

<https://doi.org/10.15407/fd2025.03.168>

УДК 174:128:61

Дмитро СЕПЕТИЙ,

доктор філософських наук, доцент,

професор кафедри суспільних дисциплін

Запорізького державного медико-фармацевтичного університету,

69035, Запоріжжя, бульв. Марії Примаченко, 26

dmitry.sepety@gmail.com

<https://orcid.org/0000-0003-2110-3044>

SCOPUS ID: 57195280720

ДЕФІНІЦІЯ ТА КРИТЕРІЇ СМЕРТІ ЛЮДИНИ ЯК БІОЕТИЧНА ПРОБЛЕМА (ЧАСТИНА 1)

У статті обговорюється проблема дефініції смерті людини (особи) та її критеріїв у перспективі сучасних біоетичних дискусій. Проаналізовані основні підходи до теоретичного обґрунтування критерію смерті людини як повного та незворотного припинення функціонування усього мозку («ціломозковий критерій»), який із 1970-х років здобув широке визнання і юридичне закріплення в більшості країн світу, а також основні критичні аргументи проти цього критерію. Здійснений аналіз дає підстави для висновку, що обґрунтування ціломозкового критерію смерті людини на основі суто біологічного визначення смерті як незворотного припинення інтегрованого функціонування організму спростовується вагомими контраргументами, — насамперед, контрприкладом інтегрованого функціонування організму людини з «мертвим» мозком. Натомість, обґрунтування на основі інтуїтивно правдоподібного ототожнення смерті людини з незворотною втратою свідомості, в усіх її формах (нездатність нічого відчувати), хоча й підтримує прийняття ціломозкового критерію як рух у правильному напрямку порівняно із традиційним кардіопульмонарним критерієм, проте веде до висновку про доцільність заміщення ціломозкового критерію на

Цитування: Сепетий, Д. (2025). Дефініція та критерії смерті людини як біоетична проблема (частина 1). *Філософська думка*, 3, 168—186. <https://doi.org/10.15407/fd2025.03.168>

© Видавець ВД «Академперіодика» НАН України, 2025. Стаття опублікована за умовами відкритого доступу за ліцензією CC BY-NC-ND (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>)

критерій, що більш точно відповідає означеному ототожненню — смерть людини як незворотнє припинення усіх функцій мозку, що відповідальні за ті або інші свідомі психічні стани («вищомозковий критерій»). Розгляд головних аргументів прибічників цієї позиції, заперечень, які висувалися проти неї, та відповідей на ці заперечення дає підстави для висновку, що вона адекватно представляє найбільш соціально та етично значущі сенси, що асоціюються з поняттям смерті людини (особи). Разом із тим, з огляду на гостру дискусійність проблеми, слушною є пропозиція впровадження плюралістичної практики, за якої смерть осіб із сумнівними (релігійними чи філософськими) переконаннями, які суперечать встановленому законодавством основному критерію (застосовному «за замовчуванням»), може встановлюватися за критеріями, що відповідають цим переконанням.

Ключові слова: біоетика, смерть, смерть мозку, кардіопульмонарний критерій, інтегроване функціонування, свідомість.

Виникнення біоетики як нової академічної філософської дисципліни, яке прийнято датувати кінцем 1960-х — початком 1970-х років, не випадково збігається в часі з початком впровадження (яке зрештою відбулося у більшості країн, у тому числі в Україні) нового критерію визначення смерті людини, відомого під назвою «смерть мозку». Адже ключовими чинниками, які мотивували формування біоетики, були, по-перше, досягнення такого рівня розвитку біомедичних технологій, за якого вони надають науковцям і медикам радикально нові можливості втручання у функціонування людського організму, що порушує низку гостродискусійних етичних проблем, і, по-друге, суспільний запит на ухвалення рішень стосовно практичного регулювання цих проблем на підставі відкритої раціональної дискусії за умов культурно та світоглядно плюралістичного суспільства, а не закритого (без експліцитного обґрунтування відкритого для критичного обговорення) корпоративного консенсусу в рамках медичної професії чи настанов панівної релігії (на чому традиційно ґрунтувалося регулювання етичних проблем, які виникали в процесі медичної діяльності). Технологічний розвиток, що зумовив впровадження критерію «смерті мозку» та біоетична дискусія, яка виникла внаслідок цього, є яскравим прикладом взаємодії цих факторів.

У переважній більшості європейських країн (зокрема, в Україні), а також у США та багатьох інших країнах законодавство (експліцитне або у формі прецедентного права, джерелом якого є судові рішення) встановлює, що людина може бути визнана померлою на підставі одного із двох критеріїв — традиційного, кардіопульмонарного критерію (незворотнє припинення функціонування серця та дихання) або «смерті мозку»¹. У Законі України «Основи законодавства України про охорону здоров'я»

¹ Тут і надалі це словосполучення взято в лапки з огляду на те, що воно, строго кажучи, є не зовсім правильним — адже помирає людина, а не мозок; мозок припиняє функціонування.

(ст. 52) «смерть мозку» визначається як «повне і незворотне припинення всіх його функцій, що реєструється при працюючому серці і штучній вентиляції легень». Таке визначення — «смерть мозку» як повне і незворотне припинення усіх його функцій — прийняте й у переважній більшості інших країн (зокрема, США). У деяких країнах (зокрема, у Великобританії) прийнятий інший нейрологічний критерій смерті — повне припинення виконання усіх функцій стовбуру мозку; надалі ми будемо посилалися на цей критерій як «смерть стовбуру мозку». Впровадження цих критеріїв почалося з 1970-х років і стало предметом важливої біоетичної дискусії, що досі триває.

«Смерть мозку» як критерій смерті пацієнта піддають критиці з двох боків. З одного боку, «консервативні» критики доводять, що впровадження критерію «смерті мозку» не є достатньо обґрунтованим, і тому слід повернутися до традиційного, кардіопульмонарного критерію (див., зокрема: Jonas, 1974; Becker, 1975; Shewmon, 1985; 1998; 2001; 2004b). З іншого боку, набуває впливу позиція прибічників іншого нейрологічного критерію, який ідентифікує смерть людини з *незворотною втратою свідомості* у широкому сенсі (починаючи від найпростіших відчуттів), фізіологічним (нейрологічним) критерієм чого має бути незворотне припинення виконання *вищих функцій* мозку (див., зокрема: Veatch, 1975; 1976; 1978; 1993; Engelhardt, 1975; Schiffer, 1978; Hoffman, 1979; Green, Wilker, 1980; Yongner, Barlett, 1983; Gervais, 1986; Machado, 1999; 2000; 2007; Lizza, 2006; 2018; Sarbey, 2016; 2024). Цей критерій часто описують як «вищомозковий» (*higher brain criterion*, або *higher brain standard*).

