

Rola świadomości w decyzjach dotyczących zaprzestania podtrzymywania funkcji życiowych

Zacznę od wyjaśnienia kilku pojęć. Stan wegetatywny (SW) należy odróżnić od śpiączki, stanu minimalnej świadomości (SMŚ) oraz zespołu zamknięcia [Owen, Coleman 2008; Laureys, Perrion, Bredart 2007]. W śpiączce, która zazwyczaj trwa do kilku tygodni, pacjenci nie przejawiają cykli snu i czuwania, nie komunikują się, brak jest jakichkolwiek świadectw istnienia świadomości (na razie przyjmuję, że to pojęcie jest z grubsza zrozumiałe, wróć do niego w dalszej części pracy). W przeciwieństwie do tego u pacjentów w stanie wegetatywnym da się zaobserwować cykl snu i czuwania, często nie wymagają oni respiratora, mogą otwierać oczy, wykonywać ruchy ciałem. Jednocześnie nie odpowiadają na żadne bodźce (wizualne, dźwiękowe, dotykowe, zapachowe) i nie przejawiają żadnych behawioralnych oznak świadomości. Pacjenci znajdujący się ponad rok w SW wynikającym z urazu fizycznego lub ponad trzy miesiące, jeśli wynika on z innych przyczyn, mają znikomą szansę na wyzdrowienie i określa się ich jako pacjentów w trwałym stanie wegetatywnym (TSW). U pacjentów w stanie minimalnej świadomości da się zaobserwować pewne świadectwa przemawiające za istnieniem świadomości oraz pewne próby komunikacji – są one powtarzalne, ale nie występują regularnie. I wreszcie tzw. zespół zamknięcia (*locked-in syndrome*) to stan, w którym pacjenci są trwale świadomi, lecz mogą się komunikować w bardzo ograniczony sposób: jedynie za pomocą ruchów gałki ocznej lub powiek.

Tematem tego artykułu będzie głównie stan wegetatywny. W jaki sposób diagnozuje się ten stan, a zarazem stwierdza, że ktoś nie jest świadomy? Obecnie polega to na badaniu zachowania pacjenta: lekarze biorą pod uwagę historię choroby, a także sprawdzają, czy jakiegokolwiek zachowanie da się zinterpretować jako świadome (choćby miał to być wyłącznie ruch gałki ocznej). Stwierdzanie braku świadomości opiera się więc na braku jakichkolwiek pozytywnych behawioralnych reakcji świadczących o jej istnieniu (tak też stan wegetatywny jest zdefiniowany w oficjalnych dokumentach). Oczywiście problem z tego rodzaju kryteriami polega na tym, że teoretycznie nie da się wykluczyć sytuacji, w której pacjent jest świadomy, ale na skutek uszkodzenia mózgu nie jest w stanie w żaden sposób komunikować się z otoczeniem, czyli ma całkowity zespół zamknięcia. Nietrudno dostrzec istotne znaczenie tego problemu w praktyce medycznej. W samych Stanach Zjednoczonych diagnozuje się rocznie 4,2 tysiące pacjentów w stanie wegetatywnym, w sumie żyje tam około 34 tysięcy takich pacjentów [Berube i in. 2006]. Można też przypomnieć szeroko komentowany w mediach przypadek Terri Schiavo.

Badania

W jaki sposób można by przetestować hipotezę głoszącą, że przynajmniej niektórzy pacjenci uznani za znajdujących się w stanie wegetatywnym tak naprawdę są świadomi? Od kilku lat próbuje to robić grupa naukowców pod kierunkiem Adriana Owena [Owen i in. 2006]. Założenie, które przyjmują, jest następujące: pewien typ myśli jest skorelowany z pewnym unikalnym wzorem aktywacji mózgu. Zaobserwowanie tego wzoru może więc być traktowane jako świadectwo istnienia pewnego typu myśli. Owen i współpracownicy wykorzystali to założenie, by wykryć za pomocą rezonansu magnetycznego, skanującego mózgi osób w stanie wegetatywnym, rzecz bardziej podstawową, czyli samą świadomość. Założyli, że jeśli mózg pacjenta będzie w pewien sposób reagował, czyli będą się pojawiały pewne specyficzne wzory jego aktywności – przetestowane wcześniej na osobach zdrowych – w odpowiedzi na wypowiedziane komendy, to będzie to znak, że pacjent jest świadomy (oczywiście faktu, że mózg pacjenta nie reaguje, nie należy traktować jako rozstrzygającego świadectwa za tym, iż jest nieświadomy, ponieważ np. może on mieć po prostu uszkodzony słuch lub w chwili badania znajdować się w fazie snu). Naukowcy nie testowali zatem neuronalnych korelatów świadomości jako takiej (co na obecnym etapie naszej wiedzy o mózgu oraz niejasności samego pojęcia świadomości jest niewykonalne), lecz założyli, że zdolność do wchodzenia „w elastyczne interakcje z otoczeniem” jest świadectwem istnienia wyższych funkcji kognitywnych, a tym samym tego, co określa się jako świadomość.

