιστημίου
McMaster*

Τμήμα Κλινικής Επιδημιολογίας και Βιοστατιστικής,

Κέντρο Οικονομικής Διαχείρισης και Ανάλυσης Πολιτικών

*του Τομέα της Υγείας στο Πανεπιστήμιο McMaster (Χάμιλτον, Οντάριο L8N 3Z5,
Καναδάς)*

Σύνοψη

Το 1968, μια ειδικά συσταθείσα επιτροπή καθηγητών του Χάρβαρντ ("ad hoc committee of Harvard"), επαναπροσδιόρισε δημοσίως την έννοια του θανάτου ως «εγκεφαλικό θάνατο». Ποια συμφέροντα και ποια ζητήματα έκαναν επιτακτική την επαναδιατύπωση του ορισμού του θανάτου και διαμόρφωσαν το «πνεύμα» αυτής της πολιτικής η οποία έθεσε προηγούμενο για το μέλλον; Η παρούσα εργασία παρουσιάζει μια ιστορική μελέτη των αρχείων της ειδικής επιτροπής του Χάρβαρντ και των πεπραγμένων μιας διεθνούς διάσκεψης περί θεμάτων ηθικής τάξης σχετικά με τη μεταμόσχευση οργάνων, καθώς και μια ανασκόπηση της ιατρικής βιβλιογραφίας και των μέσων ενημέρωσης κατά τις δεκαετίες που προηγήθηκαν του επαναπροσδιορισμού του θανάτου. Αυτή η ανάλυση των τεχνολογικών και επαγγελματικών φορέων που συμμετείχαν στον επαναπροσδιορισμό του θανάτου το 1968 θέτει υπό αμφισβήτηση δύο γενικά αποδεκτές θέσεις: ότι η τεχνολογική «πρόοδος», κυρίως στους τομείς της τεχνητής υποστήριξης ζωτικών λειτουργιών και της ηλεκτροεγκεφαλογραφίας, κυριολεκτικά δημιούργησε εγκεφαλικά νεκρά σώματα και υπαγόρευσε (αντιστοίχως) τα ειδοποιά χαρακτηριστικά τους, καθώς και ότι ο

ορισμός του εγκεφαλικού θανάτου από την επιτροπή του Χάρβαρντ αποτέλεσε καθαρή απώλεια της αυτονομίας της ιατρικής επιστήμης. Η αλήθεια είναι ότι σε όλη τη διάρκεια της δεκαετίας του '60 ερευνητές της ιατρικής έθεταν υπό αμφισβήτηση και συζητούσαν πολλά χαρακτηριστικά γνωρίσματα του συνδρόμου εγκεφαλικού θανάτου, ενώ συμφέροντα συνδεδεμένα με τις μεταμοσχεύσεις – ίσως περισσότερο με αυτές του νεφρού παρά της καρδιάς – έπαιξαν ιδιαίτερα σημαντικό ρόλο στη διαμόρφωση των τελικών κριτηρίων που ετέθησαν από το Χάρβαρντ το 1968. Είναι επίσης αμφίβολο αν ο ορισμός του Χάρβαρντ για τον εγκεφαλικό θάνατο από πολυεπιστημονική επιτροπή υπονόμεισε το κύρος και την αυτονομία της ιατρικής. Η Ειδική Επιτροπή του Χάρβαρντ μπορεί να μην πέτυχε την καθιέρωση οριστικών, αδιαφιλονίκητων κριτηρίων προσδιορισμού του εγκεφαλικού θανάτου και τη διασφάλιση της συνεπούς εφαρμογής τους σε όλες τις κλινικές περιπτώσεις εγκεφαλικού θανάτου. Κέρδισε, ωστόσο, σημαντικό έδαφος για τα συμφέροντα του τομέα των μεταμοσχεύσεων και άλλων ιατρικών τομέων, (1) καθιερώνοντας τον εγκεφαλικό θάνατο ως τεχνικό «γεγονός» και τον ορισμό του εγκεφαλικού θανάτου ως άσκηση για τους θεωρητικούς της ιατρικής, (2) καλώντας εξωιατρικούς ειδικούς σε θέματα ηθικής και εκπροσώπους των επιστημών του ανθρώπου για να υποστηρίξουν τον τεχνικό επαναπροσδιορισμό του θανάτου, και (3) επιτυγχάνοντας τη συμμετοχή χειρουργών-μεταμοσχευτών στον επαναπροσδιορισμό του θανάτου και επιχειρώντας (ανεπιτυχώς, είναι η αλήθεια) να εξασφαλίσει τη μη εξαίρεσή τους από την καθαυτό διάγνωση του θανάτου σε επιμέρους περιπτώσεις.

© 1997 Elsevier Science Ltd.

Λέξεις-κλειδιά: εγκεφαλικός θάνατος, ηθική, μεταμόσχευση, ιατρική τεχνολογία

Τα σύνορα που χωρίζουν τη Ζωή από τον Θάνατο είναι, στην καλύτερη περίπτωση, θολά και ασαφή. Ποιος μπορεί να πει πού τελειώνει η μία και πού αρχίζει ο άλλος; (Edgar Allan Poe, 1844, σελ. 532).

... Από νομικής απόψεως, υποθέτω ότι ένας άνθρωπος είναι νεκρός όταν έχει υποστεί μη αναστρέψιμες αλλαγές τέτοιες ώστε να του είναι αδύνατο να προσφύγει στη δικαιοσύνη. (Peter Brian Medawar, 1946, σελ. 19).

Είσαι νεκρός όταν το λέει ο γιατρός σου (Περιοδικό *Newsweek*, 18 Δεκ. 1967, σελ. 87).

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Το 1968, μια ειδικά συσταθείσα (*ad hoc*) επιτροπή καθηγητών του Χάρβαρντ, επαναπροσδιόρισε δημοσίως την έννοια του θανάτου ως «εγκεφαλικό θάνατο» (*Επιθεώρηση της Αμερικανικής Ιατρικής Ένωσης - JAMA*, 1968). Η δήλωσή της προέβαλε την απουσία εγκεφαλικής λειτουργίας ως τη βασική ιατρική ένδειξη θανάτου, αντικαθιστώντας έτσι τα παραδοσιακά κριτήρια που συνίσταντο στην οριστική παύση του καρδιακού παλμού και της αναπνοής. Επειδή ο εγκεφαλικός ιστός μπορεί να νεκρωθεί πολύ πριν σταματήσει η καρδιά, το νέο «εγκεφαλικό» κριτήριο θα μετέτρεπε μια ολόκληρη κατηγορία σωμάτων που βρίσκονταν στην εντατική, από «ασθενείς» σε «πτώματα». Συμπτωματικά, αυτό θα διεύρυνε τις πηγές

μεταμοσχεύσιμων οργάνων. Η δήλωση του Χάρβαρντ αναγνωρίζεται ευρέως σήμερα ως η σπερματική διατύπωση της έννοιας του εγκεφαλικού θανάτου. Ακολούθως, οι υπέρμαχοι της ιδέας του εγκεφαλικού θανάτου στους χώρους της ιατρικής, της διαμόρφωσης πολιτικών και της δεοντολογίας επεξεργάστηκαν και προσάρμοσαν αυτά τα κριτήρια ώστε να καλύψουν το φάσμα των αναγκών κάθε εποχής, από την απαίτηση για περισσότερα μεταμοσχεύσιμα όργανα μέχρι το αίτημα για αξιοπρεπή θάνατο και συνετή διαχείριση των πόρων για την υγεία. Πολλοί επέκριναν τα κριτήρια του Χάρβαρντ θεωρώντας ότι ήταν υπερβολικά συντηρητικά και ότι απέτυχαν να συμπεριλάβουν πολλούς ασθενείς οι οποίοι ήταν πρακτικά «νεκροί». Προκειμένου να προωθήσουν την έννοια του εγκεφαλικού θανάτου ώστε να καλύψει ευρύτερες κατηγορίες ιατρικά καταδικασμένων, τεχνητά υποστηριζόμενων σωμάτων, αυτοί οι επικριτές συχνά επικαλούνταν το πνεύμα της πολιτικής Χάρβαρντ ως την πρώτη ιατρική επικύρωση της εξίσωσης της εγκεφαλικής βλάβης με τον θάνατο. Ποια συμφέροντα και ποια ζητήματα επέβαλαν την εργασία της Ειδικής Επιτροπής του Χάρβαρντ, δημιουργώντας το «πνεύμα» αυτής της πολιτικής η οποία έθεσε προηγούμενο για το μέλλον;

Οι υπάρχουσες ιστορικές περιγραφές συνήθως εμπίπτουν σε δύο βασικές κατηγορίες, ανάλογα με το αν εξηγούν τον επαναπροσδιορισμό του θανάτου (1) ως επιταγή της τεχνικής προόδου, ή (2) ως αμυντική αντίδραση της ιατρικής στον σκεπτικισμό της κοινωνίας σχετικά με την ηθική διάσταση της έρευνας για τις μεταμοσχεύσεις καρδιάς (η οποία αναγκαστικά περιελάμβανε ασθενείς σε κώμα ως δότες). Η εκδοχή της «τεχνικής προόδου» είναι η πιο συνηθισμένη. Μια τέτοια περιγραφή εστιάζει στη *θεραπευτική τεχνολογία* της τεχνητής υποστήριξης (π.χ. *Encyclopedia Britannica*, 1987), παρουσιάζοντας τον επαναπροσδιορισμό του θανάτου ως ανάγκη επιβαλλόμενη από την εμφάνιση νέων τύπων νεκρών σωμάτων, που αποτελούσαν ατυχή παρενέργεια των νέων μορφών παρέμβασης όπως η τεχνητή αναπνοή. Μια άλλη προσέγγιση (π.χ. Kogein, 1978) εντοπίζει την τεχνολογική επιταγή στη *διαγνωστική*, υποστηρίζοντας ότι ειδικά το ηλεκτροεγκεφαλογράφημα (ΗΕΓ) επέτρεψε μια πιο εμπειριστατωμένη κατανόηση της δραστηριότητας του εγκεφάλου και του νοήματος της λέξης «ζωντανός». Και οι δύο εκδοχές της εξήγησης με βάση την «τεχνική πρόοδο» τείνουν να υποτιμούν την ουσιαστική επίδραση της τεχνολογίας των μεταμοσχεύσεων. Τείνουν επίσης να εστιάζουν στην τεχνολογική «πρόοδο» ενώ αγνοούν το ρόλο της τεχνολογικής αποτυχίας ή αβεβαιότητας στην οριοθέτηση των χαρακτηριστικών γνωρισμάτων του εγκεφαλικού θανάτου. Ένας νεότερος τύπος περιγραφής, αντιπροσωπευτικός του «κοινωνικού σκεπτικισμού» κάνει μια πιο κριτική αξιολόγηση των κοινωνικών πιέσεων, ιδίως του αγώνα της ιατρικής να διατηρήσει την επιστημονική της κυριαρχία και αυτονομία προς το τέλος της δεκαετίας του '60. Αυτές οι περιγραφές εξετάζουν λεπτομερώς το ρόλο των μεταμοσχεύσεων και θεωρούν την πρώτη μεταμόσχευση καρδιάς το 1967 ως το *κύριο γεγονός* που κατέστησε αναγκαίο τον επίσημο επαναπροσδιορισμό του θανάτου το 1968 από την επιτροπή του Χάρβαρντ. Στο ίδιο πνεύμα, ο Martin Pernick (1988) καταδεικνύει με ισχυρά στοιχεία ότι ούτε η ώθηση της τεχνολογίας στα τέλη της δεκαετίας του '60, ούτε η αβεβαιότητα της διάγνωσης του θανάτου ήταν κάτι που πρωτοεμφανίστηκε στην ιστορία της ιατρικής το 1968. Εισηγείται, αντιθέτως, ότι η επίστευση του επαναπροσδιορισμού του θανάτου το 1968 ήλθε ως αποτέλεσμα της εντεινόμενης δυσπιστίας της κοινωνίας προς το ιατρικό επάγγελμα, η οποία ενισχύθηκε με την εισαγωγή της μεταμόσχευσης καρδιάς που αναβίωσε τον πανάρχαιο φόβο της πρόωρης ταφής. Από μια άλλη οπτική γωνία, η κοινωνική ιστορία του David Rothman (1991) παρουσιάζει πώς οι αλλαγές στην ιατρική

κουλτούρα, ιδιαιτέρως η αντίδραση στον σκεπτικισμό της κοινωνίας απέναντι στην εξουσία της ιατρικής, ενίσχυσαν τον κατηγορηματικό επαναπροσδιορισμό του θανάτου. Στην περιγραφή του Rothman, ο ορισμός του θανάτου από πολυεπιστημονική επιτροπή αξιολογείται ως μία μόνο από τις πολλές σταδιακές απώλειες που υπέστη η αυτονομία του ιατρικού επαγγέλματος εκείνη την εποχή έναντι του νόμου, της ηθικής και της κοινής γνώμης.

Η παρούσα περιγραφή προσφέρει μια εναλλακτική εξιστόρηση του τεχνολογικού και επαγγελματικού δυναμικού που ενεπλάκη στον επαναπροσδιορισμό του θανάτου το 1968, βασισμένη στην ανάλυση των σχεδίων, των υπομνημάτων και της πορείας εργασιών της Ειδικής Επιτροπής του Χάρβαρντ την άνοιξη του 1968, στα πεπραγμένα μιας πρωτοποριακής διεθνούς διάσκεψης το 1966 με θέμα τα ηθικά ζητήματα που έθετε η μεταμόσχευση οργάνων, και στην έρευνα της ιατρικής βιβλιογραφίας και του τρόπου κάλυψης, από τα μέσα ενημέρωσης, σχετικών θεμάτων (δηλ. κώμα, ηλεκτροεγκεφαλογραφία, μεταμόσχευση) κατά τις δεκαετίες που προηγήθηκαν του επαναπροσδιορισμού του θανάτου. Αυτή η ανάλυση θέτει υπό αμφισβήτηση δύο γενικά αποδεκτές θέσεις. Η πρώτη είναι ότι οι νέες τεχνολογίες υποστήριξης των ζωτικών λειτουργιών απλώς δημιούργησαν εγκεφαλικά νεκρά σώματα και οι νέες διαγνωστικές μέθοδοι απλώς κατέγραψαν τα χαρακτηριστικά γνωρίσματά τους. Αντιθέτως, η ανάλυση αποκαλύπτει ότι οι ερευνητές της ιατρικής αμφισβητούσαν και διαπραγματεύονταν πολλά χαρακτηριστικά του συνδρόμου εγκεφαλικού θανάτου, και ότι συμφέροντα συνδεδεμένα με τις μεταμοσχεύσεις – ίσως περισσότερο αυτές του νεφρού παρά της καρδιάς – διαμόρφωσαν σε σημαντικό βαθμό τα κριτήρια που έθεσε το Χάρβαρντ το 1968. Μια δεύτερη ιστορική θέση υπό αμφισβήτηση είναι η ιδέα ότι ο ορισμός του εγκεφαλικού θανάτου από την επιτροπή του Χάρβαρντ συνιστούσε καθαρή απώλεια της αυτονομίας ή του κύρους της ιατρικής. Σίγουρα η μεταμόσχευση ανθρώπινης καρδιάς, καθώς και ο επαναπροσδιορισμός του θανάτου το 1967-68, επρόκειτο να εμπλέξει επιστήμονες από εξωιατρικούς κλάδους σε περαιτέρω συσκέψεις περί θεμάτων βιοηθικής στις δεκαετίες που ακολούθησαν. Ωστόσο, το *καθαυτό* έργο της Ειδικής Επιτροπής του Χάρβαρντ ως επί το πλείστον *διαφύλαξε* την αυτονομία της ιατρικής. Η έκθεσή της μάλλον έκρυψε από το βλέμμα του κοινού την αβεβαιότητα του ιατρικού κλάδου και καθιέρωσε με επιτυχία τον πρώτο επίσημο ορισμό του εγκεφαλικού θανάτου. Το κατευθυντήριο εννοιολογικό της πλαίσιο ήταν τεχνικό και ωφελμιστικό μάλλον, παρά αντιπροσωπευτικό των κοινωνικών πεποιθήσεων, θεολογικό ή συμβολικό. Η διαδικασία των εργασιών της Επιτροπής επίσης καθιέρωσε την πρακτική της ανάληψης πρωτοβουλίας για δημιουργία νέων ορισμών του θανάτου από «ειδικές» επιτροπές ιδιωτικού χαρακτήρα και την «εύλογη» συμμετοχή ατόμων που εκπροσωπούσαν συμφέροντα του χώρου των μεταμοσχεύσεων σε αυτή την προσπάθεια. Με αυτές τις μεθόδους, μάλλον ήταν προτιμότερο να υπηρετεί κανείς, παρά να προκαλεί τα συμφέροντα της βιοϊατρικής έρευνας.

ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΑ, ΚΩΜΑ ΚΑΙ ΚΑΘΟΡΙΣΜΟΣ ΤΟΥ ΘΑΝΑΤΟΥ ΒΑΣΕΙ ΤΟΥ ΕΓΚΕΦΑΛΟΥ ΠΡΙΝ ΑΠΟ ΤΟ 1968

Στο έτος 1968 αποδίδονται συνήθως αρκετές «πρωτιές», οι οποίες χαρακτηρίζονται ως κρίσιμα σημεία καμπής στην πορεία κατανόησης του θανάτου. Σε αυτές περιλαμβάνονται η συμμετοχή επαγγελματιών από μη ιατρικούς κλάδους στις δημόσιες αντιπαραθέσεις για θέματα ηθικής δεοντολογίας, οι πρώτες αφαιρέσεις οργάνων από ασθενείς σε μη αναστρέψιμο κώμα, η εμφάνιση δημοσιευμένων

προτάσεων για διάγνωση του θανάτου βάσει του εγκεφάλου, καθώς και ένας κρίσιμος αριθμός ασθενών σε κωματώδη κατάσταση που αποτελούσαν δυσβάσταχτο φορτίο για τους ιατρικούς πόρους. Η αλήθεια ήταν, ωστόσο, ότι κανένα από αυτά τα φαινόμενα δεν πρωτοεμφανίστηκε το 1968. Η Ειδική Επιτροπή του Χάρβαρντ δεν ήταν η πρώτη επίσημη συνάθροιση εξωιατρικών μελετητών με επιστήμονες του ιατρικού χώρου με σκοπό να εξετάσουν την ηθική της έννοιας του εγκεφαλικού θανάτου, τις εφαρμογές της ή τα ακριβή κλινικά χαρακτηριστικά της· συγκεκριμένα, το 1966, ένα διεθνές συμπόσιο προσέφερε έναν ειλικρινή και ανοιχτό διεπιστημονικό διάλογο πάνω σε αυτά τα θέματα. Η πρώτη μεταμόσχευση καρδιάς το Δεκέμβριο του 1967 δεν ήταν η πρώτη κλινική αξιοποίηση πτωμάτων με πάλλουσα καρδιά για τη λήψη οργάνων. Επί πολλά χρόνια γινόταν χρήση τους σε πειράματα μεταμόσχευσης νεφρού και οι αλλαγές στις απαιτήσεις αυτών των μεταμοσχεύσεων, τόσο σε ηθικό όσο και σε τεχνικό επίπεδο, είχαν αυξήσει την πίεση για πτωματικούς δότες οργάνων προς το τέλος της δεκαετίας του '60. Μάλιστα, η Ειδική Επιτροπή του Χάρβαρντ δεν ήταν η πρώτη που δημοσίευσε, το 1968, κριτήρια εγκεφαλικού θανάτου· ορισμοί του θανάτου βασισμένοι στην απώλεια της εγκεφαλικής λειτουργίας διατυπώνονταν τόσο από ειδικούς στις μεταμοσχεύσεις, όσο και από ειδικούς στην ηλεκτροεγκεφαλογραφία σε όλη τη διάρκεια της δεκαετίας του '60. Τέλος, υπάρχουν κάποια στοιχεία ότι μέχρι το 1968 ο αριθμός των νοσοκομειακών κλινών που καταλάμβαναν ασθενείς σε μη αναστρέψιμο κώμα είχε ανέβει σε ανησυχητικό βαθμό· η ιατρική βιβλιογραφία, καθώς και τα λαϊκά έντυπα της εποχής δείχνουν ότι υπήρχε εξίσου έντονο ενδιαφέρον για την παραμονή των ασθενών σε χρόνιο κώμα εντός του νοσοκομείου (με σκοπό τη θεραπεία τους, παρά την αρνητική πρόγνωση), όσο και για την απομάκρυνσή τους από αυτό. Οι διαμαρτυρίες για χρήση υπερβολικών ιατρικών πόρων μάλλον αφορούσαν στον ίδιο βαθμό τόσο τις δραστηριότητες των μεταμοσχεύσεων όσο και την υποστήριξη τελικού σταδίου ασθενών με κώμα.

Η χρήση εγκεφαλικά νεκρών σωμάτων (μολονότι εκείνη την εποχή δεν ονομάζονταν «εγκεφαλικά νεκροί») για τη λήψη οργάνων είχε συζητηθεί σε δημόσια βήματα διαλόγου από χειρουργούς ειδικευμένους στις μεταμοσχεύσεις, από ειδήμονες της ηλεκτροεγκεφαλογραφίας, από θεωρητικούς της Ηθικής, από νομικούς και θεολόγους, επί αρκετά χρόνια πριν τον επαναπροσδιορισμό του θανάτου από το Χάρβαρντ το 1968 (π.χ. Wolstenholme και O'Connor, 1966· Moore, 1964· Schwab κ.ά., 1963· Grundel, 1968). Μέχρι το έτος κατά το οποίο δημοσιεύθηκε ο ορισμός του εγκεφαλικού θανάτου, αυτά τα θέματα είχαν γίνει αντικείμενο αντιπαραθέσεων συγκεκριμένα μεταξύ χειρουργών-μεταμοσχευτών, στο πλαίσιο ειδικών διασκέψεων στη Νότια Αφρική, στην Αυστραλία, σε αρκετές πόλεις των Η.Π.Α και στην Ελβετία (Porzio, 1969). Ίσως η πιο διεξοδική διεπιστημονική εξέταση του θανάτου έγινε στο συμπόσιο του Ιδρύματος Ciba το 1966 με τον τίτλο «Η Ηθική στην Ιατρική Πρόοδο: Με Ειδική Αναφορά στις Μεταμοσχεύσεις» (Wolstenholme και O'Connor, 1966). Ο ειλικρινής δημόσιος διάλογος σε αυτή τη συνάντηση αποκαλύπτει ότι ο καθορισμός κριτηρίων για τον εγκεφαλικό θάνατο, η λήψη οργάνων από εγκεφαλικά νεκρά σώματα και η πρόσκληση επιστημόνων εκτός του ιατρικού χώρου για την εξέταση ηθικών και νομικών θεμάτων ήταν πρακτικές ήδη καθιερωμένες στα μέσα της δεκαετίας του '60. Οι επιστήμονες που κλήθηκαν να συμμετάσχουν από την Ευρώπη και τις Ηνωμένες Πολιτείες ήταν 20 ιατροί (εκ των οποίων περίπου τρεις στους τέσσερις συμμετείχαν ενεργά στην έρευνα των μεταμοσχεύσεων), πέντε νομικοί, ένας δημοσιογράφος και ένας θεολόγος. Τα πεπραγμένα περιλαμβάνουν ανοιχτές συζητήσεις σχετικά με τον ορισμό του εγκεφαλικού θανάτου για τους σκοπούς της

προμήθειας οργάνων. Ένας μείζων λόγος για την αποτυχία μεταμοσχεύσεων νεφρού εκείνη την εποχή ήταν η χρήση οργάνων πτωματικής προέλευσης, τα οποία είχαν εκφυλιστεί μετά τον συμβατικό θάνατο του δότη (π.χ. Hamburger και Crosnier, 1968). Οι ομιλητές και συζητητές του συμποσίου κλήθηκαν να απαντήσουν στις ακόλουθες ερωτήσεις σχετικά με τον εγκεφαλικό θάνατο (Wolstenholme και O'Connor, 1966, σελ. vii):

... [Γ]ια πόσο χρόνο θα πρέπει να διατηρείται στη «ζωή» ένα άτομο με ανεπανόρθωτη εγκεφαλική βλάβη;

...[Π]ότε επέρχεται ο θάνατος σε έναν ασθενή που έχει χάσει τις αισθήσεις του και του οποίου η αναπνοή και η κυκλοφορία του αίματος εξαρτώνται από τεχνητά μέσα υποστήριξης;

[Υ]πάρχουν ενδεχομένως περιστάσεις κατά τις οποίες μπορεί να επισπευσθεί ο θάνατος για ανθρωπιστικούς λόγους;

Στα θέματα συζήτησης περιλαμβάνονταν: η ηθική επιταγή να υπάρξει πιο επαρκής αιτιολόγηση των μεταμοσχεύσεων νεφρού από ζωντανούς δότες, ειδάλλως να γίνει στροφή προς τους πτωματικούς δότες, η ιατρική αποκατάσταση λειτουργιών του ανθρωπίνου σώματος μέσω τεχνητών οργάνων, η συνεισφορά των μεταμοσχεύσεων στη γενικότερη επιστημονική πρόοδο, ο επαναπροσδιορισμός του θανάτου ως διαδικασίας μάλλον παρά ως διακριτού γεγονότος, και η δυνατότητα επαλήθευσης ή καθορισμού του θανάτου μέσω διαγνωστικής τεχνολογίας όπως το ηλεκτροεγκεφαλογράφημα (ΗΕΓ).