Наявність у сучасному плюралістичному суспільстві суттєво різних поглядів на те, що таке смерть людини і за якими критеріями її слід визначати, породжує також конфлікт між встановленим законодавством порядком визначення смерті людини, який зазвичай є уніфікованим, і принципом свободи совісті. Хоча законодавством деяких країн і деяких штатів США передбачені певні пристосування до релігійних переконань, такі пристосування є надто обмеженими, а в більшості інших країн (зокрема, в Україні) та штатів США взагалі відсутні. Відповідно, деякі автори обґрунтовують потребу у впровадженні послідовно плюралістичної, не обмеженої самими лише *релігійними* переконаннями практики офіційного визнання смерті на підставі прижиттєвого волевиявлення померлого або, за його відсутності, волевиявлення найближчих родичів / законних представників померлого (див., зокрема: Veatch, Ross, 2016).

У цій статті ми розглянемо основні моменти розвитку цієї дискусії, аргументи прибічників визначення смерті на підставі критерію «смерті мозку» та опонентів цього підходу, обґрунтування «вищомозкового» критерію, а також доцільність та можливості плюралізації практики визначення смерті людини.

1. Історія та обґрунтування «смерті мозку» як критерію смерті людини

Поворотним пунктом до впровадження «смерті мозку» як критерію смерті людини (пацієнта) вважається звіт Спеціального комітету Гарвардської медичної школи з розгляду визначення смерті мозку (the Ad Hoc Committee of the Harvard Medical School to Examine the Definition of Brain Death; надалі — Гарвардський комітет). Цікаво, що сам звіт називався «Визначення незворотної коми». Тобто, в назві звіту чомусь не йшлося про «смерть мозку», хоча завданням Комітету (що зафіксовано в його назві) було визначення саме цього поняття. Звіт починається з формулювання головної мети: «Наша головна мета — визначити незворотну кому як новий критерій смерті» та обґрунтування потреби в цьому новому критерії: «(1) Удосконалення реанімаційних і підтримувальних заходів призвело до збільшення зусиль, спрямованих на порятунок тих, хто зазнав безнадійних пошкоджень. Іноді ці зусилля мають лише частковий успіх, і в результаті ми отримуємо людину, чиє серце продовжує битися, але мозок незворотно пошкоджений. Це великий тягар для пацієнтів, які страждають на безповоротну втрату інтелекту, для їхніх родин, для лікарень і для тих, хто потребує лікарняних ліжок, вже зайнятих цими коматозними пацієнтами. (2) Застарілі критерії визначення смерті можуть призвести до суперечок, коли йдеться про отримання органів для трансплантації» (A Definition, 1968: p. 337).

Далі відзначається, всупереч назві звіту, що авторам ідеться не про всі випадки незворотної коми (яка «має багато причин»), а «лише про тих коматозних індивідів, у яких відсутня помітна активність центральної нервової системи» (Ibid.).

Відзначається також, що значення нового критерію смерті виходить за межі медичних проблем — ідеться про «моральні, етичні, релігійні та правові питання», їх краще розуміння та покращення законодавства (Ibid.).

Далі вводиться поняття «смерті» органу — незворотна втрата його функціонування — і, відповідно, визначається «перша проблема», на розв'язання якої націлений звіт, — «визначення характеристик постійно нефункціонального мозку» (Ibid.). Звідси запропоновано три головні діагностичні критерії, які, на думку авторів, разом є достатніми для встановлення цього стану (тобто, «смерті мозку»), і додатковий підтверджувальний критерій, який *бажано* застосовувати *мірою можливості*. Головні критерії такі:

1) несприйнятливість і відсутність реакцій (Unreceptivity and Unresponsivity), що проявляється як повна відсутність реакцій на зовнішні подразники чи внутрішні потреби: «Навіть найсильніші больові подразники не викликають жодної голосової чи іншої реакції, навіть стогону, відведення кінцівки чи прискорення дихання»;

2) відсутність рухів (протягом щонайменше однієї години) і спонтанного дихання (при вимкненні респіратора на три хвилини);

3) відсутність рефлексів.

Як додаткову (бажану, але не необхідну) перевірку «великої підтверджувальної цінності» рекомендовано *плоску (ізоелектричну) енцефалограму*² (A Definition, 1968: pp. 337—338).

На підставі цих критеріїв оголошують смерть, після чого вимикають респіратор. Рішення про оголошення смерті має ухвалювати відповідальний лікар після консультації з одним чи кількома іншими лікарями, залученими до справи. На думку авторів звіту, «неправильно і небажано примушувати родину до прийняття рішення» (A Definition, 1968: p. 338). Про те, щоб запитувати у родини згоди чи брати до уваги її заперечення, також не йдеться.

Як така пропозиція співвідносилася з чинним (на той час у США) законодавством? Автори звіту відзначають, що в усіх випадках, коли виникають якісь сумніви щодо смерті людини, чинні закони покладаються на висновок медичних експертів; при цьому передбачається, що «медичні критерії визначення смерті є усталеними і не викликають сумнівів у лікарів», а також що «традиційним методом констатації смерті серед лікарів є встановлення відсутності всіх ознак життя» (Ibid.). Зокрема, вони цитують авторитетний юридичний словник, *Black's Law Dictionary* (4-те видання, 1951 року), в якому смерть визначається як «припинення життя; припинення існування; встановлюється лікарями як повна зупинка циркуляції крові, а також припинення залежних від неї тваринних та життєвих функцій, таких як дихання, пульсація тощо», і наводять два приклади, коли суди США ухвалювали рішення стосовно визначення моменту смерті людини, посилаючись на це визначення. При цьому в другому випадку текст рішення засвідчує, що Верховний суд Арканзасу «не вважав це визначення відкритим для серйозних суперечок; він вважав це питання врегульованим у відповідальних наукових і медичних колах», тому він «відмовився розглядати запропоновані позивачем докази того, що «сучасна медична наука» може стверджувати протилежне» (A Definition, 1968: p. 339).

Натомість, автори звіту вважають³, «що відповідальна медична думка готова прийняти нові критерії констатації смерті людини, яка перебуває в незворотній комі внаслідок постійного пошкодження головного мозку», і «якщо ця позиція буде прийнята медичною спільнотою, вона

² Тобто, близьку до 0 (на практиці, в межах до 3 мкВ) амплітуду сигналу, що реєструється електроенцефалографом та вимірює електричну активність мозку, впродовж певного тривалого часу (зазвичай, не менше як 30 хв.).

³ У звіті вжито словосполучення “we suggest”; дієслово “suggest” не має досить точного відповідника в українській мові; це щось посередині між «припускати», «пропонувати думку» та «стверджувати».