W badaniach wykorzystali fakt, że zazwyczaj myślenie o wykonywaniu pewnej czynności generuje podobny wzór aktywności mózgowej, co samo wykonywanie danej czynności. W pierwszych badaniach Owen i współpracownicy poprosili zdrowych ochotników, po pierwsze, by na dźwięk słowa „tenis” wyobrażali sobie, że odbijają piłkę tenisową z wyimaginowanym trenerem (innymi słowy, by wyobrażali sobie, że energicznie poruszają ramieniem), a po drugie, by na dźwięk słowa „dom” wyobrażali sobie przechodzenie z pokoju do pokoju (czyli, by wyobrażali sobie poruszanie się w przestrzeni). Obie te czynności, podobnie jak wyobrażanie ich sobie, wiążą się z aktywnością pewnych specyficznych części mózgu (szczegółowy opis eksperymentu: Owen i in. [2006]). Następnie naukowcy wydawali takie same komendy (z takim samym ich wyjaśnieniem) pacjentom znajdującym się w stanie wegetatywnym. Odkryli, że u pewnej kobiety, spełniającej wszelkie kryteria SW, aktywizowały się dokładnie te same części mózgu co u zdrowych osób (u pozostałych pacjentów nie zaobserwowano takiego zjawiska). Pierwsze wnioski Owena i współpracowników były bardzo kategoryczne. Uznali oni, że pacjentka „poza wszelką wątpliwością była świadomie przytomna (*consciously aware*) siebie i swojego otoczenia”, pisali też, że była w stanie podjąć „decyzję o współpracy” i zdradzała „intencje”. Z kolei w edytoriale „Science”, który towarzyszył artykułowi, napisano: „badania rezonansem wskazują na istnienie bogatego życia umysłowego, w tym przetwarzanie mowy oraz zdolność do wykonywania zadań umysłowych” [Naccache 2006]. Co więcej, pół roku później ci sami naukowcy odkryli drugi podobny przypadek (w sumie przetestowali 17 pacjentów w stanie wegetatywnym).

W nowszym badaniu tej samej grupy badawczej, którego wyniki opublikowano na początku 2010 roku (badanie to było szeroko komentowane w mediach), przetestowano za pomocą rezonansu magnetycznego 54 pacjentów, z czego 23 w stanie wegetatywnym i 31 w stanie minimalnej świadomości [Monti i in. 2010]. Okazało się, że pięciu pacjentów (z czego czterech zostało wcześniej zakwalifikowanych jako pacjenci w SW) było w stanie modulować aktywność swojego mózgu poprzez wyobrażanie sobie wykonywania opisanych powyżej czynności (odbijanie piłki, chodzenie po domu). Co więcej, jeden z tych pacjentów (29-latek, który w momencie badania pozostawał od 3,5 lat w stanie wegetatywnym) był w stanie trafnie odpowiadać na proste pytania w rodzaju: „Czy twój ojciec ma na imię Thomas?”. Wcześniej poproszono go, by wyobrażał sobie, że odbija piłkę tenisową, gdy odpowiedź na ich pytanie brzmi „tak”, lub by wyobrażał sobie, że chodzi po domu, gdy odpowiedź brzmi „nie”. Naukowcy w momencie prowadzenia testów i interpretowania ich wyników nie znali prawidłowych odpowiedzi na te pytania, dopiero po badaniu i interpretacji wyników rezonansu rodzina potwierdziła, że pacjent prawidłowo zareagował na pięć z sześciu zadanych mu pytań.

Sposób prowadzenia tego ostatniego badania był częściowo odpowiedzią na zarzuty krytyków, którzy po wcześniejszych publikacjach uznali, że reagowanie na pewne dobrze znane słowa („tenis”, „dom”) wcale nie musi świadczyć o istnieniu świadomości, a pewne charakterystyczne wzory aktywacji mózgu, powstające w odpowiedzi na bodźce zewnętrzne (czyli w tym wypadku komendy wyrażane w języku), mogą być tworzone automatycznie [Nachev, Husain 2007; Greenberg 2007]. Sam Owen przyznał potem, w odpowiedzi na zarzuty krytyków, że „jest możliwe, iż pacjenci w stanie wegetatywnym mogą zachować niewielkie wyspy podświadomych funkcji kognitywnych, które istnieją bez świadomości [awerness]” [Owen, Coleman 2008, s. 239].