Κάποιοι από τους παρευρισκόμενους ιατρούς στη διάσκεψη της Ciba αντιτάχθηκαν στον επαναπροσδιορισμό του θανάτου *καθ'αυτό* εξ αιτίας του εμφανούς χρησιμοθηρικού κινήτρου, που ήταν η χρήση του για την προώθηση της έρευνας των μεταμοσχεύσεων. Αυτοί οι σκεπτικιστές ισχυρίστηκαν ότι οι εμπνευστές του εγκεφαλικού θανάτου εφάρμοζαν δύο μέτρα και δύο σταθμά: υποστήριζαν τη διάγνωση του θανάτου σε δυνητικούς δότες οργάνων αλλά όχι σε άλλους ασθενείς που βρίσκονταν σε τεχνητή υποστήριξη και – ίσως κατά τον πλέον αποκαλυπτικό τρόπο – όχι σε αυτούς τους ίδιους ή στα αγαπημένα τους πρόσωπα. Ένας συμμετέχων σχολίασε απευθυνόμενος στους συναδέλφους του, «... Είμαι βέβαιος ότι η κοινωνία σήμερα θα απέρριπτε [τα προτεινόμενα κριτήρια εγκεφαλικά καθοριζόμενου θανάτου]. Αναρωτιέμαι πόσοι μέσα σε αυτό το υποτιθέμενα πεφωτισμένο κοινό θα ήταν έτοιμοι να δωρίσουν τα δικά τους νεφρά βάσει [αυτών] των κριτηρίων;».[01] Ένας πρωτεργάτης των μεταμοσχεύσεων απάντησε στοχαστικά, «Το να δίδεται άδεια για την αφαίρεση οργάνων μας όσο έχουμε ακόμη κυκλοφορία του αίματος είναι ένα σημαντικό θέμα. Προσωπικά θα συμφωνούσα με κάτι τέτοιο όσον αφορά στον εαυτό μου, αλλά δεν θα επέτρεπα να γίνει σε μέλος της οικογένειάς μου».[02] Ο ίδιος χειρουργός άφησε επίσης να εννοηθεί ότι θεωρούσε ζωντανούς τους ασθενείς σε μη αναστρέψιμο κώμα, όταν έκανε την εξής παρατήρηση: «Υποθέτω ότι όταν αφαιρούνται νεφρά από “ζωντανά πτώματα”, αφαιρείται μόνο ένα όργανο, συνεπώς ο ασθενής δεν θανατώνεται κατ' αυτό τον τρόπο».[03] Άλλοι σχολίασαν, «Όλοι θα συμφωνούσαμε, πιστεύω, ότι έρχεται κάποια ώρα που είναι προς το συμφέρον του ετοιμοθάνατου και των συγγενών του να “κλείσουμε τον διακόπτη”. Αλλά το σημαντικό εν προκειμένω είναι αν αυτό γίνεται επειδή κάποιος αναζητά ένα νεφρό και όχι επειδή είναι το καλύτερο για τον ασθενή που πεθαίνει».[04]

Μολονότι, από ιατρική σκοπιά, τα κριτήρια του Δρ Alexandre είναι πειστικά, σύμφωνα με τους παραδοσιακούς ορισμούς του θανάτου, ουσιαστικά αφαιρεί νεφρά από ζωντανούς δότες. Πιστεύω ότι εάν ένας ασθενής έχει καρδιακό παλμό, δεν μπορεί να θεωρηθεί ως πτώμα. Οποιαδήποτε τροποποίηση των μέσων διάγνωσης του θανάτου για τη διευκόλυνση των μεταμοσχεύσεων θα έχει ως αποτέλεσμα την απώλεια αξιοπιστίας της όλης διαδικασίας, στα μάτια του υπόλοιπου ιατρικού κόσμου... τα [βασισζόμενα στον καρδιακό παλμό] κριτήρια θα γίνονταν δεκτά από όλους ως αδιαμφισβήτητη απόδειξη θανάτου [σε περίπτωση διακοπής της τεχνητής υποστήριξης]. Ο Δρ Hume, ο οποίος έχει μεγάλη εμπειρία σε επιτυχείς μεταμοσχεύσεις από πτωματικούς δότες, δεν ξεκινά την αφαίρεση του νεφρού παρά μόνον αφού η καρδιά έχει παύσει να χτυπά.[05]

Υπήρχε έλλειψη συναίνεσης σχετικά με το αν θα έπρεπε καν να επαναπροσδιοριστεί ο θάνατος και, εάν ναι, ποιες θα μπορούσαν να είναι οι νέες ενδείξεις του θανάτου. Οι συμμετέχοντες στο δημόσιο διάλογο αντιλαμβάνονταν πολύ καλά ότι εάν προωθείτο ένας νέος ορισμός του θανάτου, οποιαδήποτε ασάφεια θα μπορούσε να υπονομεύσει το κύρος του ιατρικού επαγγέλματος.

Ήδη από το 1964, οι ερευνητές σκέπτονταν να επαναπροσδιορίσουν τον θάνατο προκειμένου να λύσουν ορισμένα τεχνικά και ηθικά διλήμματα που έθετε η έρευνα των μεταμοσχεύσεων. Η μετατόπιση του ενδιαφέροντος προς τα πτώματα ως πηγές νεφρικών μοσχευμάτων και η υψηλότερη βιωσιμότητα των νεφρών που προέρχονταν από πτώματα με πάλλουσα καρδιά έδωσε ώθηση στο ενδιαφέρον των μεταμοσχευτών για τον εγκεφαλικό θάνατο. Οι μεταμοσχεύσεις από πτωματικούς δότες είχαν καταστεί δυνατές χάρη στις βελτιώσεις της ανοσοκαταστολής. Το σημαντικότερο, είχαν γίνει απαραίτητες λόγω της σπανιότητας των εν ζωή δωρητών συγγενών – και των κινδύνων για την υγεία τους. Οι ζωντανοί δότες έθεταν ένα επιτακτικό ηθικό πρόβλημα: με την αφαίρεση υγιών νεφρών, οι ιατροί ουσιαστικά ακρωτηρίαζαν τους δότες και κατά συνέπεια παρέβαιναν την ηθική επιταγή του πρωτίστως «μη βλάπτειν». Με εξαίρεση την περίπτωση κατά την οποία η αφαίρεση νεφρού θα μπορούσε να δικαιολογηθεί ως επέμβαση προς όφελος του δότη, η λήψη οργάνων συνιστούσε βιαιοπραγία (Kilbrandon, 1966α,β). Αυτή η ηθελημένη ανταλλαγή «ευ ζην» μεταξύ ασθενών και υγιών συγγενών τους, προβλημάτιζε βαθιά τους χειρουργούς-μεταμοσχευτές.

Οι θεωρητικοί έκαναν κάθε προσπάθεια να μετατρέψουν τη δωρεά νεφρού από πράξη «ακρωτηριασμού» του δότη σε «όφελος» για τον ίδιο. Για να το πετύχουν, παραλλήλισαν τη δωρεά με διάφορους αποδεκτούς κοινωνικούς ρόλους, αναζητώντας εκείνον που θα δικαιολογούσε καλύτερα την απόσπαση υγιών οργάνων από υγιείς ανθρώπους. Οι ζώντες δότες οργάνων παρομοιάζονταν κατά περίπτωση με ψυχασθενείς, πνευματικούς αναζητητές, διαχειριστές πόρων, στρατιώτες, ακόμη και συναδέλφους ιατρούς. Στην απόφαση του δικαστηρίου της Μασσαχουσέτης με την οποία επικυρώθηκε η πρώτη μεταμόσχευση ζωντανού οργάνου, «... εκρίθη ότι από ψυχιατρικής απόψεως η επέμβαση θα είναι προς όφελος του δότη».[06] Πιθανώς οι ιατροί φρόντιζαν περισσότερο για την πνευματική παρά για τη σωματική υγεία του δότη: «... [δεν θα μπορούσε] η δωρεά νεφρού... να δικαιωθεί βάσει της αρχής της πληρότητας; Με άλλα λόγια, η ωφέλεια του πνεύματος είναι προτιμότερη για το άτομο από το υλικό όφελος και μολονότι ο δότης χάνει κάτι υλικό, κερδίζει κάτι σπουδαιότερο σε πνευματικό επίπεδο».[07] Το 1964 ένας χειρουργός-μεταμοσχευτής, έκανε έκκληση στο Ρωμαιοκαθολικό ακροατήριό του να αντιληφθεί το σώμα σαν ένα

δώρο προς τον άνθρωπο, όχι κτήμα του ανθρώπου: «Ως άνθρωποι είμαστε απλά διαχειριστές, όχι κύριοι του σώματός μας και συνεπώς δεν έχουμε *απόλυτη* ελευθερία όσον αφορά τον τρόπο που το διαθέτουμε» (Murray 1964, σελ.56, η υπογράμμιση υπάρχει στο πρωτότυπο). Άλλοι επικαλούνταν εικόνες στρατιωτικού καθήκοντος: «Ο κόσμος ανησυχεί γι' αυτά τα ηθικά προβλήματα, αλλά μήπως κατά τη Μάχη της Βρετανίας είχαμε ηθικούς ενδοιασμούς για το αν θα έπρεπε να επιτρέψουμε σε κάποιον να γίνει πιλότος μαχητικού αεροπλάνου; Προσωπικά θα προτιμούσα να δώσω ένα νεφρό παρά να γίνω πιλότος. Πού είναι η διαφορά;»[08] Μια ιδιαίτερα ευφάνταστη πρόταση ήταν ο δότης «να θεωρηθεί ως μέλος της ομάδας θεραπείας: θα μπορούσε να αποτελέσει, κατά μια έννοια, συνεργάτη του χειρουργού» (Kilbrandon, 1966β,α, σελ. 208). Καμμία από αυτές τις παρομοιώσεις δεν πέτυχε να υποχρεώσει υγιείς ανθρώπους να θυσιάσουν όργανά τους, ούτε απάντησε στο θεμελιώδες ηθικό δίλημμα του αν επιτρέπεται η πρόκληση βλάβης σε ένα σώμα προκειμένου να σωθεί ένα άλλο. Παρ' όλα αυτά, η ρητορική άσκηση της διαμόρφωσης νέων κοινωνικών ρόλων για τους δότες οργάνων επρόκειτο να επανέλθει στο προσκήνιο με την εξέταση του ενδεχομένου να χρησιμοποιηθούν πτωματικοί δότες: συγκεκριμένα, έπρεπε να είναι «νεκροί» ή απλά «τελειωμένοι» για να επιτραπεί η αφαίρεση οργάνων και ήταν σωστό οι «νεκροί» να διατηρούνται για μέρες μέσω «τεχνητής υποστήριξης» (για τη συντήρηση των οργάνων) αντί να κηδεύονται ως είθισται; Οι κοινωνικοί ρόλοι της οικογένειας, του ιατρού και του νεκρού ή θνήσκοντος ατόμου έγιναν όλοι αμφιλεγόμενοι υπό τις νέες συνθήκες που δημιούργησε ο εγκεφαλικός θάνατος και η πιεστική ζήτηση βιώσιμων οργάνων.

Η μεταμόσχευση νεφρού στη δεκαετία του '60 δεν ήταν μόνο μια επέμβαση για ανθρώπους με νεφρική ανεπάρκεια. Τα πειράματα των μεταμοσχεύσεων συμβόλιζαν την ίδια την πρόοδο της ιατρικής· η προώθηση της έρευνας των μεταμοσχεύσεων υποσχόταν την προαγωγή τόσο της ιατρικής όσο και της ανθρωπότητας. Οι υποστηρικτές τους οραματίζονταν μια ουτοπία όπου η απώλεια ενός ζωτικού οργάνου λόγω ασθένειας, γήρατος ή τραυματισμού στον πόλεμο δεν θα ήταν πλέον θανάσιμη, χάρη στη διαθεσιμότητα τεχνητών ή μεταμοσχευμένων υποκατάστατων. Ο ειδικευμένος στις μεταμοσχεύσεις χειρουργός Joseph Murray (ο οποίος επρόκειτο αργότερα να συμμετάσχει στην Ειδική Επιτροπή του Χάρβαρντ) έκλεισε την παρουσίασή του με θέμα τις «πρακτικές δυνατότητες» της μεταμόσχευσης οργάνων με μια παραστατική περιγραφή του εκκεντρικού οράματός του:

Μπορεί κανείς να φανταστεί ότι για τις ανάγκες των διαστημικών ταξιδιών κάποιες εντελώς απρόβλεπτες απαιτήσεις της φυσιολογίας ενδέχεται να καλυφθούν με τη μεταμόσχευση ανταλλακτικών οργάνων, όπως π.χ. επιπλέον επινεφριδίων για την αντιμετώπιση του άγχους στο σεληνιακό περιβάλλον, εφεδρικών πνευμόνων για προσαρμογή στις ατμοσφαιρικές συνθήκες της Αφροδίτης ή εφεδρικών άκρων με τα οποία θα έρπουμε πάνω στον Δία (Murray, 1966, σελ. 55).

Αυτή η αισιοδοξία τροφοδότησε ένα ποικιλόμορφο ερευνητικό θεματολόγιο. Η βασική έρευνα σε ζώα εξέτασε την πιθανότητα μεταμόσχευσης αναρίθμητων μερών του σώματος, συμπεριλαμβανομένων ζωτικών οργάνων, ολόκληρων μελών, δακτύλων, μαστών, δοντιών, μήτρας και εγκεφάλου. Οι προοπτικές κλινικών δοκιμών σε ανθρώπους εκείνη την εποχή περιελάμβαναν τη μεταμόσχευση ήπατος, καρδιάς, τμημάτων του εγκεφάλου, πνευμόνων, μυελού των οστών, εντέρου, συνδετικού ιστού (δέρματος, οστών, άκρων), μαλλιών και διαφόρων ενδοκρινών αδένων, συμπεριλαμβανομένων των γονάδων. [09] Ο χειρουργός-μεταμοσχευτής Joseph

Murray περιέγραψε το τεράστιο δίκτυο των ερευνητικών και κλινικών ομάδων ενδιαφέροντος για τις μεταμοσχεύσεις:

Η μελέτη της βιολογίας των μεταμοσχεύσεων συγκεντρώνει ένα ποικιλόμορφο σύνολο, ή ίσως έναν γαλαξία, επιστημονικών κλάδων. Παθολογοανατόμοι, μικροβιολόγοι, βιοχημικοί, γενετιστές, ζωολόγοι, παθολόγοι, φυσιολόγοι, χειρουργοί, φαρμακολόγοι, ραδιολόγοι, ιολόγοι και κτηνίατροι, όλοι δείχνουν αξιοσημείωτο ενδιαφέρον σε αυτή την αναζήτηση για τα ουσιώδη στοιχεία της βιολογικής μας ταυτότητας. Οι εξελίξεις σε οποιονδήποτε από αυτούς τους κλάδους θα επηρεάσουν ολόκληρο τον επιστημονικό χώρο και μόνο οι πλέον στερημένοι φαντασίας θα ήθελαν να «παγώσουν» ...τη σκέψη μας μέσα στο πλαίσιο των σημερινών μας γνώσεων (Murray, 1966, σελ. 55).

Ωστόσο, ο ηρωισμός της πρωτοποριακής έρευνας ερχόταν κάποιες φορές σε σύγκρουση με τον ηρωισμό της αφοσίωσης στον ασθενή και οι μη άμεσα εμπλεκόμενοι ανησυχούσαν ότι οι ερευνητές μπορεί να έβαζαν τα ερευνητικά τους ενδιαφέροντα πάνω από τη φροντίδα του ασθενούς. Ένας Αμερικανός χειρουργός επεσήμανε το εξής πρόβλημα δημοσίων σχέσεων: «Καθώς οι αντιλήψεις μας για τη μεταμόσχευση ανθρώπινων οργάνων εξελίσσονται, το κοινό πρέπει να διαφωτιστεί επαρκώς ώστε να μην θεωρεί τη μεταμόσχευση ως ένα φρικτό πείραμα, ούτε καν ως πείραμα, αλλά να μάθει να την αποδέχεται ως φυσιολογικό γεγονός» (Murray, 1966, σελ. 210-211).

Η τεχνολογία των τεχνητών οργάνων επίσης συνδέθηκε στενά με την ενασχόληση με τις μεταμοσχεύσεις και τη διαμόρφωση μιας νέας αντίληψης για τον θάνατο. Τα επιτεύγματα της τεχνολογίας τεχνητών οργάνων, ως όραμα και ως πραγματικότητα, θα μπορούσαν να αυξήσουν ή να μειώσουν την αίσθηση του επείγοντος και τον αριθμό όσων βρίσκονταν στην αναμονή για μεταμόσχευση, να συντηρήσουν τις ζωτικές λειτουργίες κατά τη διάρκεια της εγχείρησης και να υποστηρίξουν πολύ πιο καταβεβλημένους μετεγχειρητικούς ασθενείς. Η προσωρινή υποστήριξη με τεχνητά μέσα, όπως τα μηχανήματα καρδιοπνευμονικής παράκαμψης (εξωσωματικής κυκλοφορίας), κατέστησε δυνατή την εγχείρηση ανοιχτής καρδιάς και τις μεταμοσχεύσεις καρδιάς. Ο τεχνητός νεφρός ανέβασε το προσδόκιμο ζωής νεφροπαθών που βρίσκονταν στο τελικό στάδιο της ασθένειάς τους, αυξάνοντας τη ζήτηση για μεταμοσχεύσεις νεφρού (όπως επρόκειτο να συμβεί, δεκαετίες μετά, με την τεχνητή καρδιά και τους υποψηφίους για μεταμόσχευση καρδιάς, αν και με κάπως μικρότερη επιτυχία). Η τεχνητή αναπνοή αντικατέστησε τη λειτουργία των πνευμόνων στους πτωματικούς δότες οργάνων όπως και στους χειρουργούμενους ασθενείς. Ένα έτοιμο «οπλοστάσιο» απαρτιζόμενο από μηχανήματα εντατικής φροντίδας υποστήριζε τις περισσότερο επεμβατικές, καταπονητικές για τον ασθενή εγχειρήσεις· η τεχνητή υποστήριξη μπορούσε να σώσει τον μετεγχειρητικό ασθενή μιας μεταμοσχευτικής επέμβασης από σοβαρές επιπλοκές, όπως αναπνευστική, καρδιακή ή νεφρική ανεπάρκεια. Οι περιορισμένες δυνατότητες της τεχνολογίας τεχνητής καρδιάς χρησιμοποιήθηκαν ως επιχείρημα υπέρ της διευκόλυνσης της εξασφάλισης ανθρώπινης καρδιάς με το αιτιολογικό ότι η αφαίρεση της καρδιάς ασθενών που προορίζονταν για τοποθέτηση τεχνητού οργάνου θα έπρεπε να γίνεται μόνον εφόσον υπήρχε ένα βιώσιμο ανθρώπινο μόσχευμα ως έτοιμη εφεδρεία σε περίπτωση βλάβης του μηχανήματος.[10]. Αντιθέτως, στην περίπτωση των μεταμοσχεύσεων νεφρού στα μέσα της δεκαετίας του '60, ο τεχνητός νεφρός (μηχάνημα αιμοκάθαρσης) αποτέλεσε απειλή για την έρευνα των μεταμοσχεύσεων: η

αιμοκάθαρση ήταν πιο αποτελεσματική και προσιτή από τις μεταμοσχεύσεις και κατά συνέπεια έκανε ακόμα πιο αμφισβητήσιμα τα κίνητρα και τον θεραπευτικό χαρακτήρα των δοκιμών μεταμόσχευσης, ιδιαίτερα όταν αφορούσαν στη δωρεά νεφρού από ζωντανό συγγενή (π.χ. Woodruff, 1966). Αυτό με τη σειρά του αύξησε την ηθική πίεση για στροφή προς τη λήψη νεφρών από πτωματικούς δότες.

Από τις αρχές της δεκαετίας του '60 οι ερευνητές του τομέα των μεταμοσχεύσεων έθεσαν υπό αμφισβήτηση τον συμβατικό ορισμό του θανάτου. Το 1964, σε βιβλίο του με θέμα τις μεταμοσχεύσεις, ένας χειρουργός του Χάρβαρντ πρότεινε τα ακόλουθα κριτήρια για τον θάνατο:

...υπάρχει απόλυτη παύση της εγκεφαλικής λειτουργίας, τα αντανακλαστικά απουσιάζουν, οι κόρες των οφθαλμών διαστέλλονται έντονα, το ηλεκτροεγκεφαλογράφημα δεν δείχνει καμμία λειτουργία και ο ασθενής είναι όντως νεκρός. Ωστόσο δεν δηλώνεται ως «νεκρός» από τον θεράποντα ιατρό παρά μόνον αφού σταματήσει και η καρδιά να χτυπά... Η στιγμιαία παύση του καρδιακού παλμού από μόνη της δεν δηλώνει θάνατο ούτε επιφέρει αναπόφευκτα τον θάνατο... Εάν, ωστόσο, αυτή η παύση εξακολουθήσει... ο ασθενής είναι νεκρός διότι έχει νεκρωθεί ο εγκέφαλος... για τους περισσότερους θνητούς που φτάνουν στο τέλος της ζωής τους, η οριστική παύση του καρδιακού παλμού, της αναπνοής και της εγκεφαλικής λειτουργίας συμβαίνει μέσα σε λίγα λεπτά και κανείς δεν γνωρίζει ποιο σταμάτησε πρώτο, εκτός αν υπάρξει προσεκτική παρατήρηση και χρήση ειδικού ηλεκτρικού εξοπλισμού (Moore, 1964, σελ. 132-133).

Το επιχείρημα εν προκειμένω είναι ότι η οριστική παύση του καρδιακού παλμού συνιστά επαρκή ένδειξη θανάτου μόνο στο βαθμό που προκαλεί καταστροφή του εγκεφάλου. Αυτή η διατύπωση προετοίμασε κάπως το έδαφος για τη νομιμοποίηση του εγκεφαλικού θανάτου, αλλά δεν ήταν αρκετή για να υποβάλλει την ιδέα ότι η καταστροφή του εγκεφάλου αποτελεί αφ' εαυτής «θάνατο» εν απουσία του καρδιακού θανάτου. Αργότερα, το 1966, οι διαλεγόμενοι στο συμπόσιο της Ciba επρόκειτο να υποστηρίξουν την εξίσωση του εγκεφαλικού θανάτου με τον «θάνατο» και να προτείνουν λεπτομερέστερα κλινικά κριτήρια για τη διάγνωσή του.

Σε σύγκριση με τη μεταμόσχευση, η συμβολή του ηλεκτροεγκεφαλογραφήματος (HEΓ) και των συνδεδεμένων συμφερόντων στον επιστημονικό διάλογο που επανεξέταζε τη φύση του θανάτου ήταν πολύ πιο ασαφής μέχρι το 1968. Η έρευνα στον χώρο της ηλεκτροεγκεφαλογραφίας στις δεκαετίες του '50 και του '60 χαρακτηριζόταν από δημιουργικές προσπάθειες για την ανακάλυψη τόσο του νοήματος των καταγραφών HEΓ όσο και των κλινικών εφαρμογών τους, ενώ σε κάποιες περιπτώσεις οι κλινικές εφαρμογές προηγούνταν της πλήρους κατανόησης της σημασίας των ενδείξεων HEΓ για τη φυσιολογία του οργανισμού (Pressman, 1988). Το HEΓ εφαρμοζόταν μόνο σποραδικά στη μελέτη του κώματος ή του θανάτου. Νευρολόγοι και αναισθησιολόγοι έδειξαν ιδιαίτερο ενδιαφέρον για τη χρήση του HEΓ ως μέσου για την εις βάθος παρακολούθηση καταστάσεων απώλειας συνείδησης και ως οδηγού στην αναισθησιολογική αξιολόγηση και τον χειρισμό ασθενών κατά τη διάρκεια χειρουργικών επεμβάσεων αυξανόμενης επικινδυνότητας (π.χ. Hamlin, 1964) [11] Ωστόσο, η χρησιμότητα του HEΓ για αυτό το σκοπό ήταν περιορισμένη· οι καταγραφές διέφεραν μεταξύ των επιμέρους ασθενών και η ερμηνεία τους ήταν συχνά διαφορούμενη (π.χ. Galla κ.ά., 1958). Οι μεμονωμένες εφαρμογές του HEΓ σε περιπτώσεις κώματος έδωσαν παρόμοια ασαφή

αποτελέσματα. Μια Ιταλική μελέτη του 1958, με θέμα τη σχέση ανάμεσα στις κυματομορφές ΗΕΓ και το βάθος του κώματος, δεν βρήκε κάποιο συσχετισμό ανάμεσα στο «βάθος του κώματος και στον τύπο των μεταβολών στο ηλεκτροεγκεφαλογράφημα» (Loeb, 1958). Η πιο σημαντική εργασία στον χώρο του μη αναστρέψιμου κώματος ήταν ο ορισμός, από Γάλλους νευροφυσιολόγους το 1959, του «*coma dépassé*» («υπερβαθέν κώμα», κατάσταση πέραν του κώματος) με το οποίο περιγράφεται το μη αναστρέψιμο κώμα, (Mollaret και Goulon, 1959· Fischgold και Mathis, 1959· Jouvét, 1959). Εντούτοις, η έλλειψη σχετικής βιβλιογραφίας και παραπομπών από Αμερικανούς ειδήμονες της ηλεκτροεγκεφαλογραφίας μεταξύ 1959 και 1968 υποδηλώνει ότι ο όρος «*coma dépassé*» δεν τράβηξε την προσοχή των Αμερικανών ερευνητών σε αυτή την κρίσιμη περίοδο.