може стати основою для зміни наявної правової концепції смерті». Разом із тим, на думку авторів, ця зміна може бути здійснена без змін у законодавчих актах: у таких змінах немає необхідності, оскільки «закон розглядає це, по суті, як питання факту, що має бути встановлений лікарями». Законодавчі зміни будуть потрібні лише в тому випадку, якщо навколо цього питання виникнуть великі суперечки й науковці не зможуть дійти згоди щодо нових медичних критеріїв (Ibid.).

Наприкінці звіту наведено деякі міркування, які пояснюють доцільність пропонованих змін. Відзначається, що в минулому зупинка серця й дихання неминуче приводила до «смерті мозку» упродовж кількох хвилин, тому кардіопульмонарний критерій цілком відповідав усім практичним потребам встановлення смерті. Проте з розвитком нових реанімаційних та підтримувальних технологій цей критерій став неадекватним: «Ці вдосконалені заходи тепер можуть відновити «життя» з точки зору стародавніх стандартів тривання дихання та серцебиття. Це може статися навіть тоді, коли не існує жодних шансів на те, що людина повернеться до свідомості після масивного пошкодження мозку» (Ibid.).

Звіт набув широкого розголосу, і сприйняття з боку медико-наукової спільноти пропозиції розглядати «смерть мозку» як критерій смерті коматозних пацієнтів було переважно схвальним. Проте це схвалення було далеко не однастайним, і звіт, як і його головна пропозиція, піддавали — й досі піддають — гострій критиці. Критика фокусувалася на таких моментах:

1) невідповідність між назвою і формулюванням мети звіту (встановлення критерію «незворотної коми») й тим, про що насправді у ньому йдеться (встановлення діагностичних критеріїв «смерті мозку» і пропозиція впровадити «смерть мозку» як критерій для визнання людини померлою);⁴

2) вади в обґрунтуванні пропозиції впровадити «смерть мозку» як критерій для визнання людини померлою;

3) пропозиція здійснення «зміни чинної правової концепції смерті» у прихований спосіб, як суто справи внутрішньомедичного консенсусу та медичної експертизи, без ширшої публічної дискусії та ухвалення відповідного правового рішення (змін у законодавстві).

Перший із цих моментів є хоч і курйозним, але несуттєвим для біоетичної дискусії про належний критерій смерті людини. Важливими є другий і третій моменти.

⁴ Зі звіту зрозуміло, що «смерть мозку» є одним із різновидів незворотної коми; незворотна кома можлива і без «смерті мозку». Мимохідь, у формулюванні трьох головних діагностичних критеріїв «смерті мозку» незворотна кома ототожнюється з одним із них: «повне неусвідомлення (unawareness) зовнішніх стимулів і внутрішніх потреб, а також повна відсутність реакцій (unresponsivity) — наше визначення незворотної коми» (A Definition, 1968: pp. 337—338).

Розглянемо обґрунтування авторами звіту пропозиції впровадити «смерть мозку» як критерій для визнання людини померлою.

По-перше, автори відзначають, що ситуації, коли засобами нових медичних технологій «ми отримуємо людину, чиє серце продовжує битися, але мозок незворотно пошкоджений», становлять «великий тягар для пацієнтів, які страждають на безповоротну втрату інтелекту, для їхніх родин, для лікарень і для тих, хто потребує лікарняних ліжок, вже зайнятих цими коматозними пацієнтами» (A Definition, 1968: р. 337). Щодо цього слід зауважити насамперед, що оскільки йдеться про стан пацієнта, коли він нічого не усвідомлює й не відчуває і ніколи вже не буде нічого усвідомлювати й відчувати, то для такого пацієнта ніщо вже не є великим, ба й будь-яким, тягарем. Що стосується тягара для родичів та інших пацієнтів, які потребують лікарняних ліжок, то такий «тягар» так само створюють і живі пацієнти в дуже важкому стані. Те, що пацієнт створює «тягар» для інших, очевидно, не може бути підставою для того, щоб визнати його померлим.

По-друге, автори зазначають, що «застарілі критерії визначення смерті можуть призвести до суперечок, коли йдеться про отримання органів для трансплантації» (Ibid.). Очевидно, що нові критерії теж можуть привести до таких суперечок, і в будь-якому разі бажання отримати органи для трансплантації швидше і у функціональному стані не може бути підставою для того, щоб вважати критерій, який дає змогу це робити, більш адекватним, аніж старий критерій. (Адже органи незаперечно живих пацієнтів ще краще підходять для трансплантації.)

Тож ці два міркування авторів звіту не надають ніяких підстав на користь припущення, що «смерть мозку» є адекватним (та у відповідних випадках кращим за традиційний, кардіопульмонарний) критерієм смерті пацієнта. Вони лише обґрунтовують *практичну доцільність запровадження нового критерію замість старого, якщо в нас є достатні незалежні підстави вважати, що новий критерій є правильнішим* (визначає смерть точніше), аніж старий. Але вони нічого не говорять про те, чи є у нас такі підстави.

По-третє, автори стверджують неадекватність традиційного критерію, посилаючись на те, що вдосконалені реанімаційні та підтримувальні заходи на основі нових медичних технологій, «тепер можуть відновити «життя» з точки зору стародавніх стандартів триваючого дихання та серцебиття ... навіть тоді, коли не існує жодних шансів на те, що людина повернеться до свідомості після масивного пошкодження мозку» (A Definition, 1968: р. 339). Це обґрунтування передбачає концепцію смерті як незворотної втрати свідомості. Але якщо це так, то це робить пропозицію впровадити «смерть мозку» як новий критерій вразливою у двох аспектах. З одного боку, слушність концепції смерті людини як незворот-

ної втрати свідомості або доцільність її прийняття як правової концепції смерті (оскільки досі закони на неї не посилалися, як ми можемо побачити з наведеного вище визначення у *Black's Law Dictionary*) потребує ретельного обґрунтування, публічної дискусії та юридичного закріплення. З іншого боку, з цієї концепції випливає прийняття, як критерію смерті людини, не «смерті мозку» в сенсі повного і незворотного припинення усіх його функцій, а «вищомозкового» критерію — повного і незворотного припинення вищих функцій мозку, відповідальних за свідомість.

По-четверте, автори висловлюють свій погляд (suggest), «що відповідальна медична думка готова прийняти нові критерії констатації смерті людини, яка перебуває в незворотній комі внаслідок постійного пошкодження головного мозку». Але це теж ніякий не аргумент; це лише пропозиція погодитися з нібито наявною «відповідальною медичною думкою» без жодного обґрунтування цієї думки.