Znaczenie świadomości w praktyce medycznej

Opisane powyżej badania poruszają interesujący problem filozoficzny, a zarazem mają kluczowe znaczenie dla praktyki medycznej. Przyjmuje się bowiem, że posiadanie przez jakiś byt interesów [Savulescu i Kahane 2009] jest uwarunkowane albo aktualnym posiadaniem przez niego świadomości, albo możliwością, że świadomość nabędzie (jak to ma miejsce w przypadku płodów), albo możliwością jej odzyskania (jak w przypadku niektórych pacjentów w śpiączce). Wydaje się, że nie ma znaczenia, w jaki sposób będziemy rozumieć te interesy: czy tak jak traktują je koncepcje hedonistyczne (realizowanie interesów to posiadanie przyjemnych doznań, bycie szczęśliwym itd.), czy tak jak koncepcje opierające interesy na spełnianiu pragnień, czy wreszcie rozumiejąc je w sposób obiektywistyczny (czyli uznając, że pewne rzeczy są obiektywnie dobre i każdy podmiot powinien je posiadać bez względu na to, kim jest, czego pragnie i czy jest to dla niego przyjemne). Ważne, że posiadanie interesów nieodłącznie wiąże się z pierwszoosobową perspektywą jakiegoś podmiotu: nie troszczymy się o pacjentów na podobnej zasadzie, jak troszczymy się np. o pewne dzieła sztuki, które uznajemy za cenne bez względu na to, czy są cenne dla kogoś. Interesy zawsze są czyimiś interesami, co znaczy, że wymagają, aby byt mający interesy był

też obdarzony świadomością. Standardowe podejście do tego problemu widoczne jest w następującym fragmencie pochodzącym z artykułu dwóch znanych bioetyków:

U niektórych pacjentów można wiarygodnie zdiagnozować trwałą utratę świadomości. Do tej specjalnej grupy zalicza się pacjentów z bezmózgowiem, w trwałym stanie wegetatywnym i niektórych w stanie nieodwracalnej śpiączki. W takich przypadkach naprawdę trudno stwierdzić, w jaki sposób jakakolwiek nieodwracalna interwencja medyczna może wyrządzić szkodę lub przysporzyć korzyści pacjentom. Nie mogą oni doświadczać i nigdy nie będą w stanie doświadczyć niczego, co dzieje się w świecie lub też w ich ciałach. Jeśli diagnoza jest zupełnie jednoznaczna, to energiczne zabiegi mające na celu podtrzymanie ich życia podejmuje się głównie przez wzgląd na tych, którzy ich kochają, a także przez wzgląd na społeczność jako taką [Lynn, Childress 2009].

Standardowe stanowisko głosi więc, że zabiegi medyczne nie mogą pomóc ani zaszkodzić tym pacjentom, którzy nie mają i nigdy nie odzyskają świadomości. Innymi słowy, pacjenci ci nie mają żadnych interesów. Oczywiście możemy podtrzymywać ich przy życiu, ale nie przez wzgląd na nich samych, ale przez wzgląd na interesy innych ludzi (np. rodziny). Jednocześnie autorzy artykułu rozumieją tu świadomość jako zdolność do doświadczenia tego, co się dzieje w świecie lub w naszych własnych ciałach. W praktyce medycznej istotność świadomości znajduje odzwierciedlenie w fakcie, że w wielu krajach przyjęło się współcześnie, iż wolno odłączyć od aparatury podtrzymującej życie (często oznacza to zaprzestanie podawania pożywienia i płynów) pacjentów w trwałym stanie wegetatywnym, nie wolno zaś w stanie minimalnej świadomości [Johnson 2010]. Przy czym w grę wchodzi także przyszłe rokowania, które w przypadku pacjentów znajdujących się w TSW są bardzo złe, ponieważ praktycznie nie ma szans, żeby kiedykolwiek odzyskali oni świadomość.

Jak rozumieć świadomość?

Na początku założyłem, że pojęcie świadomości jest w intuicyjny sposób zrozumiałe. W rzeczywistości tym pojęciem określa się jednak cały zestaw różnych fenomenów. We współczesnych pracach można się spotkać m.in. z samoświadomością, świadomością przechodnią, nieprzechodnią, introspekcyjną, zwrotną itd.