Συνεπείς στην απ' αιώνων προσπάθεια της τεχνολογίας να διαγνώσει τη νεκροφάνεια προς αποφυγή της πρόωρης ταφής (π.χ. Alexander, 1980· Pernick, 1988) οι ειδικοί στην ηλεκτροεγκεφαλογραφία προώθησαν όντως το ρόλο του ΗΕΓ ως μέσου ανίχνευσης και της πιο δυσδιάκριτης παρουσίας «ζωής» σε ένα φαινομενικά άψυχο σώμα, καθώς και ως μέσου πρόβλεψης της ανάνηψής του. Ο Bickford κ.ά. (1965) επεσήμανε ότι «όλο και πιο συχνά ο ειδικός της ηλεκτροεγκεφαλογραφίας καλείται να γνωμοδοτήσει για το αν υπάρχει ή μπορεί να ανακτηθεί η λειτουργία του κεντρικού νευρικού συστήματος»· υπέδειξε δε ότι η δυσκολία πραγματοποίησης αυτών των προγνώσεων απαιτούσε «συγκέντρωση εμπειρίας» για την ελάττωση της αβεβαιότητας (Bickford κ.ά., 1965). Ο Tentler κ.ά. (1957) είχε δώσει στη δημοσιότητα μια έκθεση που αφορούσε εσφαλμένη διάγνωση, μέσω ΗΕΓ, του θανάτου ενός υποθερμικού χειρουργημένου ασθενούς. Οι ειδικοί της ηλεκτροεγκεφαλογραφίας προώθησαν περαιτέρω τη χρήση του ΗΕΓ για την επιβεβαίωση του *συμβατικού* θανάτου (ως ένα επιπλέον κριτήριο πέρα από την παύση του καρδιακού παλμού) ή για τη διάσωση της φθίνουσας ζωής (Carbonell κ.ά., 1963· Hamlin, 1964· Hauser και Brewer, 1966), π.χ.:

Η ιερότητα της ζωής δεν πρέπει να εξαρτάται από την παρουσία ή απουσία καρδιακού παλμού και αναπνοής εξαιρώντας την εγκεφαλική λειτουργία, όταν υπάρχουν ζωτικής σημασίας κριτήρια που τίθενται στη διάθεσή μας από τους ειδικευμένους χειριστές ηλεκτροεγκεφαλογράφων. Οι τελευταίοι θα πρέπει να προωθήσουν την αποδοχή αυτών των οργάνων και των διαγνωστικών τους ικανοτήτων για τη νομική πιστοποίηση του *status mortis* [κατάσταση θανάτου]. (Hamlin, 1964, σελ. 112).

Ερευνητές στο εργαστήριο ηλεκτροεγκεφαλογραφίας του Γενικού Νοσοκομείου της Μασσαχουσέτης επίσης προώθησαν το ΗΕΓ καθαρά για την επιβεβαίωση του «θανάτου». Το εν λόγω ερευνητικό κέντρο δημοσίευσε το 1964 μια πρώτη εκδοχή των κριτηρίων του εγκεφαλικού θανάτου (Hamlin, 1964), υποστηρίζοντας ότι η ισοηλεκτρική γραμμή του ΗΕΓ αντιστοιχεί στον θάνατο, βάσει του μεταφυσικού συλλογισμού ότι «[α]σφαλώς το ανθρώπινο πνεύμα που αναδεικνύεται μέσα από τη μοναδική ατομικότητα του ανθρώπου είναι προϊόν του μυαλού, όχι της καρδιάς του» (Hamlin, 1964, σελ. 113). Οι συγγραφείς κατήγγειλαν την τεχνητή υποστήριξη εγκεφαλικά νεκρών ασθενών ως προσβολή στην «αξιοπρέπεια του θανάτου»:

Εάν η πλήρης σιγή του ΗΕΓ μπορούσε να γίνει αποδεκτή ως βάσιμος λόγος για τη διακοπή των άκαρπων προσπαθειών ανάνηψης, θα διασωζόταν κάτι από την αξιοπρέπεια του θανάτου, η οποία συχνά χάνεται μέσα από τη δουλική και φοβική

άρνησή μας να αποδεχθούμε το γεγονός ότι ο Άγιος Πέτρος βρίσκεται στις Πύλες ή ο Χάροντας στο Πέρασμα (Hamlin, 1964, σελ. 114).

Οι ερευνητές είχαν ήδη εφαρμόσει το ΗΕΓ στη διάγνωση του θανάτου σε τουλάχιστον 10 περιπτώσεις μέχρι το 1963 (Schwab κ.ά., 1963), και σε 15 περιπτώσεις μέχρι το 1964 (Hamlin, 1964). Το σκεπτικό τους, βάσει του οποίου ένα άτομο με σοβαρή εγκεφαλική βλάβη αλλά πάλλουσα καρδιά έπρεπε να δηλώνεται ως νεκρό, περιγράφεται ως εξής:

Το θέμα της παρούσας έκθεσης είναι οι ατυχείς περιπτώσεις στις οποίες έγινε αποκατάσταση της καρδιακής λειτουργίας, αλλά η ανοξία ήταν τόσο παρατεταμένη ώστε να επέλθει καταστροφή των κέντρων ελέγχου της αναπνοής και του ανώτερου νευρικού συστήματος. Σε αυτές τις περιπτώσεις καταλήγουμε σε μια καρδιοπνευμονική κατασκευή (συσκευή), η οποία μπορεί να είναι βιώσιμη για πολλές ημέρες. Για αιώνες, ο θάνατος καθοριζόταν από την απουσία καρδιακού παλμού. Συνεπώς, η παρουσία σφυγμού, αρτηριακής πίεσης και ευδιάκριτου καρδιακού παλμού καθιστά αναγκαία την καθιέρωση μιας άλλης ένδειξης θανάτου (Schwab κ.ά., 1963, σελ. 147).

Αρκετές ήταν οι ερωτήσεις που ετέθησαν (αλλά δεν απαντήθηκαν) στο συμπόσιο της Ciba το 1966 σχετικά με την απεικόνιση του θανάτου μέσω ηλεκτροεγκεφαλογραφήματος. Το ΗΕΓ εμφάνιζε την επιθυμητή «επίπεδη γραμμή», αλλά πόσο μακριά έπρεπε να είναι η γραμμή για να συνιστά εικόνα θανάτου; Ήταν ακριβές το μηχάνημα; Πόσες απεικονίσεις έπρεπε να ληφθούν; Ήταν αξιόπιστο το μηχάνημα; Υπήρχε κάτι από την ουσία της ζωής που θα μπορούσε ακουσίως να μείνει έξω από την εικόνα; Παρά την αβεβαιότητα αυτή, το ΗΕΓ υποσχόταν μια αντικειμενική, τεχνολογική βάση που προσέδιδε κύρος στον ιατρικό επαναπροσδιορισμό του θανάτου προς υποστήριξη της τεχνολογίας των μεταμοσχεύσεων:

«Κάποιοι βιολόγοι δέχονται ένα λεπτό σιγή του ΗΕΓ ως αδιάσειστη απόδειξη θανάτου. Άλλοι δέχονται τρία ή πέντε λεπτά. Όπως και αν θελήσει να το δει κανείς, θα έπρεπε να υπάρχει ένας μηχανισμός για τη συλλογή ένορκων βεβαιώσεων από όλους τους επιστήμονες που είναι αρμόδιοι να μιλούν με κύρος πάνω σ' αυτό το σημείο, ώστε να μπορέσουμε να καταλήξουμε σε έναν ιατρικό ορισμό του θανάτου ο οποίος θα είχε, στην πράξη, νομική ισχύ. Στη συνέχεια, εάν ο νόμος και η κοινωνία παραμερίσουν κάποιους από τους απαρχαιωμένους κανόνες που διέπουν την ανατομία, μου φαίνεται ότι θα τεθούν πλήρως τα θεμέλια για μεταμοσχεύσεις από πτώματα.»[12]

Είναι αξιοσημείωτο ότι πολλά φιλοσοφικά εγχειρήματα στη δεκαετία του '60 τοποθέτησαν το θάνατο σε νέο πλαίσιο ως μια συνεχή διαδικασία μάλλον παρά ως διακριτό γεγονός, κάτι που επέφερε ασάφεια μεταξύ της πρόγνωσης και της διάγνωσης στη βεβαίωση θανάτου. Το να βρίσκεται κάποιος σε κώμα «μη αναστρέψιμο» ή «χωρίς ελπίδα ανάνηψης» μπορούσε να ισοδυναμεί με το να είναι ήδη νεκρός. Ένας συζητητής στο συμπόσιο της Ciba παρουσίασε τα εγκεφαλικής βάσης κριτήρια τα οποία ο ίδιος και συνάδελφοί του είχαν ήδη εφαρμόσει σε δυνητικούς δότες σώματος στη Γαλλία· αυτά περιελάμβαναν: απουσία αντανάκλαστικών, διαστολή της κόρης των οφθαλμών, ισοηλεκτρική γραμμή ΗΕΓ επί αρκετές ώρες, απουσία αυτόνομης αναπνευστικής λειτουργίας για διάστημα πέντε

λεπτών εκτός αναπνευστήρα και φθίνουσα αρτηριακή πίεση.[13] Το τελευταίο κριτήριο αποτελούσε σίγουρη ένδειξη ότι ο συμβατικός θάνατος θα ακολουθούσε μέσα σε λίγες ώρες. Αυτό το σύνδρομο εγκεφαλικού θανάτου νομιμοποιήθηκε μέσω της στενής χρονικής συσχέτισής του με τον συμβατικό θάνατο: η φθίνουσα αρτηριακή πίεση ήταν καθαρή ένδειξη μη ανατάξιμης κατάστασης, καθώς όχι μόνο ο εγκέφαλος, αλλά και το υπόλοιπο σώμα νεκρωνόταν με ταχείς ρυθμούς. Ωστόσο, η υπερβολική αναμονή κατά τη σταδιακή πορεία προς τον θάνατο ενείχε τον κίνδυνο να καταστραφούν μεταμοσχεύσιμα ζωτικά όργανα: ο εγκεφαλικά νεκρός δεν έπρεπε να αφηθεί να γίνει «υπερβολικά νεκρός» για τους σκοπούς της δωρεάς οργάνων. Ένας συζητητής του συμποσίου απέρριψε το κριτήριο της φθίνουσας αρτηριακής πίεσης, αφού «... συχνά η πτώση μπορεί να εμφανιστεί πιο αργά από τις άλλες ενδείξεις και σε ορισμένες περιπτώσεις η αρτηριακή πίεση παραμένει στα 100 mm επί αρκετές ώρες».[14] Αυτή η τάση να απομακρύνουμε τη στιγμή του εγκεφαλικού θανάτου από τη στιγμή του συμβατικού θανάτου συνεχίζεται έως σήμερα, όπου κάποιες προτάσεις για τροποποίηση των κριτηρίων του εγκεφαλικού θανάτου θα μπορούσαν να δεσμεύσουν το σώμα όχι για ώρες ή ημέρες αλλά για μήνες ή ακόμη και για χρόνια πριν από τον πλήρη σωματικό θάνατο (π.χ. σε «εμμένουσα φυτική κατάσταση»).

Ο όρος «εγκεφαλικός θάνατος» ως έκφραση που περιγράφει το μη αναστρέψιμο κώμα ή ως διάγνωση του θανάτου βάσει του εγκεφάλου δεν είχε καθιερωθεί πριν από το 1968. Όσοι πρότειναν και συζητούσαν τα πρώτα κριτήρια εγκεφαλικού θανάτου χρησιμοποιούσαν αντ' αυτού μια ενδιαφέρουσα ποικιλία ρητορικών στρατηγικών και όρων για να περιγράψουν τα είδη σώματος στα οποία αναφέρονταν, π.χ. «νεκρός αλλά σε κατάσταση τεχνητής επιβίωσης» (Hamburger και Crosnier, 1968, σελ. 42). Οι αναφορές σε καταστάσεις (π.χ. «νεκρός») συχνά συνδυάζονταν με αναφορές σε διαδικασίες και προγνώσεις (π.χ. «μη αναστρέψιμος»). Ιδιαίτερα αδέξιοι προσδιορισμοί επινοούνταν από ιατρούς που απέφευγαν να ονομάσουν το σώμα «νεκρό», ωστόσο ήταν πρόθυμοι να το χρησιμοποιήσουν ως πηγή οργάνων. Για παράδειγμα, το οξύμωρο «ζωντανό πτώμα» (συχνά μέσα σε εισαγωγικά) χρησιμοποιείτο κάποιες φορές για να δηλώσει την ειδική περίπτωση πτώματος του οποίου ένα μεγάλο μέρος των ιστών, συμπεριλαμβανομένης της καρδιάς, ήταν σαφώς ζωντανοί. Ο εργαστηριακός όρος «καρδιοπνευμονική κατασκευή» χρησιμοποιήθηκε στον ακόλουθο διάλογο: «Για πόσον καιρό εξακολούθησαν οι ασθενείς σας να αποτελούν καρδιοπνευμονικές κατασκευές;» Η απάντηση ήταν, «... Κατά τη γνώμη μου δεν έχει σημασία αν μια καρδιοπνευμονική κατασκευή συνεχίζει να υφίσταται για δύο ημέρες ή ακόμη και για εβδομάδες: δεν παύει να αποτελεί μια καρδιοπνευμονική κατασκευή και για εμάς δεν παύει να είναι ένα νεκρό άτομο».[15] Η επιτομή της διαδικαστικής ορολογίας που χρησιμοποίησε ένας ερευνητής των μεταμοσχεύσεων ήταν: «Θα ήθελα να επιστήσω την προσοχή σας στη διαφορά μεταξύ του παρατεταμένου κώματος και των εν δυνάμει πτωμάτων που σχεδόν αποτελούν καρδιοπνευμονικές κατασκευές». Αναμφίβολα θα ήταν μια ανακούφιση η αντικατάσταση ετικετών όπως «εν δυνάμει πτώματα που σχεδόν αποτελούν καρδιοπνευμονικές κατασκευές»[16] με τον όρο «εγκεφαλικά νεκροί» μετά το 1968.

Εντούτοις, η εκχώρηση του απλού κοινωνικού ρόλου του «νεκρού» σε δυνητικούς δότες οργάνων υπήρχε κίνδυνος να τους θέσει εκτός της δικαιοδοσίας της ιατρικής φροντίδας. Ένας πολύ πρακτικός λόγος ανησυχίας που συζητήθηκε στη διάσκεψη της Ciba ήταν η νομική πρόσβαση στο σώμα. Οι ζωντανοί «ασθενείς» βρίσκονταν νόμιμα υπό την επιμέλεια των ιατρών, ενώ τα «πτώματα» ανήκαν αποκλειστικά στον πλησιέστερο συγγενή. Από τη στιγμή που βεβαιωνόταν ο θάνατος οι ιατροί δεν

μπορούσαν πλέον να χειριστούν το σώμα κατά τη διακριτική τους ευχέρεια, προς το θεραπευτικό συμφέρον είτε του ιδίου είτε του δυνητικού αποδέκτη οργάνων. Απαντώντας στα κριτήρια θανάτου που προτάθηκαν κατά το συμπόσιο της Ciba, ένας Σουηδός ιατρός παρατήρησε «Εάν έχεις αποφασίσει τι είναι ζωή και τι θάνατος, τότε έχεις το δικαίωμα να αφαιρέσεις ένα όργανο από το νεκρό σώμα, ακόμα και αν κάποιος άλλος θεωρεί ότι το άτομο είναι ζωντανό... [τα νέα αυτά κριτήρια λένε] ότι κάποιος που σύμφωνα με τα παλαιά κριτήρια είναι ακόμα ζωντανός στην πραγματικότητα έχει πεθάνει, ενώ εμείς θέλουμε να θεωρείται το άτομο ζωντανό για όσο το δυνατόν περισσότερο χρόνο, ούτως ώστε να μην μπορέσουν οι συγγενείς να έρθουν και να πουν “Είναι νεκρός και δεν σας επιτρέπουμε να πάρετε τίποτα”».[17]

Ένας νομικός πρότεινε στους ιατρούς ένα παράτυπο μέσο για να παρακάμψουν το πρόβλημα της οικογενειακής συναίνεσης: «Αν το όργανο αφαιρεθεί διακριτικά και το σώμα παραδοθεί κατά τον συνήθη τρόπο, όλοι θα βγουν κερδισμένοι.» [18]

Χωρίς τη ζήτηση για μεταμοσχεύσιμα όργανα, πόσο κυρίαρχη και αισθητή είχε γίνει η παρουσία ασθενών τελικού σταδίου με κώμα ώστε να δημιουργήσει από μόνη της την επιτακτική ανάγκη επαναπροσδιορισμού του θανάτου το 1968; Κατά τις δεκαετίες του '50 και του '60 οι ιατροί πράγματι χρησιμοποιούσαν όλο και περισσότερο την τεχνολογία εντατικής υποστήριξης στη νοσηλεία ασθενών εντός νοσοκομείου. Μέχρι το 1951 περίπου 20% των δημόσιων νοσοκομείων μεσαίου έως μεγάλου μεγέθους διέθεταν μονάδες εντατικής θεραπείας (ΜΕΘ), ενώ στις αρχές της δεκαετίας του '60 ουσιαστικά όλα τα νοσοκομεία χρησιμοποιούσαν κάποια τεχνολογία ΜΕΘ, τουλάχιστον υπό μορφή αιθουσών μετεγχειρητικής ανάνηψης (Russell, 1979). Αν και η ιδέα της συνετής χρήσης περιορισμένων διαθέσιμων πόρων δεν αποτέλεσε σημαντικό θέμα συζήτησης στα υπομνήματα, προσχέδια ή χειρόγραφα της Ειδικής Επιτροπής του Χάρβαρντ όπου επαναδιατυπώθηκε ο ορισμός του θανάτου το 1968, χρησιμοποιήθηκε αργότερα για να δικαιολογήσει την έννοια του εγκεφαλικού θανάτου όπως τη συνέλαβε η Επιτροπή. Εξηγώντας τη σημασία της χρησιμοθηρικής διάστασης των κριτηρίων εγκεφαλικού θανάτου που καθόρισε η επιτροπή του, ο Beecher έγραψε το 1970:

«... Δεν νομίζω ότι είναι άκομψο να γίνεται εδώ λόγος για χρήματα, γιατί αν είχαμε περισσότερα χρήματα θα μπορούσαμε να σώσουμε περισσότερες ζωές στα νοσοκομεία. Αν ο μέσος χρόνος παραμονής στο νοσοκομείο είναι δύο εβδομάδες, τότε το άτομο με μη αναστρέψιμη απώλεια συνείδησης καταλαμβάνει χώρο που θα μπορούσε να διατεθεί για 26 άλλα άτομα σε διάστημα ενός έτους. Πριν από λίγο καιρό οι Times του Λονδίνου έγραψαν για τον θάνατο, στο Μοντρεάλ, μιας γυναίκας 21 ετών η οποία είχε μείνει αναισθητη μετά από αυτοκινητιστικό δυστύχημα 12 χρόνια πριν. Συνεπώς, αν δεχθείτε τους υπολογισμούς μου, στέρησε τη νοσοκομειακή κλίνη από 312 ασθενείς» (Beecher, 1970, σελ. 472).

Η ειρωνεία είναι ότι η συγκεκριμένη μορφή «μη αναστρέψιμης απώλειας συνείδησης» που ορίστηκε το 1968 συνήθως οδηγεί στον συμβατικό θάνατο μέσα σε μία εβδομάδα· η ασθενής την οποία περιγράφει ο Beecher πιθανότατα δεν θα πληρούσε τις προϋποθέσεις για να χαρακτηριστεί «εγκεφαλικά νεκρή» σύμφωνα με τα κριτήρια της ίδιας της επιτροπής του. Πραγματικά δεν υπάρχουν στοιχεία που να τεκμηριώνουν ότι μέχρι το 1968 είχε προκύψει κρίση είτε στους ιατρικούς κύκλους είτε στην κοινωνία εξαιτίας της επιβάρυνσης των περιορισμένων οικονομικών πόρων από τις περιπτώσεις παρατεταμένου κώματος. Κατά ειρωνικό

τρόπο, αυτό που φαίνεται να τράβηξε περισσότερο την προσοχή των επικριτών ήταν η επιβάρυνση των περιορισμένων πόρων από την έρευνα των μεταμοσχεύσεων.[19] Στις 100 μεταμοσχεύσεις καρδιάς που πραγματοποιήθηκαν κατά τον πρώτο χρόνο εφαρμογής τους μόνο ένας ασθενής έζησε πάνω από 11 μήνες. (Fox και Swazey, 1978). Το κόστος της ίδιας της μεταμόσχευσης, μη συμπεριλαμβανομένης της μετεγχειρητικής φροντίδας, ήταν περίπου \$30.000. Η πρώτη μεταμόσχευση καρδιάς σε ενήλικο άτομο στις Ηνωμένες Πολιτείες χρειάστηκε περίπου 144 λίτρα αίματος, σε σύγκριση με τα 9,5 λίτρα κατ' ελάχιστον που απαιτούνται συνήθως σε σοβαρές περιπτώσεις αιμορραγίας (τοκετούς, ατυχήματα, εγκαύματα ή εγχειρήσεις) ή τα 5,6-6,1 λίτρα που υπάρχουν στο σώμα ενός υγιούς ενηλίκου (Titmuss, 1971).

Στα δημόσια βήματα διαλόγου η περιστασιακή κριτική που δεχόταν η υποστήριξη ζωτικών λειτουργιών επικεντρωνόταν όχι στον κατάλληλο τρόπο προσδιορισμού του *θανάτου*, αλλά στο έως πού έφτανε η υποχρέωση του ιατρού να αναβάλλει την *επέλευση του θανάτου*. Παραδείγματος χάριν, το 1957 ένα περιοδικό ευρείας κυκλοφορίας δημοσίευσε τη συγκινητική ιστορία μιας χήρας που περιέγραφε το τέλος του συζύγου της στο νοσοκομείο, καταγγέλλοντας την ικανότητα της σύγχρονης ιατρικής να επιβραδύνει τον θάνατο μετατρέποντάς τον σε μια παρατεταμένη διαδικασία που ευτελίζει τον άνθρωπο (Ανώνυμη, 1957). Με την αναδημοσίευσή του στο *Reader's Digest*, το κείμενο απέκτησε μεγάλη προβολή και προκάλεσε ανάμεικτες αντιδράσεις από ιατρούς, κληρικούς και μελλοθάνατους ασθενείς.[20] Σύντομα αποτέλεσε θέμα του κύριου άρθρου της *Ιατρικής Επιθεώρησης Νέας Αγγλίας* (*New England Journal of Medicine*), το οποίο συνιστούσε το δημοσίευμα ως «απαραίτητο ανάγνωσμα για ιατρούς» (*NEJM*, 1957). Ο συντάκτης εξέφραζε ιδιαίτερη ανησυχία για την καλή εικόνα του θεράποντος όταν ένα «ημιθανές» άτομο

... [διατηρείται στη ζωή] για τόσο μεγάλο χρονικό διάστημα ώστε οι γιατροί στα μάτια των συγγενών να μη θυμίζουν παρά ελάχιστα τον σοφό, συμπονετικό οικογενειακό γιατρό του παλιού καιρού... αυτή η υποβίβαση της αξιοπρέπειας και της συμπόνιας προς τους πενθούντες μοιάζει να είναι αντιστρόφως ανάλογη προς την ικανότητα των ιατρικών επιστημών να παρατείνουν τη ζωή (*NEJM*, 1957, σελ. 760).

Ήταν προφανές ότι οι ηρωικές πράξεις της Ιατρικής είχαν αρχίσει να δημιουργούν πρόβλημα στη δημόσια εικόνα των ηρώων. Η διατύπωση του κύριου άρθρου στο *NEJM* δείχνει ότι η κρίση, όπως την αντιλαμβανόταν ο συγγραφέας, έγκειτο όχι στην ασάφεια της κατάστασης του ασθενούς (ζωντανός ή νεκρός), αλλά μάλλον στη φρίκη που ένοιωθε ο κόσμος για τον αργό θάνατο στο νοσοκομείο και στην καινοφανή ανησυχία του για την ικανότητα του ιατρού να τον παρατείνει.