Це тісно пов'язано з пропозицією авторів щодо здійснення «зміни чинної правової концепції смерті» у прихований спосіб, як суто справи внутрішньомедичного консенсусу та медичної експертизи, без ширшої публічної дискусії та ухвалення відповідного правового рішення (змін у законодавстві). Як відзначали багато критиків, ця пропозиція некоректно розглядає визначення смерті як суто питання наукової медичної експертизи, не розділяючи концептуальний аспект, який у цій проблемній ситуації є вирішальним і зовсім не належить до експертної компетенції медичної науки, з одного боку, і власне діагностичний аспект, який є справою її компетенції, — з іншого. Те, що (як відзначають автори) досі закон покладався у визначенні смерті, якщо виникали якісь сумніви, на медичну експертизу, було зумовлено припущенням, що медичні експерти керуються загальноприйнятим і неproblemатичним розумінням поняття смерті (визначення якого можна знайти в юридичних словниках, таких як *Black's Law Dictionary*). Але якщо нові медичні технології роблять це традиційне розуміння проблематичним, то визначення нового розуміння, яким має керуватися практика офіційного (юридичного) визнання смерті, «зміна існуючої правової концепції смерті», є не справою експертів-медиків чи медичної науки, а справою «філософського, релігійного та соціального вибору» (Veatch, Ross, 2016: p. 8)⁵.

⁵ Пор.: «... за використанням будь-якого критерію для проголошення смерті стоїть те, що я називатиму рішенням значущості — рішення, що є деяка властивість (чи комплекс властивостей), постійна відсутність якої конститує смерть особи. ... Оголошення смерті ... є дією, що ґрунтується на рішенні значущості й тому є подією, що має соціальне, моральне та метафізичне коріння та імплікації» (Gervais, 1986: pp. 2—3). «Вибір серед багатьох кандидатів того, що є сутнісним для природи виду, так що його втрата має називатися «смертю», є філософським або моральним питанням, а не медичним чи науковим» (Veatch, Ross, 2016: p. 22). «Ніякі нейроло-

Іншими словами, проблема визначення поняття та критеріїв смерті має два аспекти чи рівні — концептуально-світоглядний та діагностичний. Перший аспект стосується змісту поняття смерті та її юридичного визначення; він є предметом філософсько-етичної дискусії та політичного рішення. Другий аспект — діагностичний — стосується питання, як, на підставі яких діагностичних процедур на практиці (за наявного рівня розвитку наукового знання та технологій) можна надійно визначити, що смерть (у визначеному на першому рівні сенсі) справді наступила. Другий, але не перший аспект належить до фахової компетенції науковців-медиків та нейрофізіологів.

Звіт Гарвардського комітету викликав широкий резонанс і дискусію в низці публікацій з медичної етики/біоетики та права. В перебігу цієї дискусії пропозиція впровадити «смерть мозку» як критерій для встановлення смерті пацієнта набула значної підтримки й подальшого обґрунтування. Цей критерій почали впроваджувати в деяких штатах США (вперше — в 1970 році у штаті Канзас) та деяких європейських державах. Важливу роль у підтримці визнання «смерті мозку» за критерій смерті пацієнта відіграла стаття Джеймса Берната, Чарльза Кулвера та Бернарда Герта «Про визначення критерію смерті» (Bernat, Culver, Gert, 1981), у якій було запропоновано його обґрунтування на засадах біологічно-інтегративної концепції смерті, яке ми обговоримо нижче. У 1981-му відбувся шерег подій, вирішальних для впровадження критерію «смерті мозку». Спочатку в Канаді уповноважена Комісія із законодавчої реформи видала звіт «Критерії для визначення смерті», в якому рекомендувала модельний закон, що визнає припинення функцій мозку як визначальний критерій смерті пацієнта (зберігаючи кардіопульмонарний критерій як підрядний) (Criteria, 1981). Трохи пізніше у США Президентська комісія з вивчення етичних проблем медицини та біомедичних і поведінкових досліджень (надалі — «Президентська комісія»), видала звіт «Визначення смерті: медичні, юридичні та етичні аспекти визначення смерті», в якому вона підтримала пропозицію запровадження практики визнання пацієнтів померлими за критерієм «смерті мозку» (поряд із традиційним кардіопульмонарним критерієм), на підставі біологічно-інтегративної концепції смерті (Defining death, 1981). Того ж року Національна конференція уповноважених з уніфікації законодавства у співпраці з Президентською комісією, Американською медичною асоціацією та Американською асоціацією юристів схвалила Акт про уніфіковане визначення смерті (the Uniform Determination of Death Act, UDDA) як взірець, рекомендований як основа для законів штатів. Головним момен-

тичні дослідження не можуть визначити, чи слід вважати людей з мертвим мозком мертвими людьми. Це релігійне, філософське, етичне або політичне питання, а не питання нейрологічної науки» (Ibid.: p. 116).

том Акту було узаконення визнання смерті пацієнтів на підставі критерію «смерті мозку». Станом на 1994 рік цей критерій був юридично впроваджений у всіх штатах США.

У перебігу дискусії, що триває з 1968 року й досі, було запропоновано два головні концептуальні обґрунтування визнання «смерті мозку» як критерію смерті людини — обґрунтування на підставі поняття *інтегрованого функціонування організму* (біологічно-інтегративна концепція смерті) та обґрунтування, орієнтоване на свідомість.

Друге обґрунтування⁶, як ми вже відзначали, справді підтримує прийняття «смерті мозку» за критерій смерті людини як альтернативи традиційному кардіопульмонарному критерію, але разом із тим робить це прийняття непослідовним «напівзаходом» порівняно з «вищомозковим» критерієм. Справді, «смерть мозку» є *достатньою умовою* незворотної втрати свідомості й, отже, може слугувати її критерієм. Але «смерть мозку» не є *необхідною умовою* незворотної втрати свідомості: якщо пацієнт має пошкодження мозку, за якого незворотно втрачені вищі (відповідальні за свідомість) функції мозку, але все ще виконуються деякі інші його функції, то «смерті мозку» немає, але свідомість незворотно втрачено. У такій ситуації, згідно з критерієм «смерті мозку» пацієнт вважається ще живим, а згідно із свідомість-орієнтованим поняттям смерті він є мертвим.