Το 1957, μια ομάδα αναισθησιολόγων έθεσε το ηθικό πρόβλημα της παράτασης της ζωής με ιατρικά μέσα στον Πάπα Πίο XII ζητώντας την καθοδήγησή του. Ο Πάπας επέστρεψε το δίλημμα στους ιατρούς, δηλώνοντας ότι τα κριτήρια για τον *χρονικό προσδιορισμό* (όχι τον ορισμό) του θανάτου υπό συνθήκες τεχνητής υποστήριξης της ζωής έπρεπε να επαφίενται στον θεράποντα ιατρό ((Πίος XII, 1958). Εκείνη την εποχή ούτε ο Τύπος ούτε οι ιατροί εξέλαβαν τη δήλωση του Πάπα ως κάλεσμα για επαναπροσδιορισμό του ίδιου του θανάτου. Αν και υπήρξε πρωτοσέλιδη ειδησεογραφική κάλυψη, οι αναφορές διαφόρων δημοσιογράφων έδιναν αλληλοσυγκρουόμενες ερμηνείες της θέσης του Πάπα. Μια μεγάλη εφημερίδα έγραψε ότι «Η ανθρώπινη ύπαρξη μπορεί να μη σβήσει αμέσως μετά το σταμάτημα της καρδιάς και η ιατρική επιστήμη δικαιούται να αγωνιστεί με όσα μέσα διαθέτει για

να επαναφέρει στη ζωή ένα φαινομενικά νεκρό άτομο, είτε ο Πάπας Πίος...» (*New York Times*, 25 Νοεμβρίου). Στον αντίποδα, μια άλλη εφημερίδα ανέφερε ότι «Οι γιατροί είναι θεμιτό να σταματούν τις προσπάθειες καθυστέρησης του θανάτου... οι τεχνητές μέθοδοι ανάνηψης μπορούν να διακόπτονται προκειμένου να επιτραπεί σε έναν πρακτικά νεκρό ασθενή να «πεθάνει εν ειρήνη» » (*Boston Globe*, 25 Νοεμβρίου 1957). Αυτή η τελευταία εκδοχή προσέθετε ότι μολονότι η Εκκλησία «δεν ήταν αρμόδια» να υπαγορεύσει τον ορισμό του θανάτου, «Το μήνυμα προς τους γιατρούς ήταν ότι μπορούσαν να αφαιρέσουν τον αναπνευστήρα προτού σταματήσει οριστικά η κυκλοφορία του αίματος», ανταποκρινόμενοι σε έκκληση της οικογένειας του ασθενούς. Και στις δύο αυτές εκδοχές, η απόφαση του ιατρού σχετικά με τη συνέχιση της τεχνητής υποστήριξης έπρεπε να ληφθεί με βάση το συμφέρον του ασθενούς και της οικογένειάς του. Το συμφέρον της έρευνας και το όφελος άλλων ασθενών δεν υπεισέρχονταν στη συζήτηση.

Πολλοί θεωρητικοί δίσταζαν να περιλάβουν *όλους* τους τύπους μη αναστρέψιμου κώματος στην έννοια του θανάτου (π.χ. Louisell, 1966· Hamburger και Crosnier, 1968). Ένας νομικός σχολίασε το 1966:

Πρέπει λοιπόν να ορίσουμε τον θάνατο ως τη στιγμή κατά την οποία διαπιστώνεται πέρα από κάθε αμφιβολία η ανεπανόρθωτη καταστροφή της εγκεφαλικής ουσίας χωρίς καμμία πιθανότητα ανάκτησης της συνείδησης; Όμως υπάρχουν άνθρωποι που έχουν ζήσει για μήνες ή χρόνια με τέτοιου είδους καταστροφή του εγκεφάλου μετά από κρανιακές κακώσεις... και κανείς δεν έχει ισχυριστεί ότι αυτές οι περιπτώσεις συνιστούσαν ουσιαστικά θάνατο (Louisell, 1966, σελ. 92).

Πράγματι, όταν τα λαϊκά μέσα ενημέρωσης αναφέρονταν σε περιπτώσεις κώματος, συνήθως περιέγραφαν το άτομο ως αναμφισβήτητα *ζωντανό*, έστω και υπό τραγικές συνθήκες. Οι ιστορίες των εφημερίδων πριν από την πρώτη μεταμόσχευση καρδιάς το 1967 δεν προοιωνίζαν κάποιο ιδιαίτερο ενδιαφέρον για τον ασθενή σε κώμα ως νεκρό ή ως κοινωνικό βάρος, πολύ λιγότερο δε ως πηγή μεταμοσχεύσιμων ιστών. Αντιθέτως, οι ευρισκόμενοι σε χρόνιο κώμα τυπικά θεωρούνταν είτε ως μια εκπληκτική ανωμαλία της φύσης είτε ως μια πρόκληση για την ιατρική καινοτομία. Από τη δεκαετία του '30 μέχρι τις αρχές της δεκαετίας του '60 τα μέσα ενημέρωσης έκαναν περιστασιακές αναφορές σε επιμέρους περιπτώσεις κώματος (ποτέ δεν έγινε λόγος για ποσοστά επιδημικού χαρακτήρα). Όταν άτομα σε κώμα γίνονταν θέμα είδησης, [21] οι δημοσιογράφοι δεν αντιμετώπιζαν την πρόγνωση και τη θεραπεία των ασθενών ως ηθικά διλήμματα, ούτε χαρακτήριζαν το κώμα ως ειδικό προοίμιο ή τύπο θανάτου. Η πληροφόρηση σχετικά με το κώμα μάλλον ενσωματωνόταν σε σύντομα χρονογραφήματα του στυλ «απίστευτο και όμως αληθινό» με θέμα τα έργα και ημέρες ατόμων σε κωματώδη κατάσταση. Συνήθως αυτές οι ιστορίες μνημόνευαν κάποιο επετειακό γεγονός ή τη θαυμαστή ανάρρωση ή, λιγότερο συχνά, τον θάνατο ενός ασθενούς σε μακροχρόνιο κώμα. Η διάρκεια αυτών των αξιοσημείωτα μακρόβιων περιπτώσεων κώματος κυμαίνονταν από ένα μήνα έως εννέα χρόνια. Οι ασθενείς περιγράφονταν με το όνομα, το φύλο, την ηλικία, το επάγγελμά τους και μερικές φορές δινόταν στον Τύπο ακόμα και η διεύθυνση κατοικίας τους. Τυπικά επισημαινόταν η αιτία του κώματος, καθώς και η ιατρική περίθαλψη και η γενική κατάσταση της υγείας τους. Αυτές οι περιγραφές εμφυσούσαν μια πλασματική ζωτικότητα στους κωματώδεις ασθενείς και επικεντρώνονταν περισσότερο στην πρόοδο, στην υγεία και στην ανάπτυξή τους, παρά στην αναπηρία ή στη ζοφερή τους πρόγνωση. Τα άρθρα αφηγούνταν πώς συνέχιζαν να αναπτύσσονται τα μαλλιά, τα

νύχια και το σώμα των ασθενών κατά τη διάρκεια του περιορισμού τους στην εντατική και για ποιες αντιδράσεις και λειτουργίες ήταν ενδεχομένως ικανοί. Οι ασθενείς ποτέ δεν παρουσιάζονταν ως ουσιαστικά «νεκροί», ούτε καν ως ζωντανοί με ερωτηματικό. Μάλιστα, οι θεράποντες ορισμένες φορές περιέγραφαν τους ασθενείς τους ως αρκετά υγιείς, παρά την εμφανώς δύσκολη κατάστασή τους· χαρακτηριστική ήταν, για παράδειγμα, η δήλωση «αν και δεν υπάρχει καμμία ένδειξη ότι [ο ασθενής] θα ανακτήσει τις αισθήσεις του, η κατάστασή του περιγράφεται ως αρκετά καλή» (*New York Times*, 14 Ιανουαρίου). Κοινό σημείο των περιπτώσεων ήταν ότι έφερναν σε αμηχανία ακόμα και έμπειρους ιατρούς, των οποίων οι δηλώσεις κάποιες φορές παρέπεμπαν στη βοήθεια του Θεού ή των θαυμάτων. Παρά τις ομολογουμένως περιορισμένες δυνατότητες της ιατρικής να κατανοήσει το κώμα, οι περιγραφές της πλέον εξελιγμένης διαγνωστικής και θεραπευτικής τεχνολογίας έδιναν την εντύπωση προσηλωμένης και αποτελεσματικής περίθαλψης. Οι ασθενείς βρίσκονταν υπό τη φροντίδα «προβληματισμένων» ιατρών διαφόρων ειδικοτήτων, οι οποίοι χρησιμοποιούσαν «μηχανήματα πυρετού», μεταγγίσεις αίματος, ορούς και αιματικά «υγρά», «ενέσεις που περιείχαν δηλητήριο για βέλη από Ινδιάνους της Νοτίου Αμερικής», κοιλιογραφήματα, μια σειρά από απροσδιόριστες «επεμβάσεις στον εγκέφαλο», σωλήνες παροχής τροφής και ταλαντευόμενες κλίνες. Το ζήτημα της χρηματοδότησης της νοσηλείας προέκυψε μόνο στην περίπτωση ενός μηχανικού από το Cincinnati, ο οποίος υπέστη κρανιακή κάκωση σε εργατικό ατύχημα το 1943 και στο διάστημα των εννέα χρόνων που βρισκόταν σε κώμα συντηρείτο από τους πόρους του Ταμείου Εργατικών Αποζημιώσεων. Η περίπτωση του γνωστοποιήθηκε για πρώτη φορά στον Τύπο το 1948, όταν διαπιστώθηκε ότι αποτελούσε την πιο μακροχρόνια περίπτωση απώλειας συνείδησης στην ιστορία της ιατρικής και ότι η νοσηλεία του είχε κοστίσει στην Βιομηχανική Επιτροπή του Ohio (Ohio Industrial Commission) το ποσό των 63.026,42 δολαρίων (*New York Times*, 1 Αυγούστου). Η ιστορία δεν φαίνεται να τράβηξε ιδιαίτερα την προσοχή των συντακτών ειδήσεων και έως το τέλος της δεκαετίας του '60 δεν εμφανίστηκαν παρά ελάχιστες άλλες αναφορές στο θέμα των υπερβολικών ιατρικών δαπανών, στις εφημερίδες μεγάλης κυκλοφορίας ή στις μεγάλες ιατρικές περιοδικές εκδόσεις.

Το 1966 προέκυψε διαφωνία μεταξύ ιατρών και νομικών σχετικά με το ποιος κοινωνικός φορέας είχε το δικαίωμα και την εμπειρογνομosύνη να επαναπροσδιορίσει τον θάνατο. Οι νομικοί συμβούλευσαν τον ιατρικό κλάδο να αναλάβει την πρωτοβουλία, όπως είχε κάνει ο Πάπας μία δεκαετία πριν. Αρκετοί ερευνητές στο συμπόσιο της Ciba σαφώς αναγνώρισαν ότι οι δραστηριότητές τους θα μπορούσαν να απειληθούν από εξωιατρικούς ορισμούς του θανάτου οι οποίοι δεν υπαγορεύονταν από το ενδιαφέρον για τις μεταμοσχεύσεις. Ωστόσο, πολλοί ιατρικοί ερευνητές είδαν επίσης τον επίσημο ορισμό του θανάτου ως ένα ευρύτερο φιλοσοφικό εγχείρημα το οποίο θα έπρεπε να αναληφθεί και από επιστήμονες εκτός του ιατρικού χώρου. Αυτό το αδιέξοδο μεταξύ των επιστημών είχε ως αποτέλεσμα να παραλύσει κάθε επίσημη ενέργεια. Όπως φάνηκε, η σιωπηρή συμφωνία ήταν ο προσδιορισμός του θανάτου να συνεχίσει να αποτελεί μια αποκεντρωμένη πρακτική «παρά τη κλίνη» του ασθενούς, παρά να μετατραπεί σε άσκηση θέσπισης κανόνων. Ένας Βρετανός μελετητής της ιατρικής περιέγραψε συνοπτικά τη στρατηγική:

Οι γνώμες [σχετικά με τον εγκεφαλικό θάνατο και την κυριότητα επί του σώματος] που διατυπώνονται σε αυτή την αίθουσα είναι ίσως πολύ πιο προχωρημένες από την κοινή γνώμη... Σε αυτό το στάδιο, η διεξοδική διευθέτηση της νομικής κατάστασης μπορεί να είναι επικίνδυνη. Ίσως είναι καλύτερα να συνεχίσουμε να ενεργούμε όπως

ενεργούμε σύμφωνα με τη συνείδησή μας και να ελπίζουμε ότι δεν θα πέσουμε στα χέρια του νόμου για τουλάχιστον άλλα πέντε χρόνια.[22]

Όμως οι ερευνητές των μεταμοσχεύσεων μπόρεσαν να «συνεχίσουν να ενεργούν όπως ενεργούσαν» μόνο για λίγο περισσότερο από ένα χρόνο, μέχρις ότου η πρώτη μεταμόσχευση καρδιάς εξέθεσε δημοσίως τις πρακτικές του κλάδου και συνακόλουθα επέσυρε την απειλή νομικών κυρώσεων. Αυτή η αποκάλυψη δημιούργησε την άμεση ανάγκη για έναν επίσημο, ιατρικά έγκυρο επαναπροσδιορισμό του θανάτου.

Η ΔΗΜΟΣΙΑ ΑΠΟΚΑΛΥΨΗ ΤΟΥ ΠΑΡΑΔΟΞΟΥ: Η ΕΜΦΑΝΙΣΗ ΤΟΥ ΛΟΤΗ ΚΑΡΔΙΑΣ

Τα μέσα ενημέρωσης σε όλο τον κόσμο πανηγύρισαν την πρώτη μεταμόσχευση καρδιάς, η οποία πραγματοποιήθηκε στη Νότια Αφρική το Δεκέμβριο του 1967, ως μια «επιτυχία», παρά τον θάνατο του ασθενούς 13 ημέρες μετά την εγχείρηση. Η τεράστια δημοσιότητα που δόθηκε εστίασε για πρώτη φορά την προσοχή στο πρόβλημα της δωρεάς ζωτικών οργάνων. Ο δότης καρδιάς ήταν μια νεαρή γυναίκα που είχε χτυπηθεί από αυτοκίνητο. Ο Τύπος έδωσε αντικρουόμενες αναφορές σχετικά με την ακριβή φύση και χρονική στιγμή του θανάτου της. Το περιοδικό *Life* έγραψε ότι η αφαίρεση μιας παλλόμενης καρδιάς θα συνιστούσε φόνο, και έτσι «...οι Νοτιοαφρικανοί ιατροί περίμεναν μέχρι να σβήσει κάθε ίχνος ζωής όχι μόνο στην καρδιά, αλλά και στους πνεύμονες και στον εγκέφαλό της» (*Life*, 15 Δεκεμβρίου 1967, σελ. 27). Ο Marius Barnard, μέλος της ιατρικής ομάδας, είπε στους ανταποκριτές του *Time* «ξέρω ότι σε κάποια μέρη ο ασθενής θεωρείται νεκρός όταν το ηλεκτροεγκεφαλογράφημα δείχνει ότι δεν υπάρχει πλέον εγκεφαλική λειτουργία. Επιλέγουμε τη συντηρητική θέση και θεωρούμε τον ασθενή νεκρό όταν η καρδιά έχει σταματήσει να λειτουργεί, οι πνεύμονες έχουν σταματήσει να λειτουργούν και δεν υπάρχει πλέον καμμία ένδειξη συμπλεγμάτων στο ΗΕΓ» (*Time*, 15 Δεκεμβρίου 1967, σελ. 64). Στην αναφορά του *Newsweek*, ωστόσο, οι θεράποντες ιατροί έδειχναν να κρύβουν από τα μάτια του κοινού τις λεπτομέρειες του θανάτου της δότριας. Όταν ερωτήθηκαν από τους δημοσιογράφους επί του θέματος «...οι χειρουργοί δεν θέλησαν να πουν αν απέσυραν [τη δότρια] από τον αναπνευστήρα πριν σταματήσει η καρδιά της. «Η ερώτηση είναι απρεπής», [είπε] ένας από τους χειρουργούς...» (*Newsweek*, 18 Δεκεμβρίου 1967, σελ. 88). Οι χειρουργοί παραδέχθηκαν ότι δεν επιχείρησαν να επαναφέρουν τη γυναίκα στη ζωή μετά τη διακοπή της καρδιακής λειτουργίας, και ότι διαφώνησαν μεταξύ τους σχετικά με το πόσο «νεκρή» έπρεπε να είναι η καρδιά ώστε να δικαιολογείται η αφαίρεσή της. Ο Marius Barnard εξήγησε τη σύγκρουση απόψεων: «Η αίσθησή μου ήταν... ότι θα έπρεπε να πάρουμε αυτή την καρδιά στην καλύτερη δυνατή κατάσταση. Το χρέος μας ήταν προς τον ασθενή στον οποίο θα κάναμε τη μεταμόσχευση – όχι προς αυτή την κοπέλα. Αλλά ο αδελφός μου [Christiaan] επέμενε ότι έπρεπε να περιμένουμε» (*Newsweek*, 18 Δεκεμβρίου 1967, σελ. 88). «Είσαι νεκρός όταν το λέει ο γιατρός σου», ήταν το συμπέρασμα των δημοσιογράφων (*Newsweek*, 18 Δεκεμβρίου 1967, σελ. 87).

Σύντομα ο Τύπος αντιλήφθηκε ότι η πρακτική εφαρμογή της μεταμόσχευσης καρδιάς έφερε στο φως νέα ζητήματα εννοιολογικής φύσης σχετικά με την καρδιά, τον εγκέφαλο, τον θάνατο και το κώμα. Οι δημοσιογράφοι σαφώς αισθάνθηκαν ότι υπήρχαν κάποιες ηθικές συνέπειες αναφορικά με το «ευ ζην» του ασθενούς. Ενώ οι αντικειμενικές αναφορές σε συγκεκριμένες ιατρικές πρακτικές για τον καθορισμό του

θανάτου του δότη καρδιάς ήταν συγκεχυμένες, οι ερμηνείες που έδιναν οι συντάκτες ήταν σαφέστερα δυσοίωνες:

... Η πραγματική ηθική και δεοντολογική δυσκολία στη μεταμόσχευση καρδιάς ξεκινά από την αβεβαιότητα των ιατρών... Ο χειρουργός θέλει την καρδιά του δότη όσο το δυνατόν πιο «φρέσκια»... – δηλαδή εντός λεπτών από τη στιγμή του θανάτου. Αυτό γέννησε την απειλή του χειρουργού ο οποίος όχι μόνο γίνεται άρπαγας πτωμάτων αλλά, το ακόμα χειρότερο, ενθαρρύνει τη μετατροπή ανθρώπων σε πτώματα. Το ερώτημα παραμένει: Πού πρέπει να τραβήξουμε τη διαχωριστική γραμμή ανάμεσα στους ανατάξιμους και τους μη ανατάξιμους ασθενείς; (*Time*, 15 Δεκεμβρίου 1967, σελ. 71).

Μια έρευνα που διεξήχθη το 1968 σχετικά με τη στάση της κοινής γνώμης απέναντι στη διάγνωση του θανάτου αποκάλυψε ότι η κάλυψη από τα μέσα ενημέρωσης είχε επηρεάσει τη συνειδητοποίηση του κόσμου πάνω στο θέμα του θανάτου. Από τα 112 άτομα που ερωτήθηκαν, 69% δήλωσαν ότι είχαν «σκεφτεί το θέμα του πώς ορίζεται ο θάνατος»· ωστόσο, μόνο το 9% τον αντιλαμβάνονταν ως «μη αναστρέψιμη απώλεια της εγκεφαλικής λειτουργίας» (Arnold κ.ά., 1968, σελ. 1953-1954). Οπωσδήποτε, αν η έκταση της δημοσιογραφικής κάλυψης αποτελεί κάποια ένδειξη του πόσο απασχολούσαν την κοινή γνώμη αυτά τα «θέματα», φαίνεται ότι στο διάστημα 1967-68 υπήρχε πολύ μεγαλύτερος ενθουσιασμός και πίστη στην πρόοδο των μεταμοσχεύσεων παρά φόβος για πρόωρο θάνατο του δότη. Αυτό το τελευταίο θέμα εμφανίστηκε πιο έντονα στο δημόσιο διάλογο κατά τη δεκαετία που ακολούθησε τον επαναπροσδιορισμό του θανάτου.

Η ΕΙΔΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΤΟΥ ΧΑΡΒΑΡΝΤ: ΟΙ ΔΙΑΠΡΑΓΜΑΤΕΥΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΟΝ ΕΠΑΝΑΠΡΟΣΔΙΟΡΙΣΜΟ ΤΟΥ ΘΑΝΑΤΟΥ

Μέσα σε ένα μήνα από την πρώτη μεταμόσχευση καρδιάς, η Ιατρική Σχολή του Χάρβαρντ συγκρότησε μια «Ειδική Επιτροπή για τη Μελέτη των Προβλημάτων του Ασθενούς με Μη Ανατάξιμη Απώλεια Συνειδησης» (εφεξής αναφερόμενη ως «η Επιτροπή»), ανταποκρινόμενη σε έκκληση του αναισθησιολόγου και θεωρητικού της ιατρικής ηθικής Henry Beecher προς τον κοσμήτορα της ιατρικής σχολής (Χειρόγραφο Henry Beecher). Μέχρι τότε ο Beecher είχε καθιερωθεί ως δεινός επικριτής της εκμετάλλευσης ασθενών ως αντικειμένων έρευνας και είχε γράψει ένα πρωτότυπο αποκαλυπτικό κείμενο το οποίο κατήγγειλε τις αντιδεοντολογικές πρακτικές έρευνας (Beecher, 1966). Το άρθρο επιστούσε την προσοχή στο υψηλό κόστος της κλινικής έρευνας, στις πιέσεις για επαγγελματική σταδιοδρομία που ενθάρρυναν τον πειραματισμό και την επακόλουθη εφαρμογή πειραμάτων πάνω σε ασθενείς χωρίς την πλήρη συναίνεσή τους και χωρίς μέριμνα για την προστασία της υγείας τους. Στην κριτική του, ο Beecher αναφέρθηκε, με τρόπο όχι ανοιχτό, σε ανησυχίες σχετικά με «πρόσφατα επιπρόσθετα προβλήματα που προέκυψαν με τη μεταμόσχευση οργάνων», αλλά δεν ανέπτυξε περαιτέρω το θέμα (Beecher, 1966, σελ. 1354). Ο κοσμήτορας Robert Ebert ανταποκρίθηκε θετικά στην πρωτοβουλία του Beecher και τον διόρισε πρόεδρο της Επιτροπής.

Η Επιτροπή ολοκλήρωσε το έργο της σε λιγότερο από έξι μήνες, έως τις αρχές Ιουνίου του 1968. Η έκθεσή της δημοσιεύθηκε αμέσως σε ένα από τα τεύχη Αυγούστου της *Επιθεώρησης της Αμερικανικής Ιατρικής Ένωσης* (*Journal of the American Medical Association*). Το έγγραφο, «Ένας Ορισμός του Μη Αναστρέψιμου

Κώματος» (*JAMA*, 1968), περιελάμβανε περιγραφή των κλινικών συμπτωμάτων του εγκεφαλικού θανάτου, συστάσεις σχετικά με τις οργανωτικές διαδικασίες για την έκδοση βεβαίωσης θανάτου, νομικό σχολιασμό και μια αναφορά στους ιστορικούς και ηθικούς λόγους που δικαιολογούσαν την καθιέρωση νέων κριτηρίων για τη διάγνωση του θανάτου. Στο δημοσιευμένο έγγραφο η Επιτροπή περιέγραψε την κινήτρια δύναμη πίσω από το έργο της ως εξής:

Ο πρωταρχικός σκοπός μας είναι να ορίσουμε το μη αναστρέψιμο κώμα ως νέο κριτήριο θανάτου. Υπάρχουν δύο λόγοι που καθιστούν αναγκαία τη διατύπωση ενός ορισμού: (1) Οι βελτιώσεις στα μέσα ανάνηψης και υποστήριξης έχουν οδηγήσει σε ενίσχυση των προσπαθειών για τη σωτηρία τραυματιών σε απελπιστική κατάσταση. Κάποιες φορές αυτές οι προσπάθειες είναι μόνο εν μέρει επιτυχημένες με αποτέλεσμα να καταλήγουμε σε ένα άτομο του οποίου η καρδιά εξακολουθεί να χτυπά αλλά ο εγκέφαλος έχει ανεπανόρθωτα καταστραφεί. Το βάρος είναι μεγάλο για τους ασθενείς που υφίστανται μόνιμη απώλεια των νοητικών ικανοτήτων τους, για τις οικογένειές τους, για τα νοσοκομεία και για όσους χρειάζονται τις νοσοκομειακές κλίνες που είναι ήδη κατειλημμένες από αυτούς τους κωματώδεις ασθενείς. (2) Τα παρωχημένα κριτήρια καθορισμού του θανάτου ενδέχεται να οδηγήσουν σε διενέξεις σχετικά με τη λήψη οργάνων για μεταμόσχευση (*JAMA*, 1968, σελ. 85).