Правда, можливе обґрунтування поєднання свідомість-орієнтованого поняття смерті із «ціломозковим» критерієм смерті людини на підставі міркувань обережності: якщо ми не знаємо з достатньо високим рівнем надійності про структури мозку, відповідальні за всі форми свідомості, то слід покладатися на надійний консервативний «ціломозковий» критерій. Зокрема, такий підхід, схоже, пропонує Леслі Ветстайн: «... хоча я схвалюю онтологічне визначення [тобто, свідомість-орієнтоване визначення поняття смерті], я не захищаю вищомозкового критерію смерті (який інколи називають неокортикальною смертю), оскільки ми не можемо клінічно виміряти втрату таких людських властивостей, здатностей та функцій» (Whetstine, 2007). В основі цього підходу лежить міркування, що коли наше наявне знання не досить надійне, то краще «перестрахуватися»; краще офіційно вважати деяких мертвих пацієнтів живими (на підставі «ціломозкового» критерію), аніж ризикувати, що деякі живі пацієнти можуть бути оголошені мертвими (на підставі «неокорти-

⁶ Характерним прикладом є пояснення, яке давав голова Гарвардського комітету Генрі Бічер. У часто цитованій (але неопублікованій) доповіді на зборах Американської асоціації сприяння розвитку науки у грудні 1970 року Бічер обґрунтовував пропозицію вважати коматозних пацієнтів зі «смертю мозку» померлими тим, що мозок є осердям таких функцій, як «особистість людини, її свідоме життя, її унікальність, здатність пам'ятати, робити судження, міркувати, діяти, насолоджуватися, турбуватися тощо» (цит. за: Veatch, 1978: р. 311). Усі ці функції є формами свідомості або ґрунтуються на ній.

кального» критерію). Хоча це міркування є загалом слушним, пропозиція Ветстайна видається не найкращим (надміру консервативним) його застосуванням. Більш обґрунтованим і достатньо консервативним видається інший підхід, що полягає в такому:

— прийняття «вищомозкового» критерію, у сенсі незворотного припинення втрати *усіх функцій мозку, необхідних для свідомості*, замість «ціло-мозкового», у сенсі повного і незворотного припинення *усіх функцій* мозку;

— «вищомозковий» критерій не слід автоматично ототожнювати з «неокортикальним» — у ньому йдеться не про якусь частину мозку, а про *функції* мозку, *необхідні для свідомості*, хоч би в якій частині (чи яких частинах) мозку вони були локалізовані; тож якщо наявне на даний момент наукове знання дає достатні підстави з певністю стверджувати, що ці функції локалізовані в неокортексі, то встановлення «неокортикальної смерті» є достатнім для встановлення смерті пацієнта; якщо ні, то встановлення смерті пацієнта має здійснюватися на підставі інших, більш консервативних діагностичних критеріїв⁷;

— застосування «вищомозкового» критерію має здійснюватися на підставі *діагностичних критеріїв*, які за сучасного стану наукового знання слід вважати *надійним свідченням* незворотного припинення функцій мозку, необхідних для свідомості; у процесі розвитку наукового (нейрологічного, медичного) знання ці діагностичні критерії можуть змінюватися, вдосконалюватися, ставати більш точними;⁸

⁷ Проблема стосується пацієнтів, яких сучасна медицина діагностує як таких, що перебувають у постійному (*permanent*) вегетативному стані. Більшість авторів ототожнюють цей стан з повною відсутністю свідомості. Щодо можливості його надійного діагностування Роберт Вітч зазначає: «У літературі про постійний вегетативний стан неодноразово стверджується, що ми можемо дізнатися про незворотну втрату свідомості з дуже великою точністю. Рада Американської медичної асоціації з наукових, етичних та судових питань дійшла висновку, що діагноз може бути поставлений з імовірністю помилки менше ніж один на тисячу» (Veatch, 1993: р. 20). З іншого боку, деякі учасники дискусії про критерії смерті (Shewmon, 1997: р. 60; 2004a; Machado, 2000: pp. 212—213; 2007: pp. 47—48), посиляючись на те, що стани свідомості є *внутрішніми суб'єктивними станами, які неможливо спостерігати ззовні, безпосередньо або з допомогою приладів*, і що у випадку деяких свідомих психічних станів, таких як біль, більша частина пов'язаних з ними «невралгічних шляхів» перебуває поза неокортексом, висловлюють думку, що у нас немає достатніх підстав з певністю стверджувати, що пацієнти в постійному вегетативному стані не мають ніякої свідомості (нічого не відчувають). Якщо це так, то визначення незворотної втрати свідомості має здійснюватися на підставі більш консервативних діагностичних критеріїв, що не обмежуються неокортексом.

⁸ Відповідно, як пояснює Карен Жерве, «вибір орієнтованого на свідомість поняття смерті не передбачає нічого стосовно міри нашої спроможності продемонструвати, що за певних обставин руйнації мозку свідомість незворотно втрачено. Це є медичною, а не філософською проблемою» (Gervais, 1986: р. 154).

— ці діагностичні критерії не мають фіксуватися у законі; їх визначення належить до компетенції науковців відповідного фаху (нейрофізіологів, медиків) і має здійснюватися (і час від часу, за потреби, переглядатися) уповноваженою державою комісією експертів⁹.

Такий підхід є достатньо консервативним, обережним, щоб запобігти визнанню померлими людей, які насправді не втратили незворотно свідомості (ще щось відчують чи здатні відчувати), і водночас він дає змогу визнавати померлими людей, щодо яких можна з науково обґрунтованою певністю діагностувати незворотну втрату свідомості (будь-яких відчуттів) при тому, що деякі функції мозку (ті, які напевно не відповідають за свідомість) усе ще виконуються. Зауважимо також, що автори, які відстоюють свідомість-орієнтоване поняття смерті людини (особи), формують відповідні пропозиції щодо юридичного визначення саме в термінах відсутності свідомості, без посилання на неокортекс.

З огляду на те, що зі свідомість-орієнтованої концепції смерті випливає «вищомозковий» радше ніж «ціломозковий» критерій смерті, головним способом обґрунтування останнього є обґрунтування на підставі поняття *інтегрованого функціонування організму*¹⁰. Прибічники застосування «смерті мозку» (у сенсі незворотного повного припинення усіх функцій мозку) головним чином апелюють до того міркування, що саме мозок забезпечує інтегроване функціонування організму, тобто функціонування організму як цілого, а не лише окремих його частин (яке, як відомо, може тривалий час продовжуватися і за нефункціонального мозку).

⁹ Такі діагностичні критерії слід затверджувати на рівні підзаконних актів відповідного міністерства або іншого уповноваженого державою органу, подібно до того, як, наприклад, в Україні діагностичні критерії «смерті мозку» визначаються документом «Порядок констатації та діагностичні критерії смерті мозку людини», що затверджений Наказом Міністерства охорони здоров'я України.

¹⁰ Цей підхід, зокрема, був прийнятий у звіті Президентської комісії. У звіті відзначається, що «основне поняття смерті є фундаментально філософською справою», проте відразу після цього комісія стверджує недоцільність заглиблення у цю філософську проблему (оскільки це нібито «завело б на потаємні філософські стежки, які щонайменше дещо віддалені від практичного застосування формулювань закону»). Ухилення від обговорення філософської проблеми визначення змісту поняття смерті людини обґрунтовують тим, що у завдання комісії не входить «перевизначення самих понять життя та смерті», а натомість йдеться про встановлення «альтернативних індикаторів» (поряд із кардіопульмонарними індикаторами) відповідно до *чинного, традиційного* поняття смерті, «поширеної згоди у традиційному розумінні смерті» (Defining death, 1981: pp. 55—56). Це чинне, традиційне розуміння комісія ототожнює — без достатнього обговорення й обґрунтування — із суто біологічним поняттям смерті як «постійного припинення інтегрованого функціонування організму як цілого»: «смерть — це момент, коли фізіологічна система організму перестає становити єдине ціле» (Defining death, 1981: pp. 55, 33).