Η 13μελής Επιτροπή διορίστηκε από τον κοσμήτορα της ιατρικής σχολής και απαρτιζόταν από συναδέλφους που ως επί το πλείστον γνωρίζονταν καλά μεταξύ τους. Οι επιστήμες που εκπροσωπούνταν ήταν πολλές και διαφορετικές, καθώς συμμετείχαν 10 ιατροί (οι ειδικότητες περιελάμβαναν τη μεταμοσχευτική, την αναισθησιολογία, τη νευρολογία και την ψυχιατρική), ένας δικηγόρος, ένας θεολόγος και ένας ιστορικός. Το μεγαλύτερο μέρος του αρχικού κειμένου των χειρογράφων, καθώς και την τελική έκθεση, συνέγραψαν ο Henry Beecher, ο Robert Schwab, νευροψυχίατρος και πρωτοπόρος της ηλεκτροεγκεφαλογραφίας, και ο William Cuygan, δικηγόρος με πείρα στην ιατροδικαστική επιστήμη και στη δημόσια υγεία. Οι πλέον δραστήριοι επιμελητές της εργασίας τους φαίνεται ότι ήταν οι νευρολόγοι και οι ειδικευμένοι στις μεταμοσχεύσεις χειρουργοί της Επιτροπής.[23]

Για τα μέλη της Επιτροπής, η μεταμόσχευση βρισκόταν στο επίκεντρο του σκοπού τους αλλά ήταν επίσημα για τη ρητορική επαναπροσδιορισμού του θανάτου. Στην τελική έκθεση, η Επιτροπή περιέγραψε τη συλλογιστική πορεία της σαν να είχε ξεκινήσει με την εξέταση των χαρακτηριστικών του θανάτου και να κατέληξε συμπτωματικά, αλλά και βολικά, με χαρακτηριστικά που ταίριαζαν σε μια καλή πηγή ζωτικών οργάνων. Ωστόσο, ο αδημοσίευτος διάλογος που διαμόρφωσε την έκθεση αποκαλύπτει μια συλλογιστική η οποία περιείχε ίσως τόσο λογική ανάλυση όσο και τάσεις εξορθολογισμού. Για την κατασκευή του ορισμού της η Επιτροπή φαίνεται ότι ξεκίνησε με τα ήδη οικεία χαρακτηριστικά του ιδανικού δότη οργάνων. Αγωνίστηκε να συμβιβάσει αυτά τα χαρακτηριστικά με την έννοια του μη αναστρέψιμου κώματος και τελικά να γενικεύσει το σύνδρομο σε μια νέα έννοια του θανάτου καθεαυτού.

Πριν από τη σύγκληση της Επιτροπής, ο κοσμήτορας Ebert έγραψε μια πρόσκληση στα εν δυνάμει μέλη της:

Η παρουσίαση του Δρος Beecher [σχετικά με τα ηθικά προβλήματα που δημιουργεί η κατάσταση ατόμου με μη ανατάξιμη απώλεια συνείδησης] μου τόνισε εκ νέου την ανάγκη περαιτέρω εξέτασης του προβλήματος του εγκεφαλικού θανάτου. Με το

πρωτοποριακό ενδιαφέρον τους για τη μεταμόσχευση οργάνων, οι καθηγητές της Ιατρικής Σχολής του Χάρβαρντ πιστεύω ότι είναι καλύτερα κατηρτισμένοι από οποιοδήποτε άλλο σώμα για να φωτίσουν αυτόν τον τομέα.[24]

Η μοναδικότητα του Χάρβαρντ που το καθιστούσε κατάλληλο να ορίσει τον εγκεφαλικό θάνατο οφειλόταν όχι σε αυτή *καθαυτή* την εμπειρία του με άτομα σε μη αναστρέψιμο κώμα, αλλά στο ότι γνώριζε τη χρησιμότητά τους στη μεταμόσχευση οργάνων. Οι πρώτες γραμμές ενός προσχεδίου της έκθεσης της Επιτροπής εισήγαγαν, με τρόπο κεκρυμμένο, το χρέος που είχε αναλάβει: «Η πρωταρχική υποχρέωση της παρούσας Επιτροπής είναι να ορίσει το μη αναστρέψιμο κώμα. Αν αυτό μπορεί να γίνει με ικανοποιητικούς όρους που μπορούν να μεταφραστούν σε πράξεις, αρκετά από τα υφιστάμενα προβλήματα είτε θα εκλείψουν είτε θα γίνουν πολύ πιο εύκολα επιλύσιμα σε σύγκριση με ό,τι ισχύει σήμερα».[25] Στο συμπέρασμα του προσχεδίου, γίνεται σαφής ο κεντρικός ρόλος και η φύση του προβλήματος της μεταμόσχευσης οργάνων: «Το ζήτημα που τίθεται ενώπιον αυτής της επιτροπής δεν μπορεί να είναι απλά ο ορισμός του εγκεφαλικού θανάτου. Αυτό δεν θα προωθούσε τη μεταμόσχευση οργάνων, αφού δεν θα αντιμετώπιζε το ουσιαστικό θέμα του πότε η χειρουργική ομάδα εξουσιοδοτείται – νομικά, ηθικά και ιατρικά – να αφαιρέσει ένα ζωτικό όργανο...».[26] Δεν είναι αξιοπερίεργο ότι η έρευνα της Επιτροπής πάνω στη φύση του θανάτου είχε ως οδηγό της όχι ερωτήσεις, αλλά απαντήσεις. Ένα προκαταρκτικό σχέδιο της έκθεσης σκιαγράφησε «τέσσερα μεγάλα ερωτήματα», συνοδευόμενα από τις «απαντήσεις»... προς συζήτηση από την Επιτροπή στην [επόμενη] συνεδρίασή της:

- 1) Υπό ποιες συνθήκες, εάν προκύψουν, θα πρέπει να τερματίζεται η λειτουργία ακραίων μέσων υποστήριξης, με επακόλουθο τον θάνατο; (Απάντηση: Όταν πληρούνται τα κριτήρια του μη αναστρέψιμου κώματος που περιγράφονται ανωτέρω.)
- 2) Από την αρχή της ανθρώπινης ιστορίας, η στιγμή του θανάτου προσδιορίζεται ως η στιγμή κατά την οποία παύει οριστικά ο καρδιακός παλμός. Υπάρχουν σήμερα επαρκείς ενδείξεις ότι η «στιγμή του θανάτου» θα πρέπει να επισπευσθεί ώστε να συμπίπτει με το μη αναστρέψιμο κώμα ενώ η καρδιά συνεχίζει να χτυπά; (Απάντηση: Ναι.)
- 3) Πότε και υπό ποιες συνθήκες, εάν προκύψουν, είναι σωστό να χρησιμοποιηθούν για μεταμόσχευση οι ιστοί και τα όργανα ενός ασθενούς με μη ανατάξιμη απώλεια συνείδησης; (Απάντηση: Όταν πληρούνται τα κριτήρια του μη αναστρέψιμου κώματος που περιγράφονται ανωτέρω.)
- 4) Έχει η κοινωνία την πολυτέλεια να πετάξει τους ιστούς και τα όργανα του ατόμου με μη ανατάξιμη απώλεια συνείδησης ενώ θα μπορούσαν να χρησιμοποιηθούν για την αποκατάσταση ασθενών που σε άλλη περίπτωση θα είχαν χάσει κάθε ελπίδα θεραπείας, αλλά που ακόμα μπορούν να σωθούν; (Απάντηση: Όχι.)[27]

Στο πνεύμα της αποστολής της να «προωθήσει τη μεταμόσχευση οργάνων», ένα μεταγενέστερο σχέδιο παρέθεσε την παρακάτω αιτιολογία ως έναν εκ των δύο λόγων για τον καθορισμό του μη αναστρέψιμου κώματος: «Με την αυξημένη πείρα και γνώση και με την εξέλιξη στο πεδίο των μεταμοσχεύσεων, υπάρχει μεγάλη ανάγκη για ιστούς και όργανα ατόμων σε μη ανατάξιμο κώμα, προκειμένου να

αποκατασταθεί η υγεία εκείνων που μπορούν ακόμη να σωθούν».[28] Αυτή η δήλωση άφηνε να διαφανεί η αναγκαιότητα των εγκεφαλικά νεκρών για την πρόοδο της τεχνολογίας των μεταμοσχεύσεων, σε σημείο που ένα μέλος της Επιτροπής συνέστησε προσοχή στη χρήση τέτοιων διατυπώσεων: «[Η δήλωση], όπως είναι γραμμένη, τείνει να υπαινίσσεται ότι υπάρχει ανάγκη για ιστούς και όργανα μόνο ατόμων σε μη ανατάξιμο κώμα. Αντιλαμβάνομαι πως αυτό που εννοείτε είναι ότι τα άτομα σε μη ανατάξιμο κώμα αποτελούν, μεταξύ άλλων, πιθανούς δότες οργάνων».[29] Αυτό δείχνει ότι η Επιτροπή ήταν προβληματισμένη με τη μεταμόσχευση νεφρού, η οποία βασιζόταν είτε σε ζωντανούς είτε σε συμβατικά νεκρούς δότες (ενώ η μεταμόσχευση καρδιάς βασιζόταν αποκλειστικά σε «εγκεφαλικά νεκρούς» δότες). Ο κοσμήτορας ήταν επίσης αντίθετος σε οποιαδήποτε αναφορά στην ανάγκη για μεταμοσχεύσιμα όργανα και έγραψε στον Beecher ότι

Είναι ατυχής ο υπαινιγμός αυτής της δήλωσης, διότι αφήνει να εννοηθεί ότι θέλετε να επαναπροσδιορίσετε τον θάνατο ώστε να υπάρχουν πιο άμεσα διαθέσιμα όργανα για άτομα που χρειάζονται μεταμόσχευση. Η πρώτη σκέψη του αναγνώστη είναι το πώς θα μπορούσε να γίνει κατάχρηση αυτής της αρχής... Δεν θα ήταν καλύτερα να διατυπωθεί το πρόβλημα και να σημειωθεί ότι τα παρωχημένα κριτήρια για τον ορισμό του θανάτου μπορούν να οδηγήσουν σε αντιπαραθέσεις σχετικά με τη λήψη οργάνων για μεταμόσχευση; [30]

Πριν από τη δημοσίευση, η έκθεση διορθώθηκε για να ενσωματωθούν τα λόγια του κοσμήτορα και για να παρουσιαστούν τα κριτήρια θανάτου ως ξεπερασμένα *προτού* γίνει αναφορά στις νέες απαιτήσεις που δημιούργησε η τεχνολογία των μεταμοσχεύσεων.

Ο κοσμήτορας, ο συμμετέχων δικηγόρος και ο χειρουργός-μεταμοσχευτής Joseph Murray πίεσαν τον Beecher και την Επιτροπή να εργαστούν με ταχείς ρυθμούς. Η εσπευσμένη εργασία της Επιτροπής πίσω από κλειστές θύρες οικειοποιήθηκε το ερώτημα παραμερίζοντας ένα πλήθος εξωτερικών φορέων – μεταξύ αυτών τα μέσα ενημέρωσης, οι δικαστικές αρχές και επαγγελματικές οργανώσεις όπως η Αμερικανική Ένωση ΗΕΓ – οι οποίοι έδειχναν ολοένα αυξανόμενο ενδιαφέρον, αλλά ενδεχομένως δεν νοιάζονταν ιδιαίτερα για τα συμφέροντα των μεταμοσχεύσεων. Μια έγκαιρη δήλωση θα απέτρεπε νομικές ενστάσεις κατά των μεταμοσχεύσεων, ενώ η επιτυχής σύνταξη της «πρώτης» δήλωσης από το Χάρβαρντ θα το καθιέρωνε ως αυθεντία στον χώρο, προλαβαίνοντας τις σχετικές αξιώσεις ανταγωνιστικών ομάδων. Ο Curren έγραψε στον κοσμήτορα και σε συναδέλφους της Επιτροπής ζητώντας τους να επιταχύνουν λόγω του «έντονου ενδιαφέροντος πολλών άλλων ομάδων για τον χώρο» και της ανησυχίας του «...για το ενδεχόμενο δυσάρεστων και ίσως ακόμη και επικίνδυνων νομικών διαδικασιών οι οποίες μπορεί να κινηθούν εάν οι υπεύθυνες υποεπιτροπές δεν καταθέσουν αναφορές εντός ευλόγου χρόνου, παρέχοντας έτσι βάση για νομικές ενέργειες».[31] Ο Beecher με τη σειρά του απάντησε στην πίεση του κοσμήτορα λέγοντας ότι ήταν «ευγνώμων» για το «έντονο ενδιαφέρον σε αυτόν τον τομέα», αλλά

... θα ήταν ολέθριο να κάνουμε βιαστικές εκτιμήσεις απλά επειδή άλλες ομάδες μπορεί να «ψαρεύουν στα ίδια νερά». Τα υπό εξέταση θέματα είναι τόσο λεπτά και είναι τόσο εύκολο να παρεξηγηθούν, ώστε νομίζω ότι θα πρέπει να κινηθούμε όπως το Ανώτατο Δικαστήριο, με κάθε δυνατή ταχύτητα – αλλά όχι γρηγορότερα! [32]

Η ταχύτητα προόδου του έργου άφηνε να διαφανεί πόσο επιτακτικό ήταν το διπλό πρόβλημα του Χάρβαρντ, αφενός να εξασφαλίσει με θεμιτό τρόπο ζωτικά όργανα και αφετέρου να διατηρήσει το κύρος του ως αυθεντία στον χώρο της επιστήμης. Ο λόγος αυτής της βιασύνης προφανώς δεν ήταν το κλινικό πρόβλημα του «ασθενούς με μη ανατάξιμη απώλεια συνείδησης», ο οποίος έως το 1968 είχε μια μακρόχρονη ιστορία αθόρυβης παρουσίας στα νοσοκομεία.

Προκειμένου να διευκολύνει την εφαρμογή των μεταμοσχεύσεων, η Επιτροπή όχι μόνο έπρεπε να είναι γρήγορη και αποτελεσματική στο έργο της, αλλά και να καθιερώσει ένα πρωτόκολλο που θα επέτρεπε την ταχεία διάγνωση του θανάτου και την αφαίρεση οργάνων σε καλύτερη κατάσταση. Ένα πρώιμο σχέδιο της έκθεσης συνιστούσε οι ενδείξεις του θανάτου να επανεπιβεβαιώνονται ανά 24 ώρες επί τρεις ημέρες προτού τερματιστεί η τεχνητή υποστήριξη. Η εν λόγω προτεινόμενη τακτική καταθρούβησε έναν από τους χειρουργούς-μεταμοσχευτές, ο οποίος έγραψε στο περιθώριο του χειρογράφου «Αυτό σημαίνει ότι θα πρέπει να περιμένουμε 72 ώρες;! [33] Τελικά η Επιτροπή συμφώνησε για μία μόνο περίοδο 24 ωρών. Η ειρωνεία είναι ότι η 24ωρη περίοδος αναμονής, η οποία είναι σχετικά μεγάλη με βάση μεταγενέστερα πρότυπα (π.χ. Veith, 1978· Coe και Curran, 1980), έχει εσφαλμένα ερμηνευθεί από κάποιες ιστορικές αναφορές ως απόδειξη ότι η Επιτροπή ήταν σχετικά *αδιάφορη* για τη μεταμόσχευση οργάνων (π.χ. Harp, 1974· Walton, 1979).

Η Επιτροπή, όπως ακριβώς προσπάθησε να αποστασιοποιηθεί *η ίδια* από κάθε φαινομενικά συγκρουόμενο συμφέρον για μεταμοσχεύσιμα όργανα, κατ' ανάλογο τρόπο εξέτασε επιμελώς πώς μπορούσε να προστατέψει τους ιατρούς που βρίσκονταν στο προσκέφαλο του ασθενούς από παρόμοιες υποψίες. Για τον σκοπό αυτό, μεγάλο μέρος του εσωτερικού διαλόγου αφορούσε στα νοσοκομειακά πρωτόκολλα σχετικά με τη διακοπή της τεχνητής υποστήριξης. Αρκετά ήταν τα θέματα που προέκυψαν: ποιος θα έπρεπε να ανακοινώσει τον θάνατο, πότε πρέπει να κλείσει ο αναπνευστήρας, ποια θα πρέπει να είναι η συμμετοχή της οικογένειας και ποια θα πρέπει να είναι η συμμετοχή της μεταμοσχευτικής ομάδας; Ένα από τα πρώτα σχέδια της έκθεσης περιελάμβανε ένα τμήμα με τίτλο «Πρόσθετες Διασφαλίσεις για τον Υπεύθυνο Ιατρό», το οποίο παρείχε τις ακόλουθες συμβουλές: «Ενημερώστε την οικογένεια. Μοιραστείτε την ευθύνη της αποσύνδεσης του αναπνευστήρα με έναν ή περισσότερους συναδέλφους σας. Ενημερώστε όλους τους εξειδικευμένους νοσηλευτές, καθώς και το νοσηλευτικό προσωπικό γενικών καθηκόντων». [34] Παρά την τάση της αυτή να χειριστεί τη διάγνωση εγκεφαλικού θανάτου ως ιατρικά αμφισβητήσιμη, η Επιτροπή τελικά απέρριψε τα προληπτικά μέτρα γιατί υποδήλωναν ανασφάλεια των διαγνωστών και πιθανούς απώτερους σκοπούς. Ασφαλώς, σε περιπτώσεις συμβατικού θανάτου οι ιατροί κανονικά δεν «μοιράζονταν την ευθύνη» ούτε προειδοποιούσαν τους συναδέλφους τους για την επικείμενη βεβαίωση θανάτου. Το τμήμα αυτό παραλείφθηκε από το τελικό χειρόγραφο.

Η Επιτροπή επίσης σκέφτηκε σοβαρά αν οι θεράποντες ιατροί του ασθενούς σε κώμα θα έπρεπε να ενημερώνονται σε περίπτωση επείγουσας ανάγκης για μεταμοσχεύσιμα όργανα και αν θα έπρεπε να απαγορεύεται σε ιατρούς-μεταμοσχευτές να πραγματοποιούν διάγνωση θανάτου σε δυνητικούς δότες οργάνων. Για άλλη μια φορά η Επιτροπή απέφυγε να αναγνωρίσει την αμφιλεγόμενη σύγκρουση συμφερόντων και αποφάσισε να μην αποκλείσει ιατρούς ασχολούμενους με τις μεταμοσχεύσεις από το πλευρό ασθενών σε κωματώδη κατάσταση. Αντ' αυτού, η Επιτροπή προσδοκούσε ότι τα διαγνωστικά της κριτήρια για τον εγκεφαλικό θάνατο

θα άφηναν μικρό περιθώριο για την άσκηση διακριτικής ευχέρειας κατά τη διάγνωση, ανεξαρτήτως της ειδικότητας και/ή των άπώτερων κινήτρων του ιατρού (Coe και Curran, 1980).[35]

Αρχικά, τα μέλη της Επιτροπής αισιοδοξούσαν ότι το ΗΕΓ θα έπαιζε κεντρικό ρόλο στην επικύρωση των κριτηρίων τους. Η δυναμική συνεισφορά των ερευνητών ΗΕΓ στην Επιτροπή χρησίμευσε τόσο στην υποστήριξη της διάγνωσης του εγκεφαλικού θανάτου μέσω ΗΕΓ όσο και στη συνακόλουθη υποστήριξη της τεχνολογίας ΗΕΓ με το επείγον αίτημα για κλινική χρήση του. Σύντομα έγινε εμφανές ότι οι ενδείξεις του ΗΕΓ παρά την ελκυστικότητα της «απτής απόδειξης» που παρείχαν, δεν ήταν εύκολο να ενταχθούν στην προσπάθεια πλήρους κατανόησης της φυσιολογίας των εγκεφαλικών λειτουργιών, ούτε στις νέες άποψεις της Επιτροπής ειδικά για τη φύση του θανάτου. Επιπλέον, η απαίτηση να περιληφθούν οι ενδείξεις ΗΕΓ μεταξύ των κριτηρίων του εγκεφαλικού θανάτου παρουσίασε ένα μειονέκτημα υλικοτεχνικής φύσεως. Με δεδομένο ότι το 1968 μόνο το εν τρίτο περίπου των νοσοκομείων στις Η.Π.Α. διέθεταν μηχανήματα ΗΕΓ (Pressman, 1988), η απαίτηση ύπαρξης ισοηλεκτρικής γραμμής προς επιβεβαίωση του θανάτου θα σήμαινε ότι τα νοσοκομεία που δεν διέθεταν ηλεκτροεγκεφαλογράφους δεν θα είχαν τη δυνατότητα να προμηθεύουν δότες οργάνων. Οι απαιτήσεις για τη διάγνωση εγκεφαλικού θανάτου θα μπορούσαν να δημιουργήσουν μια ευκαιρία εισόδου του ΗΕΓ σε περισσότερα νοσοκομεία, αλλά τα προγράμματα μεταμόσχευσης δεν μπορούσαν να περιμένουν την εξάπλωση της χρήσης του. Η Επιτροπή έκανε έναν επιδέξιο διακανονισμό συμφερόντων μεταξύ των μεταμοσχεύσεων και του ΗΕΓ και κατέληξε σε μια πολιτική η οποία θα μεγιστοποιούσε τη χρήση και των δύο τεχνολογιών χωρίς η αξιοποίηση της μίας να δεσμεύεται από την άλλη: το ΗΕΓ θα χρησιμοποιείτο για σκοπούς επαλήθευσης, εφόσον ήταν διαθέσιμο, αλλά η έγκυρη διάγνωση του εγκεφαλικού θανάτου θα μπορούσε να γίνει χωρίς αυτό (Beecher, 1969). Τελικά, η Επιτροπή έδωσε στο ΗΕΓ έναν σημαντικό αλλά όχι αναντικατάστατο ρόλο στην κλινική εφαρμογή των κριτηρίων του εγκεφαλικού θανάτου.

Ο όρος «εγκεφαλικός θάνατος» ουσιαστικά επινοήθηκε με την ανακοίνωση της Επιτροπής το 1968.[36] Ωστόσο, στις συσκέψεις τους τα μέλη της Επιτροπής είχαν εκτεταμένες αντιπαραθέσεις πάνω στο αν η ορολογία του νέου συνδρόμου θα πρόδιδε κλινική αβεβαιότητα ή θα υπονόμει το προγραμματικό σχέδιο των μεταμοσχεύσεων. Τα μέλη της Επιτροπής έδειχναν να συμφωνούν ότι ο πρακτικός στόχος ήταν να παραχωρηθεί στους ιατρούς η άδεια να διακόπτουν την τεχνητή υποστήριξη, να σταματούν την καρδιακή λειτουργία και να προχωρούν στη διάθεση οργάνων. Διαφώνησαν όμως πάνω στους συνακόλουθους εννοιολογικούς στόχους και συγκεκριμένα στο αν η Επιτροπή έπρεπε να επαναπροσδιορίσει τον θάνατο *καθεαυτό* ή απλά να ορίσει το *μη αναστρέψιμο κώμα*: ένας ασθενής απαιτείται να χαρακτηριστεί νεκρός ή απλώς μη ανατάξιμος προκειμένου να θεωρηθεί ως κατάλληλη πηγή ζωτικών οργάνων; Τα μέλη ήταν διχασμένα ως προς το κρίσιμο αυτό ερώτημα.