Привабливістю такого підходу, під кутом зору його прибічників (з переважно біологічним інтелектуально-світоглядним підґрунтям), є можливість уніфікованого, суто біологічного розуміння понять життя та смерті щодо всіх живих істот, тоді як орієнтована на свідомість «вищомозкова» альтернатива ґрунтується на небіологічних (філософських, онтологічних, етичних тощо) міркуваннях і передбачає поняття смерті людини (або людини та вищих тварин, без ясного фізіологічного критерію розмежування між «вищими» та «нижчими» тваринами), принципово відмінне від поняття смерті, яке ми застосовуємо до інших живих істот (принаймні рослин і тих нижчих тварин, які не мають свідомості, навіть на рівні елементарних відчуттів). Адже ми визнаємо живими істот (рослини, гриби та деяких тварин), які, наскільки ми знаємо, не мають свідомості, навіть найпростіших її феноменальних станів (таких, як відчуття болю), нічого не відчують, і ми застосовуємо до цих істот також поняття вмирання та смерті. Загалом, життя, з наукового погляду, є єдиним процесом (який вивчає наука біологія) і людське життя є лише специфічною формою цього єдиного процесу. З цих міркувань смерть як закінчення життя також, здається, має бути чимось в основі єдиним для всіх живих істот¹¹. Суто біологічне поняття смерті виглядає таким, що має перевагу в плані уніфікованості для всіх живих істот, а також наукової об'єктивності та незалежності від мінливих і культурно зумовлених етично-ціннісних міркувань. Смерть у цьому сенсі, як і життя, є об'єктивним біологічним фактом.

Проте цей біологічно-інтегративний підхід до визначення смерті, попри його окреслену вище поверхову привабливість, виявляється дуже проблематичним з певних міркувань.

1. Хоча життя в цілому є єдиним процесом, не існує чіткого, *визначеного за єдиними критеріями для всіх живих істот*, моменту початку і закінчення життя окремої такої істоти. Як можна, наприклад, об'єктивно визначити момент початку і закінчення життя окремої рослини чи гриба? За вегетативного розмноження сама індивідуальність рослини є невизначеною та умовною. Якщо гілка, дотична до землі, щойно почала пускати коріння, то чи маємо ми тут вже окрему, «новонароджену» рослину, чи все ще частину старої рослини? Подібна проблема стосується і вищих тварин, і людей: з якого моменту нове утворення (утримуємося поки що від назви «організм»), що розвивається в утробі матері після зачаття, слід розглядати як окрему живу істоту, а до якого моменту

¹¹ Пор.: «Поняття буття живою річчю є загальним біологічним поняттям, застосовним до всіх видів, рослин та тварин. Але поняття смерті є просто поняттям припинення життя. Тож так само, як поняття буття живою річчю є загальним поняттям, застосовним до індивідів усіх видів, так само має бути і з поняттям смерті» (Tooley, 1983: p. 65).

його слід розглядати як частину організму матері? На це питання немає узгодженої відповіді: хтось вважає, що нова людина з'являється від самого моменту утворення зиготи; хтось — від моменту народження; в біоетичній літературі автори, які є прибічниками біологічно-інтегративного підходу, пропонували й обґрунтовували чимало інших моментів в якості початку життя, і поки що консенсусу в цьому питанні немає. Аналогічно зі смертю. Наприклад, у нормальному процесі «вмирання» дерева навряд чи можливо визначити *момент* смерті. Це можна застосувати й до смерті людини. Так, Роберт Морисон пише про те, що багато авторів, говорячи про смерть (як біологічний феномен), припускаються «помилки недоречної конкретності» (the fallacy of misplaced concreteness), тобто «розглядають чи використовують абстракцію так, ніби це річ». Ця помилка виявляється, зокрема, у «використанні абстракцій для впровадження штучних переривчастостей у процеси, які є в дійсності безперервними». У застосуванні до життя та смерті: «Зрозуміло, що тут ми маємо справу з безперервним процесом зростання й розпаду. Не існує магічного моменту, коли «усе» зникає. Смерть є не більшою мірою єдиним, чітко визначеним, моментальним явищем, аніж дитинство, юнацтво або зрілий вік» (Morison, 1971: pp. 694—965).

З усім тим, стосовно людини очевидно є *практична потреба* у визначенні деякого моменту в цьому процесі біологічного вмирання як *моменту смерті особи*. Але — як вказують багато прибічників «вищомозкового» критерію — це є не справою біологічного факту, а *справою рішення* (мотивованого комплексом міркувань, що виходять далеко за межі біології — міркувань філософського, релігійного, етичного характеру) про те, який момент є найбільш відповідним для зміни соціального (зокрема, правового) статусу людини (від такої, що вважається живою, до такої, що вважається померлою) і відповідного перемикавання поведінки інших людей стосовно цієї людини (зокрема, її тіла) — від поведінки, доречної щодо живої людини, до поведінки, доречної щодо померлої людини. Як пояснює Карен Жерве, «ми маємо думати про людську смерть ... у термінах того, що вона репрезентує для людських відносин: завершення усіх ролей, кінець усіх взаємодій і переформування прав та обов'язків»; усі ці зміни впливають з постійної відсутності свідомості, тому як кардіопульмонарний, так і ціломозковий критерії смерті людини «ігнорують центральні реальності, що оточують смерть людини» (Gervais, 1986: p. 152).

2. Поняття інтегрованого функціонування організму, його функціонування як цілого, не є досить чітко визначеним, і проведення межі між таким функціонуванням і нібито неінтегрованим функціонуванням по лінії «смерті мозку» не є об'єктивно й неупереджено обґрунтованим. Радше обґрунтування, пропоновані прибічниками «ціломозкового» критерію, виявляються довільно й упереджено підігнаними спеціально до цієї лінії.