Ορισμένα μέλη της Επιτροπής πήραν θέση ενάντια σε οποιασδήποτε άποπειρα να οριστεί ο «θάνατος»: ένας διόρθωσε το χειρόγραφο για να αλλάξει κάθε αναφορά στον «εγκεφαλικό θάνατο» με την έκφραση «μη αναστρέψιμο κώμα», σημειώνοντας:

Δεν είναι ανάγκη να αλλάξουμε τον ορισμό του θανάτου ή να ορίσουμε τον Εγκεφαλικό Θάνατο. Αν καθιερώσουμε την έννοια του μη αναστρέψιμου κώματος με

παύση της λειτουργίας σε όλα τα επίπεδα του ΚΝΣ [κεντρικού νευρικού συστήματος], δεν θα είναι δύσκολο για τους υπευθύνους... να περιστείλλουν ή να διακόψουν την παροχή μηχανικής, ηλεκτρικής ή φαρμακολογικής υποστήριξης, κάτι που μέσα σε ένα ή δύο λεπτά ακολουθείται από οριστική παύση του καρδιακού παλμού · και αυτή είναι η στιγμή του θανάτου. [37]

Αντιθέτως, ένας χειρουργός-μεταμοσχευτής διαμαρτυρήθηκε για τον αρχικά δηλωθέντα στόχο της Επιτροπής, την περιγραφή του «μη αναστρέψιμου κώματος». Διόρθωσε χειρόγραφα για να αντικαταστήσει το «μη αναστρέψιμο κώμα» με τη λέξη «θάνατος», ενώ διαφώνησε περαιτέρω με τη χρήση του προσδιορισμού «εγκεφαλικός» στον όρο «εγκεφαλικός θάνατος» [38] και έγραψε στον Beecher,

Ο όρος «εγκεφαλικός θάνατος» θα πρέπει να σβηστεί. Το αντικείμενο της συζήτησής μας είναι ο θάνατος, και η προσθήκη του επιθέτου «εγκεφαλικός» υποδηλώνει κάποιο περιορισμό του όρου, σαν να πρόκειται για ελλιπή τύπο θανάτου. Το «μη αναστρέψιμο κώμα», ένας όρος που προτάθηκε από τον Δρα Schwab, θα μπορούσε να είναι συνώνυμο του θανάτου. Πάνω σε αυτό δεν θα διαφωνήσω. Ωστόσο, χρέος μας είναι να ορίσουμε το θάνατο με όρους που να είναι αποδεκτοί από τον ιατρικό κόσμο.[39]

Ένας νευρολόγος, μέλος της Επιτροπής, θεώρησε το κριτήριο της «μη αναστρεψιμότητας» υπερβολικά ασαφές, καθώς και δύσκολο να διαγνωσθεί στην περίπτωση του κώματος. Ανταποκρινόμενος σε ένα πρώτο σχέδιο της έκθεσης, έγραψε στον Beecher,

Η νομική κατάσταση παρουσιάζει ενδιαφέρον, αλλά δεν βοηθά στην επίλυση αυτού που μου φαίνεται ότι είναι πρωτίστως ένα κλινικό ιατρικό ζήτημα. Πρέπει να παραμεριστούν ζητήματα όπως η πρόγνωση για ανάκτηση των διανοητικών λειτουργιών, της ικανότητας σύνταξης διαθήκης κ.λπ., ως άσχετα με το ερώτημα της ζωής και του θανάτου και σε κάθε περίπτωση μη επιλύσιμα όσο διαρκεί το κώμα.[40]

Στο υπόμνημά του, διηγήθηκε επίσης την εμπειρία του με δύο ασθενείς οι οποίοι συνήλθαν μετά από 5 έως 11 μήνες «πλήρους απουσίας αντιδράσεων», καθώς και περιπτώσεις ασθενών με σύνδρομο βασικής αρτηρίας, οι οποίοι παρουσίαζαν καλύτερη απόκριση σε ερεθίσματα αλλά «τελικά δεν ανέκαμψαν». Ο θεολόγος προέβαλε μια καθαρά πολιτική αιτιολογία για τη διατύπωση του ορισμού του «θανάτου» αντί του «μη αναστρέψιμου κώματος», υποστηρίζοντας ότι ο δεύτερος θα έδινε την εντύπωση αβεβαιότητας και έλλειψης κύρους: «Αν οι ιατροί δεν μπορούν να συμφωνήσουν στη θεωρία και στην πράξη για το πότε πρέπει να αποσυρθούν τα μέσα υποστήριξης, το πιθανότερο είναι ότι θα αποποιηθούν την ευθύνη και το προνόμιο της έκδοσης μια ουσιαστικά αδιαμφισβήτητης βεβαίωσης θανάτου» (Potter, 1968, σελ. 786). Πρότεινε μια εναλλακτική προσέγγιση: επαναπροσδιορίζοντας τον «θάνατο» *καθεαυτό*, η ιατρική θα είχε περισσότερες πιθανότητες να διατηρήσει την αυτονομία της στον χειρισμό των ατόμων σε μη αναστρέψιμο κώμα. Αυτή η στρατηγική θα

...διαφύλασσε την απλότητα και αυστηρότητα της κατευθυντήριας αρχής, επαναπροσδιορίζοντας τα σύνορα ζωής και θανάτου κατά τρόπο που έχει υπολογιστεί για να εξαιρεί από την κατηγορία των ζωντανών πολλούς από τους ευρισκόμενους σε μη αναστρέψιμο κώμα. Έτσι μας δίνεται η δυνατότητα να πούμε: «Ασφαλώς, εάν

κάποιος είναι ζωντανός έχουμε υποχρέωση να τον κρατήσουμε στη ζωή με όλα τα δυνατά μέσα. Αλλά όσοι έχουν βυθιστεί σε μη αναστρέψιμο κώμα δεν πρέπει να θεωρούνται ζωντανοί.» Βασικό χαρακτηριστικό [αυτής] της προσέγγισης είναι η προσπάθεια να επαναπροσδιοριστεί ο «θάνατος»... (Potter, 1968, σελ. 789).

Τελικά η Επιτροπή προχώρησε η ίδια στον επαναπροσδιορισμό του θανάτου. Μέχρι την ολοκλήρωση του έργου της, η ομάδα είχε αλλάξει τον τίτλο της από «Ειδική Επιτροπή για τη Μελέτη των Προβλημάτων του Ασθενούς με Μη Ανατάξιμη Απώλεια Συνείδησης» σε «Ειδική Επιτροπή για την Εξέταση του Ορισμού του Εγκεφαλικού Θανάτου».[41] Στο λεξιλόγιο της δημοσιευμένης έκθεσης οι όροι «μη αναστρέψιμο κώμα» και «εγκεφαλικός θάνατος» εναλλάσσονταν, ώστε να επιτευχθεί τόσο ο επαναπροσδιορισμός του θανάτου όσο και η συνωνυμία των δύο όρων.

Ένα αξιοσημείωτο χαρακτηριστικό του έργου της Επιτροπής είναι το πόσο λίγο τεκμηρίωσε τη δήλωσή της με δημοσιευμένη βιβλιογραφία ή με οποιοδήποτε συμβατικής μορφής επιστημονικές αποδείξεις. Ο Beecher, αν και είχε τη φήμη ότι προήγαγε τους ηθικούς κανόνες και την εμπειρική εγκυρότητα στην ανθρωποκεντρική έρευνα, εν τούτοις δεν παρείχε καμμία εμπειρική υποστήριξη των διαγνωστικών κριτηρίων στη δημοσιευμένη έκθεση της επιτροπής του. Η μόνη παραπομπή του εγγράφου ήταν μια αναφορά στη δήλωση που έκανε ο Πάπας Πίος XII το 1957. Η παράλειψη παραπομπών δεν οφειλόταν στην απουσία ακαδημαϊκού έργου πάνω στο θέμα. Σύγχρονες αναφορές (Korein, 1978; Pernick, 1988) σημειώνουν τον Γαλλικό όρο του 1959 «coma dépassé» («υπερβαθέν κώμα») ως πρόδρομο του «εγκεφαλικού θανάτου» στη νοσολογία, αλλά δεν υπάρχουν στοιχεία ότι η Επιτροπή του Χάρβαρντ συμβουλευτήκε τη Γαλλική έρευνα στην εργασία της. Κάποιοι από τους συμμετέχοντες στην Επιτροπή είχαν οι ίδιοι δημοσιεύσει εργασίες σχετικές με το θέμα του εγκεφαλικού θανάτου. Κυρίως ο Joseph Murray είχε ευρεία συμμετοχή στο συμπόσιο της Ciba το 1966 όπου συζητήθηκαν ορισμοί του θανάτου (Murray, 1966)· ένας άλλος χειρουργός-μεταμοσχευτής του Χάρβαρντ είχε γράψει ένα βιβλίο το οποίο πραγματευόταν το ερώτημα της διάγνωσης του θανάτου με διαφορετικό τρόπο στους δότες οργάνων (Moore, 1964). Ο Robert Schwab κ.ά. (1963) είχε δημοσιεύσει κείμενα πάνω στη χρήση του ΗΕΓ για τη διαπίστωση του θανάτου, ήδη από το 1963. Άλλοι είχαν αναφερθεί γενικά στη λήψη οργάνων ως «ηθικό πρόβλημα», τόσο στην ιατρική όσο και στη νομική βιβλιογραφία· πολλά από αυτά τα κείμενα «άγγιζαν» το πρόβλημα του εγκεφαλικού θανάτου. Ένας αριθμός συγγραφέων εκτός Χάρβαρντ δημοσίευσε αναλύσεις που αφορούσαν στον εγκεφαλικό θάνατο σχεδόν ταυτόχρονα το 1968, ωστόσο το Χάρβαρντ δεν έδειξε επισήμως να αναγνωρίζει τις παράλληλες έρευνες συναδέλφων επιστημόνων.

Πολλές από τις προϋπάρχουσες αναλύσεις παρουσίαζαν καθαρά τον εγκεφαλικό θάνατο ως «θέμα προς εξέταση»· ωστόσο, ο σκοπός της Επιτροπής ήταν να κατασκευάσει τον εγκεφαλικό θάνατο σαν ένα ιατρικά επαληθεύσιμο «γεγονός». Αυτό επεδίωξε να το κάνει πρωτίστως καθιερώνοντας τα τεχνικά χαρακτηριστικά του εγκεφαλικού θανάτου ως ιατρικού φαινομένου, παρά διαπιστώνοντας αν υπάρχουν καν οι φιλοσοφικές προϋποθέσεις για την οικοδόμηση της έννοιας του εγκεφαλικού θανάτου. Αναφορές στην υφιστάμενη βιβλιογραφία ίσως θα οδηγούσαν τους αναγνώστες να ανασύρουν εννοιολογικές ερωτήσεις οι οποίες είχαν θαφτεί με πολύ κόπο κάτω από τις τεχνικές απαντήσεις της Επιτροπής. Πολλές από τις υπάρχουσες εργασίες επίσης συνέδεαν καταφανώς τον επαναπροσδιορισμό του θανάτου με τις απαιτήσεις για μεταμόσχευση οργάνων, ενώ η Επιτροπή αγωνιζόταν να παρουσιάσει

μια έννοια φαινομενικά ανόθευτη από καιροσκοπικές προθέσεις. Κάποιες από τις πηγές (π.χ. Wolstenholme και O'Connor, 1966) αποκάλυψαν ότι η διάγνωση του εγκεφαλικού θανάτου ήταν μια ήδη καθιερωμένη πρακτική σε ορισμένα κέντρα μεταμοσχεύσεων, ενώ η έκθεση της Επιτροπής έδινε την αντίθετη εντύπωση, ότι η ιατρική δεν είχε προτρέξει σε αυτόν τον εξαιρετικά ευαίσθητο τομέα και δεν είχε αρχίσει ακόμη να αποσπά όργανα από αμφισβητήσιμα νεκρούς ασθενείς χωρίς τη δέουσα ιατρική γνώση και συναίνεση. Ωστόσο η Επιτροπή όντως έλαβε υπόψη κάποια στοιχεία ερευνών,[42] ορισμένα από τα οποία υποδήλωναν ότι η διάγνωση της μη αναστρεψιμότητας του κώματος είχε μια ελαφρά πιθανότητα σφάλματος. Ίσως το πιο σημαντικό έγγραφο που μελετήθηκε ήταν μια προκαταρκτική μελέτη της Αμερικανικής Ένωσης ΗΕΓ με θέμα «το Πρόβλημα του Εγκεφαλικού Θανάτου», την οποία παρέδωσε ο Schwab στον Beecher με τη μεγαλύτερη δυνατή εμπιστευτικότητα. Το έγγραφο της Ένωσης ΗΕΓ επανεξέταζε 30 αδημοσίευτες εκθέσεις που αφορούσαν σε 600 περιπτώσεις κώματος με ισοηλεκτρική γραμμή ΗΕΓ και διαπίστωνε ότι σε πέντε από αυτές υπήρξε ανάνηψη. Η Επιτροπή, επιπλέον της ένδειξης ισοηλεκτρικού ΗΕΓ, πρόσθεσε στα κριτήριά της τις ενδείξεις απουσίας αναπνοής, αντανακλαστικών, κατασταλτικών του νευρικού συστήματος ή υποθερμίας ώστε να αποκλείσει την πιθανότητα τέτοιων ανανήψεων.

Η Επιτροπή, με επίγνωση των αδυναμιών της, διαμόρφωσε δεξιοτεχνικά την έκθεσή της σαν ιστορικό γεγονός, μια προοδευτική ιατρική ενόραση, αυξάνοντας αναμφίβολα τις πιθανότητες αποδοχής της από μια κοινωνία της οποίας ο πολιτισμός ταυτιζόταν με την τεχνολογική πρόοδο. Ένα αρχικό σχέδιο της έκθεσης περιελάμβανε το ακόλουθο ιστοριογραφικό σχόλιο:

Από τα αρχαία χρόνια μέχρι το πρόσφατο παρελθόν, ήταν απολύτως σαφές ότι όταν σταματούσε η αναπνοή και η καρδιά, ο εγκέφαλος νεκρωνόταν μέσα σε λίγα λεπτά· έτσι το εμφανές κριτήριο που προσδιόριζε την απουσία καρδιακού παλμού ως συνώνυμη του θανάτου ήταν αρκετά ακριβές. Αυτό έχει αλλάξει σήμερα, με τη χρήση σύγχρονων μέσων ανάνηψης και υποστήριξης.[43]

Απαντώντας στο σχέδιο, ο ιστορικός της Επιτροπής έγραψε στον Beecher:

...[σχετικά με το ιστορικό σχόλιο στην έκθεση] υποπτεύομαι ότι αυτό που έχει πραγματικό ενδιαφέρον είναι ότι το όργανο που επιλέγεται – η καρδιά – ως σύμβολο της ύπαρξης ή μη της ζωής, αποτελεί άμεση αντανάκλαση της επιστήμης της φυσιολογίας εκείνης της εποχής, η οποία υποδείκνυε την καρδιά ως το κεντρικό όργανο του σώματος. Ένας πολύ απτός λόγος για τον οποίο σήμερα στρεφόμαστε στον εγκέφαλο είναι ότι αναγνωρίζουμε τις λειτουργίες τις οποίες επιτελεί ο εγκέφαλος και οι οποίες δεν είχαν γίνει αντιληπτές κατά τον ίδιο τρόπο σε προγενέστερες περιόδους της ιστορίας. Θα μπορούμε σχεδόν να πούμε ότι θέλουμε να προσαρμόσουμε τον ορισμό μας για τον θάνατο ώστε να συμβαδίζει με τη σύγχρονη φυσιολογία.[44]

Τρία χρόνια πριν ένας ειδικός ΗΕΓ του Χάρβαρντ είχε κάνει μια άλλη περιγραφή της ακαταλληλότητας της καρδιάς ως συμβόλου, προκειμένου να υποστηρίξει την έννοια του εγκεφαλικού θανάτου: «Σίγουρα το ανθρώπινο πνεύμα που αναδεικνύεται μέσα από τη μοναδική ατομικότητα του ανθρώπου είναι προϊόν του μυαλού, όχι της καρδιάς του. Η καρδιά είναι σύμβολο της αγάπης, των γενέθλιων ευχών, του Αγίου Βαλεντίνου, της κινητήριας δύναμης (*vis a tergo*), της ζωικής ορμής (*élan vital*) και

της συναισθηματικής ονειροπόλησης γενικότερα» (Hamlin, 1964, σελ. 113). Με αυτό το πνεύμα, η Επιτροπή ενέταξε τη συνεισφορά της σε ένα πλαίσιο εξέλιξης της γνώσης και κατανόησης των ανθρώπινων λειτουργιών, ως μέρος μιας αναπόφευκτης επανάστασης του μοντερνισμού. Στη δημοσιευμένη έκθεσή της, η Επιτροπή ενσωμάτωσε το πνεύμα παρόμοιων σχολίων για να παρουσιάσει τα καρδιοκεντρικά κριτήρια σαν λείψανο ενός πρωτόγονου πολιτισμού: «Σε εκείνους τους [αρχαίους] καιρούς η καρδιά εθεωρείτο ως το κεντρικό όργανο του σώματος· δεν είναι να απορεί κανείς που η ανακοπή της σηματοδοτούσε την έλευση του θανάτου. Αυτό δεν ισχύει πλέον, με τα σύγχρονα μέσα ανάνηψης και υποστήριξης που χρησιμοποιούνται» (JAMA, 1968, σελ. 87). Η ιδέα ότι η καρδιά αποτελεί έδρα της ζωής παρουσιάστηκε σαν πρωτόγονη, ρομαντική και απαρχαιωμένη.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Τα πρώτα κριτήρια διάγνωσης του εγκεφαλικού θανάτου δεν προέκυψαν αποκλειστικά από φυσικά χαρακτηριστικά των νεκρών, ούτε καν από τις δυνατότητες της διαγνωστικής τεχνολογίας και της τεχνολογίας υποστήριξης των ζωτικών λειτουργιών. Τα εγκεφαλικά νεκρά σώματα έπρεπε να δημιουργηθούν, να αναγνωριστούν, να περιγραφούν και να οριστούν με την ανάπτυξη κριτηρίων εγκεφαλικού θανάτου: ο εγκεφαλικός θάνατος ήταν ένα κοινωνικό και κλινικό κατασκεύασμα. Ο ορισμός του 1968 περισσότερο επεσήμανε νέες οριοθετήσεις μεταξύ ζωντανών και νεκρών παρά δημιούργησε μια πιο «ακριβή» περιγραφή του θανάτου. Κατά τη διαδικασία του επαναπροσδιορισμού, το σώμα σε μη αναστρέψιμο κώμα έγινε το έδαφος πάνω στο οποίο άλλοτε ανταγωνιστικά και άλλοτε συνεργαζόμενα τεχνολογικά συμφέροντα διαπραγματεύονταν τις αξιώσεις τους.

Ένα πραγματικό «θηριοτροφείο» τεχνολογιών της εποχής του '60 περιφερόταν στις πρώτες δημόσιες συζητήσεις για τον εγκεφαλικό θάνατο. Οι τεχνολογίες αυτές περιελάμβαναν επιτυχίες όπως η μεταμόσχευση καρδιάς και ο τεχνητός νεφρός, αποτυχίες (τουλάχιστον για τις δεκαετίες που ακολούθησαν) όπως οι μεταμοσχεύσεις τεχνητής καρδιάς και τεχνητού πνεύμονα και αναπτυσσόμενες τεχνολογίες όπως το ΗΕΓ. Περιελάμβαναν ακόμη κάποιες δονκιχωτικές «υποσχέσεις», συναρπαστικές για τη δεκαετία του '60 αλλά κατά μεγάλο μέρος ξεχασμένες σήμερα, όπως η μεταμόσχευση εγκεφάλου και ο αποικισμός άλλων πλανητών. Την εποχή που δημοσιεύθηκε ορισμός του εγκεφαλικού θανάτου, το ΗΕΓ έβγαινε από το ερευνητικό εργαστήριο και αναζητούσε μια θέση μεταξύ των ιατρικών εφαρμογών, αλλά μέχρι το 1968 η ηλεκτροεγκεφαλογραφία δεν παρείχε ούτε αναγκαίες ούτε επαρκείς διαγνωστικές αποδείξεις για επαναπροσδιορισμό του θανάτου κατά τρόπο ικανοποιητικό για τις ομάδες που κυριαρχούσαν στον χώρο.

Η τεχνητή υποστήριξη των ζωτικών λειτουργιών φαίνεται ότι επίσης έπαιξε έναν αμφιλεγόμενο ρόλο στην επίσπευση του επαναπροσδιορισμού του θανάτου. Ορισμένοι ισχυρίζονται ότι το κόστος και η ανεπάρκεια μέσων τεχνητής υποστήριξης έκαναν επιτακτικό τον επαναπροσδιορισμό του θανάτου. Ωστόσο, ενώ η τεχνητή υποστήριξη των ασθενών σε κώμα ήταν ενδεχομένως «ακριβή», στα μάτια της κοινωνίας τα πειράματα μεταμόσχευσης ήταν ακόμα ακριβότερα. Η συχνότητα των περιστατικών μη αναστρέψιμου κώματος δεν είχε ανησυχήσει ιδιαίτερα ούτε τους ιατρούς ούτε την κοινή γνώμη στη δεκαετία του '60.

Ο βαθμός στον οποίο οι ηθικές και ιατρικές ανάγκες των τεχνολογιών μεταμόσχευσης υπαγόρευαν κάποια κλινικά χαρακτηριστικά του εγκεφαλικού θανάτου δεν έχει εκτιμηθεί πλήρως. Ένας επαναπροσδιορισμός του θανάτου που θα βασιζόταν αποκλειστικά στο συμφέρον των ασθενών σε μη αναστρέψιμο κώμα και των οικογενειών τους ή στις διαγνωστικές δυνατότητες του ΗΕΓ ή στην ανάγκη να γίνει εξοικονόμηση δαπανών στον τομέα της τεχνητής υποστήριξης μπορεί να παρήγαγε ένα κάπως διαφορετικό σύνδρομο από αυτό που δημιούργησαν τα κριτήρια εγκεφαλικού θανάτου όπως ορίστηκαν από το Χάρβαρντ το 1968. Το ενδιαφέρον της Επιτροπής για την απόκτηση οργάνων την οδήγησε να κάνει μια σειρά από τροποποιήσεις στο έργο της και στην ανακοίνωσή της. Τα κριτήρια εξετάστηκαν μέσα σε ένα πολύ σύντομο χρονικό πλαίσιο, λόγω της δημοσιότητας που είχε δημιουργήσει η πρώτη μεταμόσχευση καρδιάς. Τα ίδια τα κλινικά κριτήρια τροποποιήθηκαν: το απαιτούμενο χρονικό διάστημα για την επιβεβαίωση της διάγνωσης μειώθηκε από τις 72 στις 24 ώρες για να διευκολύνει τη λήψη οργάνων και συμφωνήθηκε να δοθεί στο ΗΕΓ ένας επικυρωτικός (και όχι καθοριστικός) ρόλος, ώστε να καταστεί δυνατή η ευρύτερη εφαρμογή των κριτηρίων σε περιβάλλοντα όπου απουσίαζε η τεχνολογία ΗΕΓ. Τα κριτήρια στηρίζονταν αποκλειστικά σε κλινικές ενδείξεις και απέκλειαν ειδικές διοικητικές διαδικασίες (π.χ. τη γνωστοποίηση σε συναδέλφους, σε νοσηλευτές και στην οικογένεια, της απόφασης να δηλωθεί ένα άτομο «εγκεφαλικά νεκρό») οι οποίες θα μπορούσαν να υποδηλώνουν ότι η διάγνωση ήταν ασαφής ή υποκινούμενη από ενδιαφέροντα ανεξάρτητα της ίδιας της κατάστασης του κωματώδους ασθενούς. Ακόμη και η απόφαση να ονομαστεί το σύνδρομο «θάνατος» και όχι απλά «μη αναστρέψιμο κώμα» επηρεάστηκε από τις απαιτήσεις των μεταμοσχεύσεων· προφανώς μόνο «νεκροί» ασθενείς μπορούσαν να χρησιμεύσουν ως πτωματικοί δότες οργάνων.

Οι ιστορικές αναφορές που αναγνωρίζουν τον ρόλο της τεχνολογίας των μεταμοσχεύσεων στον ορισμό του εγκεφαλικού θανάτου τείνουν να εστιάζουν στη μεταμόσχευση καρδιάς, επειδή το 1967 η πρώτη μεταμόσχευση καρδιάς έθεσε με δραματικό τρόπο κάποια ηθικά διλήμματα και επειδή σχεδόν αμέσως, το 1968, ακολούθησε ο ορισμός του Χάρβαρντ. Ενώ η κρίση της μεταμόσχευσης καρδιάς ενεργοποίησε τις κινήσεις επαναπροσδιορισμού του θανάτου, η επιλογή των καθοριστικών κριτηρίων στηρίχθηκε εξίσου στην κλινική εμπειρία και στις τεχνικές απαιτήσεις των μεταμοσχεύσεων νεφρού. Οι κατευθύνσεις προς τις οποίες εξελίχθηκε η τεχνολογία των μεταμοσχεύσεων νεφρού είχαν σημαντική επίδραση κατά τη δεκαετία του '60. Τα μηχανήματα αιμοκάθαρσης είχαν κάνει λιγότερο επείγουσα την ανάγκη μεταμόσχευσης νεφρού, με συνέπεια η δωρεά ζωντανού νεφρού να γίνει ακόμη πιο αμφιλεγόμενη ηθικά, ενώ παράλληλα ενισχύθηκε ο ρόλος των πτωματικών πηγών οργάνων. Συνακόλουθα, τα βήματα προόδου στην ανοσοκαταστολή κατέστησαν δυνατές τις μεταμοσχεύσεις από πτώματα σε μη συγγενείς λήπτες, αυξάνοντας έτσι και το ενδιαφέρον για πτωματικές πηγές οργάνων. Οι πτωματικές μεταμοσχεύσεις ήταν πιο επιτυχείς όταν τα νεφρά είχαν ληφθεί από πτώματα με πάλλουσα καρδιά, παρά από συμβατικά νεκρά πτώματα. Τα πρακτικά της διάσκεψης της Ciba αποκάλυψαν ότι μέχρι το 1966 ορισμένοι Ευρωπαίοι και Αμερικανοί ιατροί είχαν ήδη εμπειρία εφαρμογής εγκεφαλοκεντρικών κριτηρίων διάγνωσης του θανάτου για τη λήψη νεφρών από πτώματα με πάλλουσα καρδιά (προφανώς αυτή η πρακτική δεν εισήχθη με την πρώτη μεταμόσχευση καρδιάς το 1967 ή με τον επαναπροσδιορισμό του θανάτου το 1968, όπως κοινώς πιστεύεται). Γενικά, μέχρι το τέλος της δεκαετίας του '60 οι εξελίξεις στις πρακτικές μεταμόσχευσης νεφρού είχαν

προκαλέσει αν όχι μεγάλη αίσθηση, πάντως έντονο ιατρικό ενδιαφέρον για την εξασφάλιση τακτικής, νόμιμης πρόσβασης σε εγκεφαλικά νεκρούς δότες νεφρών.