Справді, організм зі «смертю мозку» часто можна підтримувати за допомоги сучасних технологій упродовж тривалого часу у стані, коли виконується чимало функцій, які стосуються організму як цілого, є «інтегрованими», в тому числі кровообіг та дихання (з використанням респіратора). Яскравий приклад: у деяких випадках «смерті мозку» жінки, яка виношує дитину, її організм можна досить довго підтримувати у достатньо інтегрованому функціональному стані, щоб плід розвинувся до стадії, коли він стає життєздатним поза утробою матері. Треба бути дуже упередженим, щоб стверджувати, що в таких випадках не має місця інтегроване функціонування організму як цілого. Те, що це функціонування підтримується за допомоги сучасних технологічних засобів (таких, як респіратори), не може бути вирішальним запереченням, адже у випадках відмови інших життєво важливих органів (крім мозку), якщо життєдіяльність/функціонування організму підтримується технічними засобами (так, що припинення такої підтримки призвело б неминуче до смерті), то ми не вважаємо таку людину померлою. Чому ми маємо робити для мозку виняток з цього правила? Чи не єдиним задовільним обґрунтуванням є те, що саме мозок, а не будь-які інші органи, підтримує свідомість. Але таке обґрунтування веде до визнання орієнтованого на свідомість визначення смерті й, відповідно, до прийняття «вищомозкового», а не «ціло-мозкового» критерію смерті людини.

3. З іншого боку, як вказують Стюарт Янгнер та Едвард Барлет (Yongner, Barlett, 1983), якщо ми уявимо людину з такими пошкодженнями мозку, за яких усі його функції, що стосуються інтегрованого функціонування організму, втрачено (кровообіг, дихання, засвоєння поживних речовин та рідини підтримуються складною апаратурою без участі мозку), але виконуються «вищомозкові» функції й людина має свідомість, то ми напевно вважатимемо таку людину живою. А отже, «ми маємо відкинути ідею, що спонтанна інтегративна роль мозку є тим, що робить втрату мозкових функцій адекватним критерієм смерті» (Lizza, 2006: p. 21).

Критики вказують на ще одну ваду визначення смерті пацієнта за критерієм «смерті мозку», як він сформульований у законах більшості країн (незворотне повне припинення *усіх* функцій мозку): серед функцій мозку є такі, що є маловажливими та неінтегративними. Згідно з цим критерієм, якщо у людини мозок пошкоджений настільки, що незворотно втрачено всі його важливі функції (свідомість, спонтанне дихання, інші «інтегративні» функції), але виконуються деякі (хоча б одна) маловажливі функції, то таку людину слід вважати живою. Роберт Вітч та Лайні Рос наводять такий ілюстративний приклад: якщо мозок людини пошкоджений настільки, що виконує лише одну-єдину малозначну функцію, таку як фарингальний рефлекс (рефлекторне скорочення м'язів задньої стінки глотки, що викликається дотиком до піднебіння, спинки язика, об-

ласті навколо мигдаликів, язичка чи задньої стінки глотки), то за критерієм «смерті мозку», її належить визнавати живою (Veatch, Ross, 2016: р. 20). Очевидно, що відмінність між життям і смертю людини не може визначатися виконанням чи невиконанням такої функції. Тож вимога незворотного припинення виконання геть усіх функцій мозку для визнання смерті людини є явно неадекватною. Також критики відзначають, що ті медичні діагностичні тести, які в дійсності використовують для встановлення «смерті мозку», насправді недостатні для ідентифікації «смерті мозку» в цьому сенсі. У разі проходження цих тестів цілком можливе продовження виконання деяких малозначних функцій мозку (Bernat, 1992; Halevy, Brody, 1993; Veatch, 1993: pp. 18—19; Robbins, Bernat, 2020). Якщо це так, то має місце конфлікт між законом і практикою, що дає підстави для оскарження в судовому порядку рішень про проголошення померлими пацієнтів з нібито «мертвим мозком». Відповідно, щоб усунути цей конфлікт, необхідно або приймати значно суворіші діагностичні критерії, які справді виключали б можливість виконання будь-яких, навіть найдрібніших, функцій мозку, або змінювати формулювання «смерті мозку» в законі, щоб у ньому йшлося про припинення виконання не *всіх* функцій мозку, а лише тих функцій, які є достатньо важливими. Залишається відкритим питання, як саме провести розмежування між важливими і неважливими функціями.

(Далі буде)

ДЖЕРЕЛА / REFERENCES

- Law of Ukraine “Fundamentals of the Legislation of Ukraine on Healthcare”. (1993). [In Ukrainian]. *The Official Bulletin of the Verkhovna Rada of Ukraine*, No. 4, Article 19. [=Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров’я». (1993). *Відомості Верховної Ради України*, № 4, ст. 19.]
- Plato. (1999). Apology of Socrates. [In Ukrainian]. In: Plato, *Dialogues* (pp. 20—41). Kyiv: Osnovy. [=Платон. (1999). Апологія Сократа. У: Платон, *Діалоги* (сс. 20—41). Київ: Основи.]
- A Definition of Irreversible Coma. Report of the Ad Hoc Committee of the Harvard Medical School to Examine the Definition of Brain Death. (1968). *JAMA* 205(6), 337—40.
- Becker, L. (1975). Human Being: The Boundaries of the Concept. *Philosophy & Public Affairs*, 4(4), 334—359.
- Bernat, J. (1992). How Much of the Brain Must Die on Brain Death? *The Journal of Clinical Ethics*, 3(1), 21—26.
- Bernat, J., Culver, C., Gert, B. (1981). On the Definition and Criterion of Death. *Annals of Internal Medicine*, 94(3), 389—94.
- Criteria for the Determination of Death*. (1981). Law Reform Commission of Canada.
- Defining Death: Medical, Legal, and Ethical Issues in the Determination of Death*. (1981). President’s Commission for the Study of Ethical Problems in Medicine and Biomedical and Behavioral Research.