Ο Rothman υποστηρίζει ότι ο ορισμός του Χάρβαρντ για τον εγκεφαλικό θάνατο από πολυεπιστημονική επιτροπή αποτέλεσε πλήγμα για τα προνόμια και την αυτονομία της ιατρικής: «Τελικά, αυτό που έκανε η έκθεση του Χάρβαρντ δεν ήταν τόσο να δώσει απάντηση στα ερωτήματα σχετικά με τον εγκεφαλικό θάνατο όσο να προωθήσει τη δημοσιοποίησή τους σε έναν χώρο ελεύθερης πρόσβασης για όλους» (Rothman, 1991, σελ. 161). Σίγουρα, η Επιτροπή του Χάρβαρντ συγκροτήθηκε ως απάντηση στη δημοσιότητα που έλαβε η μεταμόσχευση καρδιάς, για να προλάβει το σκάνδαλο στον τομέα της ιατρικής έρευνας. Εκ των υστέρων αντιλαμβανόμαστε ότι αυτό το γεγονός πράγματι συνέβη τα πρώτα χρόνια μιας εποχής με αυξανόμενη κοινωνική εποπτεία της ηθικής των ιατρικών ερευνών. Επιπλέον, τα ίδια τα κριτήρια του εγκεφαλικού θανάτου παραμένουν αμφιλεγόμενα. Η Ειδική Επιτροπή του Χάρβαρντ μπορεί να μην πέτυχε να καθιερώσει οριστικά, αδιαφιλονίκητα κριτήρια διάγνωσης του εγκεφαλικού θανάτου και να διασφαλίσει την συνεπή εφαρμογή τους σε όλες τις κλινικές περιπτώσεις εγκεφαλικού θανάτου. Ωστόσο, κέρδισε σημαντικό έδαφος για τα συμφέροντα του τομέα των μεταμοσχεύσεων και άλλων ιατρικών τομέων, (1) καθιερώνοντας τον εγκεφαλικό θάνατο ως *τεχνικό «γεγονός»* και τον ορισμό του εγκεφαλικού θανάτου ως άσκηση για τους θεωρητικούς της ιατρικής, (2) καλώντας εξωιατρικούς ειδικούς σε θέματα ηθικής και εκπροσώπους των επιστημών του ανθρώπου για να *υποστηρίζουν* τον τεχνικό επαναπροσδιορισμό του θανάτου και (3) επιτυγχάνοντας τη *συμμετοχή χειρουργών-μεταμοσχευτών* στον επαναπροσδιορισμό του θανάτου και επιχειρώντας (ανεπιτυχώς, είναι η αλήθεια) να εξασφαλίσει τη μη εξαίρεσή τους από την καθαυτό διάγνωση του θανάτου σε επιμέρους περιπτώσεις.

Κατά πρώτον, αυτό που ανέλαβε να εξετάσει η Ειδική Επιτροπή του Χάρβαρντ δεν ήταν το αν ο εγκεφαλικός θάνατος *θα έπρεπε* να οριστεί ή *ποιος* θα έπρεπε να τον ορίσει, αλλά μάλλον *ποιος ήταν ο καλύτερος τρόπος* για να οριστεί. Αυτό αντιπροσωπεύει μια σημαντική διαφοροποίηση από προηγούμενες διεπιστημονικές συζητήσεις, στις οποίες ακόμη και ιατρικοί εμπειρογνώμονες έθεταν δημοσίως το ερώτημα αν νομιμοποιείται η ύπαρξη του εγκεφαλικού θανάτου και ποιος «ειδικός» – ο ιατρός, ο πολίτης, ο θεολόγος, ο νομικός – δικαιούται να καθορίσει τη φύση του. Περαιτέρω, η Επιτροπή πέτυχε να καθιερώσει την άποψη ότι ο εγκεφαλικός θάνατος είχε τυπικά, «αντικειμενικά» κλινικά χαρακτηριστικά. Το θέμα δεν ήταν πλέον τι «σημαίνει» ο θάνατος για την οικογένεια, τους κληρικούς, το προσωπικό φροντίδας ή άλλα άτομα που αλληλεπιδρούν με τον ασθενή (Porzio, 1969), αλλά τι «είναι» ο θάνατος ως μέγεθος μετρήσιμο με χρήση οργάνων. Η επιτυχία του έργου της Επιτροπής ίσως δεν εντοπιζόταν τόσο στην καθιέρωση των συγκεκριμένων κριτηρίων εγκεφαλικού θανάτου όσο στην καθιέρωση της *πρακτικής του ιατρικού επαναπροσδιορισμού του θανάτου* σαν μια ιστορικά προοδευτική πράξη. Από το 1968, όσοι άσκησαν κριτική έθεσαν υπό αμφισβήτηση όχι την πράξη επαναπροσδιορισμού του θανάτου καθαυτή, όσο τις λεπτομέρειες του εκάστοτε νέου ορισμού. Οι πιο πολλές από τις πρόσφατες προτάσεις αναθεωρήσεων απαιτούν τον καθορισμό κριτηρίων ικανών να τοποθετήσουν περισσότερους, όχι λιγότερους, ασθενείς στην κατηγορία των «εγκεφαλικά νεκρών». Το γεγονός ότι τόσο η έννοια του εγκεφαλικού θανάτου όσο και οι επεκτάσεις της έχουν καθιερωθεί στην ιατρική επιστήμη και θεωρούνται ευρύτατα ως απαραίτητη συνθήκη της «τεχνολογικής προόδου» σηματοδοτεί μια σημαντική νίκη της ιατρικής εξουσίας.

Κατά δεύτερο λόγο, οι επιστήμονες από μη ιατρικούς χώρους δεν παραισέφρησαν, αλλά μάλλον *προσκλήθηκαν* στη διαδικασία επαναπροσδιορισμού του θανάτου. Αυτό ξεκίνησε πολύ πριν το 1968. Σε όλη τη διάρκεια της δεκαετίας του '60, ερευνητές στον χώρο των μεταμοσχεύσεων και σε άλλους τομείς της ιατρικής πρόθυμα περιελάμβαναν μελετητές από τους χώρους της νομικής, της θεολογίας και των επιστημών του ανθρώπου στις συζητήσεις τους σχετικά με τη μεταμόσχευση ζωτικών οργάνων από κωματώδεις ασθενείς. Εν προκειμένω, στην Ειδική Επιτροπή του Χάρβαρντ, οι ακαδημαϊκοί των μη ιατρικών επιστημών υποστήριζαν σε μεγάλο βαθμό τις προτάσεις των ιατρών-μεταμοσχευτών για τον επαναπροσδιορισμό του θανάτου. Η πολυεπιστημονική σύνθεση της Επιτροπής δεν φάνηκε να λειτουργεί διασπαστικά για την ιατρική εξουσία. Οι συμμετέχοντες από τους μη ιατρικούς κλάδους υποστήριζαν την έρευνα στο χώρο των μεταμοσχεύσεων και τον κλινικό επαναπροσδιορισμό του θανάτου· κατ' ουσίαν δεν αμφισβήτησαν τη θεμελιώδους σημασίας ύπαρξη του εγκεφαλικού θανάτου, ούτε καν την ιδέα ότι θα έπρεπε να είναι συμβατός με τη λήψη οργάνων (αν και συχνά εφιστούσαν την προσοχή στο ότι τα κριτήρια του εγκεφαλικού θανάτου δεν έπρεπε να φαίνονται ότι υποκινούνται από συμφέροντα σχετιζόμενα με τις μεταμοσχεύσεις). Οι εκπρόσωποι των ανθρωπιστικών επιστημών χρησίμευσαν κατά κύριο λόγο στον εξορθολογισμό των ιατρικών κριτηρίων παρουσιάζοντάς τα ως ηθικά και ιστορικά αναπόφευκτα. Όλοι μαζί οι συμμετέχοντες φρόντισαν να απαλείψουν, από τα σχέδια και από το τελικό κείμενο, φράσεις που υποδήλωναν αντιπαράθεση ή αμφιβολία, αφήνοντας στο τέλος μια εντυπωσιακή επίδειξη αυτοπεποίθησης και πολυεπιστημονικής συναίνεσης.

Τέλος, η Ειδική Επιτροπή του Χάρβαρντ (καθώς και άλλα συμπόσια και δημοσιεύσεις που ασχολήθηκαν με τον εγκεφαλικό θάνατο πριν από το 1968) συμπεριέλαβε ενεργά στις συσκέψεις της χειρουργούς ειδικευμένους στις μεταμοσχεύσεις. Γιατί αυτή η ανάμιξη χειρουργών-μεταμοσχευτών στον *ορισμό* του θανάτου, ενώ από τότε μέχρι σήμερα είναι τόσο γενικευμένος ο αποκλεισμός τους από τη *διάγνωση* του θανάτου στην πράξη; Οι συμμετέχοντες είχαν πλήρη επίγνωση της δυνητικής σύγκρουσης συμφερόντων μεταξύ του ατόμου σε κώμα και του υποψηφίου για μεταμόσχευση οργάνου, δεδομένου ότι ο πιο πρόωρος θάνατος του ενός θα μπορούσε να σημάνει τη σωτηρία της ζωής του άλλου. Κανονικά οι χειρουργοί-μεταμοσχευτές δεν συμμετείχαν στη φροντίδα ασθενών σε χρόνιο κώμα και θεωρούνταν «ειδικοί» στην εν λόγω κατάσταση *μόνο* εξ αιτίας του ρόλου της στην προμήθεια μεταμοσχεύσιμων οργάνων. Στο εσωτερικό της, η Ειδική Επιτροπή του Χάρβαρντ παραδέχθηκε ότι το ιδιαίτερο ενδιαφέρον του Χάρβαρντ για τον εγκεφαλικό θάνατο οφειλόταν στις μεταμοσχεύσεις, αν και φρόντισε να αφαιρέσει από την έκθεσή της κάθε νύξη ότι τα συμφέροντα των μεταμοσχεύσεων υποκίνησαν ή ευνόησαν τον επαναπροσδιορισμό του θανάτου. Τα μέλη της Επιτροπής επίσης αναγνώρισαν μεταξύ τους ότι σε κλινικό επίπεδο οι χειρουργοί-μεταμοσχευτές ίσως να μην ήταν τα άτομα που θα εμπιστευόταν κανείς γενικότερα για να ενεργήσουν προς το καλύτερο δυνατό συμφέρον ενός δυνητικού δότη οργάνων, αλλά αποφάσισαν να μην παραδεχτούν ούτε αυτό το ζήτημα ούτε την ύπαρξη οποιασδήποτε αμφιβολίας σχετικά με τα κριτήρια διάγνωσης του εγκεφαλικού θανάτου. Μολαταύτα, η Επιτροπή δεν σκέφτηκε να αποκλείσει τους μεταμοσχευτές χειρουργούς από τον επαναπροσδιορισμό του θανάτου· αντιθέτως, συμμετείχαν ενεργά και οι προτάσεις τους ελήφθησαν υπόψη.

Στα χρόνια μετά το 1968, ομάδες ειδικού ενδιαφέροντος με διαφόρων ειδών προτεραιότητες – ωφελιμιστικές και ανθρωπιστικές, κλινικές και ηθικές, προσωπικές

και κοινωνικές – συνέχισαν να αντιμάχονται για τα καθοριστικά χαρακτηριστικά του «θανάτου» στο πλαίσιο ιατρικών εφαρμογών υψηλής τεχνολογίας. Οι πρόοδοι στις μεταμοσχεύσεις έχουν αυξήσει τη ζήτηση για όργανα πτωματικής προέλευσης, οι ιατρικές δαπάνες έχουν γίνει μια αισθητή πλέον κρίση δημόσιας πολιτικής, ο πληθυσμός γερνά και έρχεται αντιμέτωπος με περισσότερες χρόνιες παθήσεις, ενώ ακτιβιστές προωθούν την ευθανασία, την προηγμένη νομοθεσία και άλλες διαδικασίες λήψης αποφάσεων για εκούσιο τερματισμό της ζωής. Όλα αυτά φέρνουν προς συζήτηση επείγοντα προγραμματικά θέματα στους χώρους όπου για άλλη μια φορά επαναπροσδιορίζεται ο θάνατος. Η βεβαίωση του εγκεφαλικού θανάτου «παρά τη κλίνη» του νοσηλευόμενου εξακολουθεί να συναντά σημαντική αντίσταση (π.χ., Prottas και Batten, 1988· Borozny, 1988), ενώ η αντιπαράθεση γύρω από τα κατάλληλα κριτήρια διάγνωσης συνεχίζεται (π.χ. Korein, 1978· Zaner, 1988· Veatch, 1992· Bernat, 1992· Bayertz, 1992· Veatch, 1993) και κάποιοι από τον χώρο της δωρεάς οργάνων έφθασαν να θέτουν πάλι το ερώτημα αν η πρόγνωση επικείμενου θανάτου (και όχι η διάγνωση αυτού) θα μπορούσε να επικυρώσει την αφαίρεση οργάνων (π.χ. Arnold και Youngner, 1993). Η ποικιλία απόψεων και πρακτικών δηλώνει ότι ίσως ο θάνατος παραμένει σε μεγάλο βαθμό θέμα υποκειμενικής εκτίμησης. Η ιστορία της εμφάνισης του εγκεφαλικού θανάτου στη δεκαετία του '60 δείχνει παραστατικά πώς το υποκειμενικό «βλέμμα» των ενδιαφερομένων κατασκεύασε συγκεκριμένες οπτικές του θανάτου. Ο επαναπροσδιορισμός του θανάτου δεν ήταν απλώς μια τεχνική άσκηση, αλλά μια αισθητική πράξη που αποσκοπούσε να ταιριάξει τον ευρισκόμενο σε μη ανατάξιμο κόμα, το νεκρό και τον δότη οργάνων μέσα στην ίδια κλινική εικόνα.

Ευχαριστίες. Κατ' αρχάς είμαι ευγνώμων στον Jack Pressman για την καθοδήγηση και τις συμβουλές του σε όλη τη διάρκεια αυτής της έρευνας, καθώς και στον Guenther Risse και την Adele Clarke για τα χρήσιμα σχόλιά τους πάνω στην πορεία της εργασίας. Ο Richard Wolfe, στη Βιβλιοθήκη Countway της Ιατρικής Σχολής του Χάρβαρντ μου παρείχε πρόσβαση σε κείμενα εξαιρετικής σημασίας, καθώς και πολύτιμη βοήθεια στην ιστοριογραφική μου περιπλάνηση. Η Patricia Flynn, με τη βαθιά συλλογιστική και τις συζητήσεις της μαζί μου, με στήριξε τόσο με τις ιδέες όσο και με την εμπύχωση που μου προσέφερε σε κρίσιμα στάδια της ανάλυσης. Είμαι επίσης υπόχρεη στους Martin Pernick, Robert Arnold, και Jeremiah Hurley για τα χρήσιμα κριτικά τους σχόλια πάνω στα πρώτα σχέδια του έργου μου.

ΣΗΜΕΙΩΣΕΙΣ

[01]. Συζητητής του συμποσίου (Platt, 1966) (σελ. 157).

[02]. Συζητητής του συμποσίου (Platt, 1966) (σελ. 163).

[03]. Συζητητής του συμποσίου (Platt, 1966) (σελ. 155).

[04]. Συζητητής του συμποσίου (Murray, 1966) (σελ. 72).

[05]. Συζητητής του συμποσίου (Murray, 1966) (σελ. 72, 73).

- [06]. Συζητητής του συμποσίου (Platt, 1966) (σελ. 154).
- [07]. Συζητητής του συμποσίου (Daube, 1966) (σελ. 207).
- [08]. Συζητητής του συμποσίου (Woodruff, 1966) (σελ. 19).
- [09]. Αυτά τα δύο ερευνητικά θεματολόγια χαρακτηρίστηκαν με βάση μια ανασκόπηση της βιβλιογραφίας που καταλογογραφήθηκε την ίδια εποχή στο ευρετήριο του *Index Medicus*.
- [10]. Συζητητής του συμποσίου (Woodruff, Platt 1966).
- [11]. Ένα ενδιαφέρον παράδειγμα μιας τέτοιας επικίνδυνης για τη ζωή χειρουργικής τεχνικής είναι η χρήση επιλεκτικής καρδιακής ανακοπής, η οποία εμφανίστηκε στα μέσα της δεκαετίας του '50, για τη διακοπή της λειτουργίας της καρδιάς προς αποφυγή αιμορραγίας της κατά τη διάρκεια εγχείρησης καρδιάς. Η ειρωνεία είναι ότι η ρητορική που υποστήριζε τη μετατόπιση της έδρας της ζωής από την καρδιά στον εγκέφαλο (για λόγους καθορισμού του θανάτου) συνίστατο εν μέρει στο επιχείρημα ότι επειδή οι μεταμοσχεύσεις καρδιάς περιελάμβαναν την αφαίρεση της καρδιάς, η πρακτική αυτή θα ισοδυναμούσε με θανάτωση του ασθενούς σύμφωνα με τα συμβατικά κριτήρια και οι μεταμοσχευτές χειρουργοί θα γίνονταν αυτομάτως ένοχοι φόνου. Δεν ανακάλυψα ενδείξεις αντίστοιχου ηθικού προβληματισμού για την πρακτική της σκόπιμης παύσης της καρδιάς κατά τη διάρκεια εγχείρησης ανοιχτής καρδιάς, μολονότι είναι βέβαιο ότι, με το ίδιο πνεύμα, αυτοί οι πρωτοπόροι των επεμβάσεων ανοιχτής καρδιάς ήταν ένοχοι «αφαίρεσης της ζωής» (συνήθως προσωρινά).
- [12]. Συζητητής του συμποσίου (Murray, 1966) (σελ. 68).
- [13]. Κριτήρια του Alexandre, όπως περιγράφονται σε συζήτηση μεταξύ συμμετεχόντων στο Συμπόσιο της Ciba (Murray 1966).
- [14]. Κριτήρια του Revillard, όπως περιγράφονται σε συζήτηση μεταξύ συμμετεχόντων στο Συμπόσιο της Ciba (Murray 1966) (σελ. 71, η υπογράμμιση δική μου) .
- [15]. Συζητητής του συμποσίου (Platt, 1966) (σελ. 155-156).
- [16]. Συζητητής του συμποσίου (Murray, 1966) (σελ. 70).
- [17]. Συζητητής του συμποσίου (Platt, 1966) (σελ. 155).
- [18]. Συζητητής του συμποσίου (Platt, 1966) (σελ. 161).
- [19]. Για παράδειγμα, συζητητής του συμποσίου (Grundel, 1968).
- [20]. Έξι επιστολές προς τον εκδότη, σε απάντηση στην Ανώνυμη (1957), δημοσιεύθηκαν στο περιοδικό *Atlantic Monthly*, 1957, σελ. 30-31.

[21]. Η ανάλυση βασίζεται σε μια εξέταση όλων των σχετικών άρθρων (14 συνολικά) που δημοσιεύθηκαν στους *New York Times* μεταξύ 1937 και 1957. Οι περισσότερες από αυτές τις ιστορίες προέρχονταν από πρακτορεία ειδήσεων και πιθανώς δημοσιεύθηκαν σε πολλές Αμερικανικές εφημερίδες. Τα χωρία εμφανίζονται στις παραπομπές.

[22]. Συζητητής του συμποσίου (Platt, 1966) (σελ. 155).

[23]. Χειρόγραφα του Henry K. Beecher, Αναγνωστήριο Holmes Hall, Ιατρική Σχολή Χάρβαρντ (εφεξής σημειώνονται ως «Χειρόγραφα Beecher»).

[24]. Αλληλογραφία του R. H. Ebert προς τον J. Murray, 4 Ιανουαρίου 1968, Χειρόγραφα Beecher.

[25]. «Ορισμός του μη αναστρέψιμου κόματος», σχέδιο χειρογράφου της 11ης Απριλίου 1968, Χειρόγραφα Beecher.

[26]. «Ορισμός του μη αναστρέψιμου κόματος», σχέδιο χειρογράφου της 11ης Απριλίου 1968, Χειρόγραφα Beecher.

[27]. «Ορισμός του μη αναστρέψιμου κόματος», σχέδιο χειρογράφου της 11ης Απριλίου 1968, Χειρόγραφα Beecher.

[28]. «Ένας ορισμός του μη αναστρέψιμου κόματος», σχέδιο χειρογράφου της 3ης Ιουνίου 1968, Χειρόγραφα Beecher.

[29]. Αλληλογραφία του E. I. Mendelsohn προς τον H. K. Beecher, 5 Ιουνίου 1968, Χειρόγραφα Beecher.

[30]. Αλληλογραφία του R. H. Ebert προς τον H. K. Beecher, 1 Ιουλίου 1968, Χειρόγραφα Beecher.

[31]. Αλληλογραφία του W. J. Curran προς τους R. Schwab, R. Eben, και J. Murray, 28 Μαρτίου 1968, Χειρόγραφα Beecher.

[32]. Αλληλογραφία του H. Beecher προς τον R. Ebert, 28 Μαρτίου 1968, Χειρόγραφα Beecher.

[33]. «Ορισμός του μη αναστρέψιμου κόματος», σχέδιο χειρογράφου της 11ης Απριλίου 1968, Χειρόγραφα Beecher.

[34]. «Ορισμός του μη αναστρέψιμου κόματος», σχέδιο χειρογράφου της 11ης Απριλίου 1968, Χειρόγραφα Beecher.

[35]. Είναι ενδιαφέρον ότι, αν και η Επιτροπή βασιζόταν στην ισχύ των κλινικών κριτηρίων για να αντιπαρέλθει καιροσκοπικά συμφέροντα και να εξασφαλίσει την τήρηση της ηθικής δεοντολογίας, τα ιατρικά κριτήρια από μόνα τους δεν αποδείχτηκαν επαρκή στη νομοθετική αρένα κατά τις δεκαετίες που ακολούθησαν το 1968. Πολιτειακοί νόμοι σχετικοί με τη νομιμότητα του εγκεφαλικού θανάτου (συμπεριλαμβανομένου του Ενιαίου Νομοσχεδίου για τη Δωρεά Οργάνων (Uniform

Anatomical Gift Act) ενσωμάτωσαν σε μεγάλο βαθμό την απαίτηση η βεβαίωση του θανάτου να γίνεται από περισσότερους του ενός ιατρούς και απαγόρευσαν την ανάμιξη χειρουργών-μεταμοσχευτών (Coe και Curran, 1980· Rado, 1981).

[36]. Ένα εντελώς διαφορετικό σύνδρομο, με την ονομασία «οξύς εγκεφαλικός θάνατος» είχε χρησιμοποιηθεί παλαιότερα για να περιγράψει συμβατικούς θανάτους, οι οποίοι προκαλούνταν από αδιευκρίνιστη εγκεφαλική δυσλειτουργία (Waggoner και Sharenberg, 1955). Αντιθέτως, περιπτώσεις μη αναστρέψιμου κώματος συγγενείς προς τη σημερινή έννοια του «εγκεφαλικού θανάτου» έχουν περιγραφεί από τα τέλη του 19ου αιώνα, αν και δεν τους δόθηκε η ονομασία «εγκεφαλικός θάνατος» (Pernick, 1988).

[37]. «Ορισμός του μη αναστρέψιμου κώματος», σχέδιο χειρογράφου της 11ης Απριλίου 1968, Χειρόγραφο Beecher.

[38]. «Ορισμός του μη αναστρέψιμου κώματος», σχέδιο χειρογράφου της 11ης Απριλίου 1968, Χειρόγραφο Beecher.

[39]. Αλληλογραφία του J. Murray προς τον H. K. Beecher, 28 Μαρτίου 1968, Χειρόγραφο Beecher.

[40]. Αλληλογραφία του D. Denny-Brown προς τον H. K. Beecher, «Σχόλια Πάνω στον Ορισμό του Μη Αναστρέψιμου Κώματος», Χειρόγραφο Beecher.

[41]. Αλληλογραφία του H. K. Beecher προς τον R. H. Ebert, 9 Ιανουαρίου 1968· «Έκθεση της Ειδικής Επιτροπής για την εξέταση του ορισμού του εγκεφαλικού θανάτου, ο οποίος περιγράφεται δια του παρόντος ως ορισμός του μη αναστρέψιμου κώματος, υποβαλλόμενη από τον Κοσμήτορα Robert H. Ebert», χειρόγραφο της 13ης Ιουνίου 1968, Χειρόγραφο Beecher.

[42]. Τρεις (προφανώς αδημοσίευτες) αναφορές οι οποίες υπάρχουν σε ένα από τα πρώτα χειρόγραφα (σχέδιο της 11ης Απριλίου) στη συνέχεια διαγράφηκαν από την τελική έκθεση. Ήταν οι: Alderete, υπό έκδοση· Rosoff και Schwab, 1967· και Pickering, 1966. Δεν επισημάνθηκαν περαιτέρω πληροφορίες σχετικά με αυτές τις πηγές (Χειρόγραφο Beecher).

[43]. «Ένας ορισμός του μη αναστρέψιμου κώματος», σχέδιο χειρογράφου της 3ης Ιουνίου 1968, Χειρόγραφο Beecher.

[44]. Αλληλογραφία του E. I. Mendelsohn προς τον H. K. Beecher, 5 Ιουνίου 1968, Χειρόγραφο Beecher.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Alexander, M. (1980) The rigid embrace of the narrow house: premature burial and signs of death. Hastings Center Report 10 [«Ο άκαμπτος εναγκαλισμός του φέρετρου: πρόωρη ταφή και ενδείξεις θανάτου». Έκθεση του Κέντρου Hastings αριθ. 10], 25-31.

Ανώνυμη, Α. (1957) A way of dying. *The Atlantic Monthly* 199 (January) [«Ένας τρόπος θανάτου». *The Atlantic Monthly* 199 (Ιανουάριος)], 53-55.

Arnold, J. D., Zimmerman, T. F. και Martin, D. C. (1968) Public attitudes and the diagnosis of death. *Journal of the American Medical Association* 206 [«Η στάση της κοινής γνώμης και η διάγνωση του θανάτου». *Επιθεώρηση της Αμερικανικής Ιατρικής Ένωσης* τ. 206], 1949-1954.

Arnold, R. M. και Youngner, S. J. (1993) The dead donor rule: should we stretch it, bend it, or abandon it? *Kennedy Institute of Ethics Journal* 3 [«Ο κανόνας του νεκρού δότη: Πρέπει να τον ελαστικοποιήσουμε, να τον παρακάμψουμε ή να τον εγκαταλείψουμε;» *Επιθεώρηση του Ινστιτούτου Ηθικής Kennedy* τ. 3] 263-278.

Bayertz, K. (1992) Techno-thanatology: moral consequences of introducing brain criteria for death. *Journal of Medicine and Philosophy* 17 [«Τεχνολογική θανατολογία: οι ηθικές επιπτώσεις της εισήγησης εγκεφαλικών κριτηρίων για τον θάνατο». *Ιατρική και Φιλοσοφική Επιθεώρηση*, τ. 17], 407-417.

Beecher, H. K. (1966) Ethics and clinical research. *New England Journal of Medicine* 274 [«Ηθική και κλινικές έρευνες». *Ιατρική Επιθεώρηση Νέας Αγγλίας*, τ. 274], 1354-1360.

Beecher, H. K. (1970) Definitions of "life" and "death": for medical science and practice. *Annals of the New York Academy of Sciences* 169 [«Ορισμοί της "ζωής" και του "θανάτου": για την ιατρική επιστήμη και την εξάσκησης της». *Χρονικά της Ακαδημίας Επιστημών της Νέας Υόρκης*, τ. 169], 471-474.

Beecher, H. K. (1969) After the "Definition of Irreversible Coma". *New England Journal of Medicine* 281 [Μετά τον «Ορισμό του Μη Αναστρέψιμου Κώματος». *Ιατρική Επιθεώρηση Νέας Αγγλίας*, τ. 281], 1070-1071.

Bernat, J. L. (1992) The boundaries of persistent vegetative state. *Journal of Clinical Ethics* 3 [«Τα όρια της εμμένουσας φυτικής κατάστασης». *Επιθεώρηση Κλινικής Ηθικής*, τ. 3], 176-180.

Bickford, R. G., Dawson, B. και Takeshita, H. (1965) EEG evidence of neurological death. *Electroencephalography and Clinical Neurophysiology* 18 [«Ηλεκτροεγκεφαλογραφικές ενδείξεις νευρολογικού θανάτου». *Ηλεκτροεγκεφαλογραφία και Κλινική Νευροφυσιολογία*, τ. 18], 513.

Borozny, M. (1988) Brain death and critical care nurses. *Canadian Nurse*, Jan 1988 [«Εγκεφαλικός θάνατος και νοσηλευτές επείγουσας & εντατικής φροντίδας». *Καναδός Νοσηλευτής*, Ιαν. 1988], 24-27.

BostonGlobe (25 Νοεμβρίου 1957) Doctors may stop efforts to delay death, Pope says. [«Οι γιατροί μπορούν να σταματούν τις προσπάθειες καθυστέρησης του θανάτου, λέει ο Πάπας»] σελ. 1.

Carbonell, J., Carrascosa, R., Dierssen, G., Obrador, S., Oliveros, J. C. και Sevillano, M. (1963) Some electrophysiological observations in a case of deep coma secondary

to cardiac arrest. *Electroencephalography and Clinical Neurophysiology* 15 [«Ηλεκτροφυσιολογικές παρατηρήσεις σε περίπτωση βαθέος κόματος προκαλούμενου από καρδιακή ανακοπή». *Ηλεκτροεγκεφαλογραφία και Κλινική Νευροφυσιολογία*, τ. 15], 520-525.

Coe, J. I. και Curran, W. J. (1980) Definition and time of death. In *Modern Legal Medicine, Psychiatry, and Forensic Science*, [«Ορισμός και χρόνος του θανάτου». Στο: *Σύγχρονη Ιατροδικαστική, Ψυχιατρική και Εγκληματολογία*], εκδ. W. J. Curran, A. L. McGarry και C. S. Petty, σελ. 141-170. F.A. Davis, Philadelphia.

Daube, D. (1966) Transplantation: acceptability of procedures and the required legal sanctions. In *Ethics in Medical Progress: With Special Reference to Transplantation* [«Μεταμόσχευση: το αποδεκτό των διαδικασιών και οι απαιτούμενες νομικές κυρώσεις». Στο: *Η Ηθική στην Ιατρική Πρόοδο: Με Ειδική Αναφορά στις Μεταμοσχεύσεις*], εκδ. G. E. W. Wolstenholme και M. O'Connor, σελ. 188-201. δημόσια συζήτηση μεταξύ του Daube and 19 συναδέλφων του, σελ. 202-211. Little, Brown and Company, Boston.

Encyclopedia Britannica (1987) Λήμμα: «Θάνατος», σελ. 1035.

Fischgold, H. και Mathis, P. (1959) Obnubilations, comas, et stupeurs [*Καταστάσεις σύγχυσης, κόματος και εμβροντησίας*], σελ. 126. Masson et Cie, Paris.

Fox, R. C. και Swazey, J. P. (1978) *The Courage to Fail: A Social View of Organ Transplants and Dialysis* [*Το Θάρρος να Αποτυγχάνεις: Μια Κοινωνική Προσέγγιση της Μεταμόσχευσης Οργάνων και της Αιμοκάθαρσης*], 2η έκδ. University of Chicago Press, Chicago.

Galla, S. J., Rocco, A. G. και Vandam, L. D. (1958) Evaluation of the traditional signs and stages of anesthesia: an electroencephalographic and clinical study. *Anesthesiology* 19 [«Αξιολόγηση των παραδοσιακών ενδείξεων και σταδίων της αναισθησίας: μια ηλεκτροεγκεφαλογραφική και κλινική μελέτη», *Αναισθησιολογία*, τ. 19], 328-338.

Grundel, J. (1968) Ethics of organ transplantation. In *Organ Transplantation Today: Symposium Held on the Occasion of the Official Opening of the Sint Lucas Ziekenhuis by H.R.H. The Prince of the Netherlands, (Amsterdam, 6-8 June, 1968)* [«Η ηθική της μεταμόσχευσης οργάνων». Στο: *Η Μεταμόσχευση Οργάνων Σήμερα: Συμπόσιο που Οργανώθηκε στα Επίσημα Εγκαίνια του Νοσοκομείου "Sint Lucas" από την Α.Μ. τον Πρίγκηπα της Ολλανδίας (Αμστερνταμ, 6-8 Ιουνίου 1968)*], σελ. 333-344. δημόσια συζήτηση μεταξύ του Grundel και 5 συναδέλφων του, σελ. 345-354. Ίδρυμα Excerpta Medica, Amsterdam.

Hamburger, J. και Crosnier, J. (1968) Moral and ethical problems in transplantation. In *Human Transplantation* [«Ηθικά και δεοντολογικά προβλήματα των μεταμοσχεύσεων. Στο: *Ανθρώπινες Μεταμοσχεύσεις*], εκδ. F. T. Raparport και J. Dausset, σελ. 37-44. Grune and Stratton, New York.

Hamlin, H. (1964) Life or death by EEG. *Journal of the American Medical Association* 190 [«Ζωή ή θάνατος βάσει του ΗΕΓ», *Επιθεώρηση της Αμερικανικής Ιατρικής Ένωσης*, τ. 190] 112-114.

Harp, J. R. (1974) Criteria for the determination of death. *Anesthesiology* 40 [«Κριτήρια για τον καθορισμό του θανάτου». *Αναισθησιολογία*, τ. 40], 391-397.

Hauser, H. M. και Brewer, E. J. (1966) Death? Electroencephalography and Clinical Neurophysiology 23 [«Θάνατος;» *Ηλεκτροεγκεφαλογραφία και Κλινική Νευροφυσιολογία*, τ. 23] 291-293.

Henry, K. Beecher Manuscripts [Χειρόγραφα]. Holmes Hall, Harvard Medical School. [Ιατρική Σχολή Χάρβαρντ].

(JAMA) Ad Hoc Committee of the Harvard Medical School to Examine the Definition of Brain Death (1968) A definition of irreversible coma: report of the Ad Hoc Committee of the Harvard Medical School to Examine the Definition of Brain Death. *Journal of the American Medical Association (JAMA)* 205 [«Ειδική Επιτροπή της Ιατρικής Σχολής του Χάρβαρντ για την Εξέταση του Ορισμού του Εγκεφαλικού Θανάτου (1968). Ένας ορισμός του μη αναστρέψιμου κόματος: Έκθεση της Ειδικής Επιτροπής της Ιατρικής Σχολής του Χάρβαρντ για την Εξέταση του Ορισμού του Εγκεφαλικού Θανάτου. *Επιθεώρηση της Αμερικανικής Ιατρικής Ένωσης (JAMA)* τ. 205], 85-88.

Jouvet, M. (1959) Diagnostic électro-sous-corticographique de la mort du système nerveux central au cours de certains comas. *Electroencephalography and Clinical Neurophysiology* 11 [«Διάγνωση, με χρήση ενδοκρανιακού ηλεκτροεγκεφαλογραφήματος υπο-φλοιού, της νέκρωσης του κεντρικού νευρικού συστήματος σε ορισμένες καταστάσεις κόματος» *Ηλεκτροεγκεφαλογραφία και Κλινική Νευροφυσιολογία*, τ. 11], 805.

Kilbrandon, Lord (1966a) Chairman's opening remarks. In *Ethics in Medical Progress: With Special Reference to Transplantation* [«Εισαγωγικές παρατηρήσεις του προέδρου». Στο: *Η Ηθική στην Ιατρική Πρόοδο: Με Ειδική Αναφορά στις Μεταμοσχεύσεις*], εκδ. G. E. W. Wolstenholme και M. O'Connor, σελ. 1-5. Little, Brown and Company, Boston.

Kilbrandon, Lord (1966b) Chairman's closing remarks. In *Ethics in Medical Progress: With Special Reference to Transplantation* [«Τελικές παρατηρήσεις του προέδρου». Στο: *Η Ηθική στην Ιατρική Πρόοδο: Με Ειδική Αναφορά στις Μεταμοσχεύσεις*], εκδ. G. E. W. Wolstenholme και M. O'Connor, σελ. 212-215. Little, Brown and Company, Boston.

Korein, J. (1978) The problem of brain death: development and history. *Annals of the New York Academy of Sciences* 315 [«Το πρόβλημα του εγκεφαλικού θανάτου: εξέλιξη και ιστορία». *Χρονικά της Ακαδημίας Επιστημών της Νέας Υόρκης*, τ. 315] 19-38.

Life (1967) Gift of a Heart [«Δώρο Καρδιάς»]. 15 Δεκεμβρίου 1967, σελ. 23-28.

Loeb, C. (1958) Electroencephalographic changes during the state of coma. *Electroencephalography and Clinical Neurophysiology* 10 [«Ηλεκτροεγκεφαλογραφικές μεταβολές κατά την κωματώδη κατάσταση». *Ηλεκτροεγκεφαλογραφία και Κλινική Νευροφυσιολογία*, τ. 10] 589.

Louisell, D. W. (1966) Transplantation: existing legal constraints. In *Ethics in Medical Progress: With Special Reference to Transplantation* [«Μεταμόσχευση: υφιστάμενοι νομικοί περιορισμοί». Στο: *Η Ηθική στην Ιατρική Πρόοδο: Με Ειδική Αναφορά στις Μεταμοσχεύσεις*], εκδ. G. E. W. Wolstenholme και M. O'Connor, σελ. 78-94. Little, Brown and Company, Boston.

Medawar, P. B. (1946) Old age and natural death. In *The Uniqueness of the Individual* [«Τρίτη ηλικία και φυσικός θάνατος». Στο: *Η Μοναδικότητα του Ατόμου*], εκδ. P. B. Medawar, σελ. 19. Methuen, London.

Mollaret, P. και Goulon, M. (1959) Coma dépassé et necroses nerveuses centrales massives. *Revue Neurologique* 101 [«Υπερβαθέν κώμα και μαζική νέκρωση του κεντρικού νευρικού συστήματος». *Νευρολογική Επιθεώρηση* τ. 101], 116-139.

Moore, F. D. (1964) Give and Take: The Development of Tissue Transplantation [Πάρε-Δώσε: Η Ανάπτυξη της Μεταμόσχευσης Ιστών]. W.B. Saunders, Philadelphia.

Murray, J. (1964) Moral and ethical reflection on human organ transplantation. *Linacre Quarterly* 31 [«Ηθικός και δεοντολογικός προβληματισμός πάνω στη μεταμόσχευση ανθρώπινων οργάνων» Τριμηνιαίο περιοδικό *Linacre Quarterly* τ. 31], 54-64 (συζήτηση, σελ. 65-77).

Murray, J. (1966) Organ transplantation: the practical possibilities. In *Ethics in Medical Progress: With Special Reference to Transplantation* [Μεταμόσχευση οργάνων: οι πρακτικές δυνατότητες. Στο: *Η Ηθική στην Ιατρική Πρόοδο: Με Ειδική Αναφορά στις Μεταμοσχεύσεις*], εκδ. G. E. W. Wolstenholme και M. O'Connor, σελ. 54-64· συζήτηση μεταξύ του Murray και 11 συναδέλφων του, σελ. 65-77. Little, Brown and Company, Boston.

(NEJM) Life-in-death (1957) *New England Journal of Medicine* 256 [«Ζωή εν θανάτω» (1957) *Ιατρική Επιθεώρηση Νέας Αγγλίας*, τ. 256], 760-761.

New York Times (1 Αυγ. 1948) «2.000 μέρες σε κώμα· Ασθενής από το Cincinnati, που χτυπήθηκε στο κεφάλι το '43, είναι υγιής», σελ. 34. *New York Times* (12 Ιαν. 1952) «Ο θάνατος δίνει τέλος σε 9ετές κώμα· το 1943 ο «κος X» χτυπήθηκε στο κεφάλι από τροχαλία σε εργοστάσιο του Ohio», σελ. 7. *New York Times* (12 Ιουλ. 1950) «12χρονο κορίτσι ξεφεύγει από το κώμα που την κρατούσε δέσμια 58 ημέρες», σελ. 18. *New York Times* (12 Οκτ. 1951) «Πέθανε μετά από 156 ημέρες σε κώμα· η γυναίκα από το Jersey ήταν αναισθητή από τις 8 Μαΐου», σελ. 39. *New York Times* (14 Ιαν. 1949) «70χρονος άνδρας σε κώμα επί επτά εβδομάδες», σελ. 18. *New York Times* (14 Ιουλ. 1957) «Παιδί σε κώμα επί 5 χρόνια· Το δεκάχρονο κορίτσι από το Yonkers έχει μεγαλώσει από τότε που τραυματίστηκε σε αυτοκινητιστικό», σελ. 64. *New York Times* (17 Φεβ. 1952) «Θύμα αυτοκινητιστικού ατυχήματος σε κώμα επί 5 χρόνια», σελ. 64. *New York Times* (20 Φεβ. 1951) «Κώμα διάρκειας ενός μηνός προβληματίζει τους γιατρούς», σελ. 5. *New York Times* (20 Ιουν. 1951) «Βγήκε από

δίμηνο κώμα· γυναίκα υποβλήθηκε σε 4 επεμβάσεις για να βρεθεί η αιτία της ασθένειας», σελ. 5. *New York Times* (22 Οκτ. 1957) Το άκουσμα των πολύτιμων λέξεων έδωσε τέλος στην 80ήμερη αγρυπνία του πατέρα», σελ. 21. *New York Times* (25 Νοε. 1957) «Ο Πίος εκφράζει γνώμη για τη σωτηρία ετοιμοθάνατων· λέει πότε οι γιατροί μπορούν να εγκαταλείψουν», σελ. 1. *New York Times* (3 Οκτ. 1952) «Πέθανε μετά από 5 1/2 χρόνια σε κώμα», σελ. 32. *New York Times* (5 Φεβ. 1950) «Ασθενής σε κώμα επί 7 χρόνια μετά από κρανιακό τραύμα», σελ. 53. *New York Times* (8 Δεκ. 1957) «Κορίτσι σε 5ετές κώμα· το 11χρονο παιδί από το Yonkers ξεκινά τον 6ο χρόνο στο νοσοκομείο», σελ. 154. *New York Times* (9 Ιουλ. 1949) «Κορίτσι σε κώμα για 173 ημέρες, οι γιατροί χάνουν τις ελπίδες τους», σελ. 8.

Newsweek (18 Δεκ. 1967) The heart miracle in Cape Town, [«Το θαύμα της καρδιάς στο Cape Town»] σελ. 86-90.

Pernick, M. S. (1988) Back from the grave: recurring controversies over defining and diagnosing death in history. In *Death: Beyond the Whole-Brain Criteria* [«Επιστροφή από τον τάφο: επαναλαμβανόμενες ιστορικές αντιπαραθέσεις πάνω στον ορισμό και τη διάγνωση του θανάτου». Στο: *Θάνατος: Πέρα από τα Κριτήρια του Όλου Εγκεφάλου*], εκδ. R. M. Zaner, σελ. 17-74. Kluwer Academic, Norwell, MA.

Pius XII (1958) The prolongation of life; an address of Pope Pius XII to an international congress of anesthesiologists. *The Pope Speaks* 4 [«Η παράταση της ζωής· ομιλία του Πάπα Πίου XII σε διεθνές συνέδριο αναισθησιολόγων»] *Ο Πάπας Ομιλεί* 4, 393-398.

Platt, R. (1966) Ethical problems in medical procedures. In *Ethics in Medical Progress: With Special Reference to Transplantation* [«Ηθικά προβλήματα ιατρικών διαδικασιών». Στο: *Η Ηθική στην Ιατρική Πρόοδο: Με Ειδική Αναφορά στις Μεταμοσχεύσεις*, εκδ. G. E. W. Wolstenholme και M. O'Connor, σελ. 149-153· δημόσια συζήτηση μεταξύ του Platt και 20 συναδέλφων του, σελ. 154-170. Little, Brown and Company, Boston.

Poe, E. A. (1844) The premature burial. In *The Complete Poems and Stories of Edgar Allan Poe, Volume I*, [«Η πρόωρη ταφή». Στο: *Άπαντα του Edgar Allan Poe – Ποιήματα και Ιστορίες, Τόμος I*], εκδ. A. H. Quinn και E. H. O'Neill, σελ. 532-542. Alfred A. Knopf, New York.

Porzio, R. (1969) The donor and organ transplantation-a spark of immortality. In *The Transplant Age: Reflections on the Legal and Moral Aspects of Organ Transplants* [«Ο δότης και η μεταμόσχευση οργάνων – μια σπίθα αθανασίας»] στο: *Η Εποχή των Μεταμοσχεύσεων: Προβληματισμοί Πάνω στις Νομικές και Ηθικές Πλευρές της Μεταμόσχευσης Οργάνων*], εκδ. R. Porzio, σελ. 23-43. Vantage Press, New York.

Potter, R. B. Jr. (1968) The paradoxical preservation of a principle. *Villanova Law Review* 13 [«Η παράδοξη διατήρηση ενός κανόνα». *Νομική Επιθεώρηση Villanova*], 784-792.

Pressman, J. (1988) The EEG: a medical technology in search of a function. Conference paper. *Twentieth Century Health Sciences: Problems and Interpretations* [«Το ΗΕΓ: μια ιατρική τεχνολογία σε αναζήτηση λειτουργικού ρόλου». Έγγραφο

διάσκεψης. *Επιστήμες Υγείας στον Εικοστό Αιώνα: Προβλήματα και Ερμηνείες*], University of California, San Francisco. 23-24 Μαΐου.

Prottas, J. και Batten, H. L. (1988) Health professionals and hospital administrators in organ procurement: attitudes, reservations, and their resolutions. *American Journal of Public Health* 78 [Επαγγελματίες υγείας και διευθυντές νοσοκομείων στην προμήθεια οργάνων: θέσεις, επιφυλάξεις και αποφάσεις τους. *Αμερικανική Επιθεώρηση Δημόσιας Υγείας*, τ. 78], 642-645.

Rado, L. (1981) Death redefined: social and cultural influences on legislation [«Ο επαναπροσδιορισμός του θανάτου: κοινωνικές και πολιτιστικές επιδράσεις στη νομοθεσία»]. *Journal of Communication* 31. 41-47.

Rothman, D. J. (1991) *Strangers at the Bedside: A History of How Law and Bioethics Transformed Medical Decision Making* [Ξένοι στο Προσκέφαλο: Η Ιστορία του πώς ο Νόμος και η Βιοηθική Μετέβαλαν τη Λήψη Ιατρικών Αποφάσεων]. Basic Books, New York.

Russell, L. B. (1979) *Technology in Hospitals: Medical Advances and Their Diffusion* [Τεχνολογία στα Νοσοκομεία: Ιατρικές Πρόοδοι και η Εξάπλωσή τους]. The Brookings Institute, Washington, D.C.

Schwab, R. S., Potts, F. και Bonazzi, A. (1963) EEG as an aid in determining death in the presence of cardiac activity (ethical, legal and medical aspects). *Electroencephalography and Clinical Neurophysiology* 15 [«Το ΗΕΓ ως βοήθημα στον καθορισμό του θανάτου παρουσία καρδιακής λειτουργίας (ηθική, νομική και ιατρική διάσταση)» *Ηλεκτροεγκεφαλογραφία και Κλινική Νευροφυσιολογία*, τ. 15] 147.

Tentler, R. L., Sadove, M., Becka, D. R. και Taylor, R.C. (1957) Electroencephalographic evidence of cortical "death" followed by full recovery: protective action of hypothermia. *Journal of the American Medical Association* 164 [«Ηλεκτροεγκεφαλογραφικές ενδείξεις φλοιώδους «θανάτου» ακολουθούμενου από πλήρη ανάρρωση: ο προστατευτικός ρόλος της υποθερμίας». *Επιθεώρηση της Αμερικανικής Ιατρικής Ένωσης*, τ. 164], 1667-1670.

Time (15 Δεκ. 1967) *Surgery: the ultimate operation* [«Εγχείρηση: η ύστατη επέμβαση»], σελ. 64-72.

Titmuss, R. M. (1971) *The Gift Relationship: From Human Blood to Social Policy* [Η Σχέση Δωρεάς: Από το Ανθρώπινο Αίμα ως την Κοινωνική Πολιτική]. Vintage Books, New York.

Veatch, R. M. (1992) Brain death and slippery slopes. *Journal of Clinical Ethics* 3 [«Εγκεφαλικός θάνατος και ολισθηροί κατήφοροι». *Επιθεώρηση Κλινικής Ηθικής*, τ. 3], 181-187.

Veatch, R. M. (1993) The impending collapse of the whole-brain definition of death. *Hastings Center Report* 23 [«Η επικείμενη κατάρρευση του όλου ορισμού του εγκεφαλικού θανάτου». Έκθεση του Κέντρου Hastings αριθ. 23], 18-24.

Veith, F. J. (1978) Brain death and organ transplantation. *Annals of the New York Academy of Sciences* [«Εγκεφαλικός θάνατος και μεταμόσχευση οργάνων». *Χρονικά της Ακαδημίας Επιστημών της Νέας Υόρκης*] 315, 417-441.

Waggoner, R. W. και Sharenberg, K. (1955) Contribution to the knowledge of acute brain death. *Journal of Nervous and Mental Disease* 122 [«Συνδρομή στη γνώση του οξέος εγκεφαλικού θανάτου». *Επιθεώρηση Νευρολογικών και Ψυχιατρικών Νόσων*, τ. 122], 173-177.

Walton, D. N. (1979) *On Defining Death: An Analytic Study of the Concept of Death in Philosophy and Medical Ethics*. [Σχετικά με τον Ορισμό του Θανάτου: Μια Αναλυτική Μελέτη της Έννοιας του Θανάτου στη Φιλοσοφία και στην Ιατρική Ηθική] McGill-Queen's University Press, Montreal.

Wolstenholme, G. E. W. και O'Connor, M. (1966) *Ethics in Medical Progress: With Special Reference to Transplantation* [Η Ηθική στην Ιατρική Πρόοδο: Με Ειδική Αναφορά στις Μεταμοσχεύσεις]. Little, Brown and Company, Boston.

Woodruff, M. F. A. (1966) Transplantation: the clinical problem. In *Ethics in Medical Progress: With Special Reference to Transplantation* [«Μεταμοσχεύσεις: το κλινικό πρόβλημα». Στο: *Η Ηθική στην Ιατρική Πρόοδο: Με Ειδική Αναφορά στις Μεταμοσχεύσεις*], εκδ. G. E. W. Wolstenholme και M. O'Connor, σελ. 6-13· συζήτηση μεταξύ του Woodruff και 13 συναδέλφων του, σελ. 14-23. Little, Brown and Company, Boston.

Zaner, R. M. (εκδ.) (1988) *Death: Beyond the Whole-Brain Criteria* [Θάνατος: Πέρα από τα Κριτήρια του Όλου Εγκεφάλου]. Kluwer Academic Publishers, Norwell, MA.

(Πηγή: *Soc. Sci. Med.* Τόμ. 44, Αριθ. 10, σελ. 1465-1482, 1997.)

©1997 Elsevier Science Ltd

All rights reserved. Printed in Great Britain

(Πηγή ηλ. κειμένου: imglyfadas.gr)