- Díaz-Cobacho, G., Molina-Pérez, A. (2024). Pluralism in the Determination of Death. *Current Opinion in Behavioral Sciences*, 57.
- Díaz-Cobacho, G., Molina-Pérez, A., Rodríguez-Arias, D. (2023). Death Pluralism: a Proposal. *Philosophy, Ethics, and Humanities in Medicine*, 18, 10.
- Engelhardt, H.T. (1975). Defining Death: A Philosophical Problem for Medicine and Law. *American Review of Respiratory Diseases*, 112(5), 587—590.
- Epicurus. (1925). Letter to Menoeceus. In: Diogenes Laertius, *Lives of Eminent Philosophers* (transl. by R. Hicks), (vol. 2, pp. 649—659). London: William Heinemann; New York: G. P. Putnam's Sons.
- Gervais, K. (1986). *Redefining Death*. New Haven: Yale University Press.
- Green, M., Wilker, D. (1980). Brain Death and Personal Identity. *Philosophy & Public Affairs*, 9(2), 105—133.
- Halevy, A., Brody, B. (1993). Brain Death: Reconciling Definitions, Criteria, and Tests. *Annals of Internal Medicine*, 119(6), 519—525.
- Hoffman, J.C. (1979). Clarifying the Debate on Death. *Soundings: An Interdisciplinary Journal*, 62(4), 430—447.
- Jonas, H. (1974). Against the Stream: Comments on the Definition and Redefinition of Death. In: H. Jonas, *Philosophical Essays: From Ancient Creed to Technological Man* (pp. 132—140). Englewood Cliffs; New York: Prentice-Hall.
- Lizza, J.P. (2006). *Persons, Humanity, and the Definition of Death*. Baltimore: The Johns Hopkins University Press.
- Lizza, J.P. (2018). Defining Death: Beyond Biology. *Diametros*, 55, 1—19.
- Machado, C. (1999). Consciousness as a Definition of Death: Its Appeal and Complexity. *Clinical Electroencephalography*, 30(4), 156—164.
- Machado, C. (2000). Is the Concept of Brain Death Secure? In: A. Zeman, L. Emanuel (Eds.), *Ethical Dilemmas in Neurology* (pp. 193—212). London: W.B. Saunders Company.
- Machado, C. (2007). *Brain Death: A Reappraisal*. New York: Springer.
- Morison, R.S. (1971). Death: Process or Event? *Science*, 173, 694—698.
- Robbins, N., Bernat, J. (2020). What Should We Do About the Mismatch Between the Legal Criteria for Death and How Brain Death Is Diagnosed? *AMA Journal of Ethics*, 22(12), 1038—1046.
- Sarbey, B. (2016). Definitions of Death: Brain Death and What Matters in a Person. *Journal of Law and the Biosciences*, 3(3), 743—752.
- Sarbey, B. (2024). The Advantages of the Higher Brain Criterion for Determining Death. *American Journal of Bioethics*, 24(1), 116—118.
- Schiffer, R.B. (1978). The Concept of Death: Tradition and Alternative. *The Journal of Medicine and Philosophy*, 3(1), 24—37.
- Shewmon, D.A. (1985). The Metaphysics of Brain Death, Persistent Vegetative State and Dementia. *The Thomist*, 45(1), 24—80.
- Shewmon, D.A. (1997). Recovery from “Brain death”: A Neurologist's Apologia. *Linacre Quarterly*, 64(1), 30—96.
- Shewmon, D.A. (1998). Chronic “Brain Death”: Meta-analysis and Conceptual Consequences. *Neurology*, 51(6), 1538—1545.
- Shewmon, D.A. (2001). The Brain and Somatic Integration: Insights into the Standard Biological Rationale for Equating “Brain Death” with Death. *Journal of Medicine and Philosophy*, 26(5), 457—478.
- Shewmon, D.A. (2004a). The ABC of PVS. In: C. Machado, D.A. Shewmon (Eds.), *Brain Death and Disorders of Consciousness* (pp. 215—228). New York: Kluwer.

- Shewmon, D.A. (2004b). The “Critical Organ” for the “Organism as a Whole”: Lessons from the Lowly Spinal Cord. In: C. Machado, D.A. Shewmon (Eds.), *Brain Death and Disorders of Consciousness* (pp. 23—41). Springer.
- Tooley, M. (1983). *Abortion and Infanticide*. Oxford: Clarendon.
- Veatch, R.M. (1975). The Whole-Brain-Oriented Concept of Death: An Outmoded Philosophical Formulation. *Journal of Thanatology*, 3(1), 13—30.
- Veatch, R.M. (1976). *Death, Dying, and the Biological Revolution: Our Last Quest for Responsibility*. New Haven, CT: Yale University Press.
- Veatch, R.M. (1978). The Definition of Death: Ethical, Philosophical and Policy Confusion. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 315, 307—21.
- Veatch, R.M. (1993). The Impending Collapse of the Whole-Brain Definition of Death. *The Hastings Center Report*, 23(4), 18—24.
- Veatch, R.M. (1999). The Conscience Clause: How Much Individual Choice in Defining Death Can Our Society Tolerate? In: S.J. Youngner, R.M. Arnold, R. Schapiro (Eds.), *The Definition of Death: Contemporary Controversies* (pp. 137—160). Baltimore, MD: Johns Hopkins University Press.
- Veatch, R.M., Ross, L.F. (2016). *Defining Death: The Case for Choice*. Washington: Georgetown University Press.
- Whetstine, L. (2007). Bench-to-Bedside Review: When Is Dead Really Dead — on the Legitimacy of Using Neurologic Criteria to Determine Death. *Critical Care*, 11, 208.
- Youngner, S.J., Bartlett, E.T. (1983). Human Death and High Technology: The Failure of the Whole-Brain Formulations. *Annals of Internal Medicine*, 99, 252—258.

Received 16.04.2025

Accepted for publication after review 05.06.2025

Signed for printing 18.08.2025

Dmytro SEPETYI,

Doctor of Sciences in Philosophy, Associate Professor,
Professor at the Department of Social Studies,
Zaporizhzhia State Medical and Pharmaceutical University,
26, blvd. Marii Prymachenko, Zaporizhzhia, 69035
dmitry.sepety@gmail.com
<https://orcid.org/0000-0003-2110-3044>
SCOPUS: 57195280720

DEFINITION AND CRITERIA OF HUMAN DEATH AS A BIOETHICAL PROBLEM (PART 1)

The article discusses the problem of defining human death (death of a person) and its criteria in the context of contemporary bioethical debates. It analyzes the main approaches to the theoretical justification of the criterion of human death as the complete and irreversible cessation of all brain function (“the whole brain criterion”), which since the 1970s has gained wide recognition and legal acceptance in most countries of the world, as well as the main critical arguments against this criterion. The analysis provides grounds for concluding that the justification of the whole-brain criterion of human death based on a purely biological definition of death as the irreversible cessation of the integrated functioning of the organism is refuted by weighty counterarguments, primarily counterexamples of the integrated functioning of the human organism with a “dead” brain. On the other hand, the

justification based on the intuitively plausible identification of human death with irreversible loss of consciousness in all its forms (inability to experience anything), while supporting the adoption of the whole-brain criterion as a step in the right direction, as compared to the traditional cardiopulmonary criterion, leads to the conclusion that it is advisable to replace the whole-brain criterion with the criterion that more accurately corresponds to this identification—human death as the irreversible cessation of all brain functions responsible for conscious mental states (“the higher brain criterion”). Consideration of the main arguments of the supporters of this position, the objections raised against it, and the responses to these objections gives grounds for concluding that it adequately represents the most socially and ethically significant meanings associated with the concept of human (personal) death. At the same time, given the heated debate on this issue, it is reasonable to introduce a pluralistic practice whereby the death of persons whose conscientious (religious or philosophical) beliefs contradict the basic criterion established by law (applicable “by default”) can be determined according to the criteria that agree with these beliefs.

Keywords: *bioethics, death, brain death, cardiopulmonary criterion, integrated functioning, consciousness.*