Ned Block [1995] wprowadził często obecnie cytowane rozróżnienie na świadomość fenomenalną i dostępową (*access*). Ta pierwsza jest związana z doświadczaniem czy doznawaniem czegoś: mamy tego typu świadomość, gdy widzimy, słyszymy, odczuwamy ból itp., gdy „jest to jakoś” dla nas znajdować się w danym stanie [Nagel 1997]. Świadomość tego typu wydaje się dostępna wyłącznie z perspektywy pierwszoosobowej. Block twierdzi ponadto, że własności świadomości fenomenalnej nie dają się zredukować do własności kognitywnych, intencjonalnych czy funkcjonalnych. Świadomość dostępową jest z kolei z wyższymi czynnościami umysłowymi, takimi jak planowanie, celowa kontrola działania, formułowanie komunikatów językowych. Block charakteryzuje świadomość dostępową za pomocą teorii „globalnej

przestrzeni roboczej”, która głosi, że umysł to wiele niezależnie pracujących „bioprocessorów”. Dzięki uwadze mogą one uzyskiwać dostęp do „przestrzeni roboczej”, w której mieści się bardzo niewiele elementów. Treść świadomości dostępowej to właśnie zawartość „przestrzeni roboczej”, czyli to, na co skierowana jest nasza uwaga. Nie znaczy to, że umysł nie rejestruje znacznie większej ilości danych, co łatwo dostrzec np. w doświadczeniach dotyczących ślepoty na zmiany lub ślepoty pozauwagowej [Block 2007; Landman, Spekreijse, Lamme 2003]. Różnica pomiędzy bogactwem naszego doświadczenia zmysłowego a ograniczonością „przestrzeni roboczej” daje się wyjaśnić właśnie dzięki odwołaniu się do różnicy pomiędzy świadomością fenomenalną a dostępową. Block twierdzi, że ta pierwsza jest „bogatsza”, że „przelewa” (*overflows*) świadomość dostępową, czyli mogą istnieć stany świadomości fenomenalnej bez istnienia świadomości dostępowej (czyli istnieją takie rodzaje stanów, które Block określa jako świadome, do których sami niekiedy nie mamy dostępu).

Przyjmując rozróżnienie zaproponowane przez Blocka, można zapytać, jaki rodzaj świadomości pokazują odkrycia Owena i współpracowników? Pytanie to można rozpatrywać podobnie, jak zrobili to Julian Savulescu i Guy Kahane [2009], którzy wyróżnili cztery możliwości (posługują się oni co prawda rozróżnieniem na *consciousness* i *sapience*, ale odpowiada ono z grubsza podziałowi Blocka): 1) brak obu rodzajów świadomości; 2) istnienie świadomości dostępu, brak świadomości fenomenalnej; 3) istnienie świadomości fenomenalnej, brak świadomości dostępu; 4) istnienie obu rodzajów świadomości.

W pierwszym przypadku sprawa wydaje się relatywnie prosta: jeśli pacjent bezprowrotnie utracił możliwość posiadania jakiegokolwiek rodzaju świadomości, to utracił też posiadanie interesów. Możemy oczywiście podjąć decyzję o utrzymywaniu go przy jego biologicznym życiu, ale decyzja taka na pewno nie będzie uzasadniona jego interesem, tylko jakimiś innymi interesami (rodziny, społeczności itd.). Taka interpretacja ma zapewne zastosowanie do sporej grupy pacjentów znajdujących się w TSW, nawet zakładając, że tezy Owena są trafne. Co prawda powyżej zwróciłem uwagę, iż niektórzy krytycy jego badań podnosili (w odpowiedzi na publikację z 2006 roku), że aktywność mózgu badanych pacjentów mogła być wynikiem procesów automatycznych, a to, zdaniem krytyków, mogło znaczyć, że nawet ci pacjenci, u których wykryto specyficzne wzory aktywności mózgu, nie byli tak naprawdę świadomi. Wydaje się jednak, że wedle przyjętego tu rozróżnienia na dwa rodzaje świadomości pewne automatyczne procesy możemy określać jako świadome, nawet jeśli nie mamy do nich świadomego dostępu. Co więcej, wydaje się, że przynajmniej w przypadku ostatniego z opisanych tu badań z 2010 roku (wyobrażanie sobie przez pacjenta w stanie wegetatywnym pewnych czynności jako odpowiedzi „tak” lub „nie”) trudno mówić o procesach całkowicie automatycznych.

Druga możliwość jest problematyczna. Nie wiadomo, czy taka kombinacja jest w ogóle fizycznie i pojęciowo możliwa. Co więcej, w przypadku omawianych tu badań wydaje się, że pacjenci, z którymi nawiązano jakieś porozumienie, muszą mieć jakąś świadomość fenomenalną, choćby dlatego, że byli w stanie usłyszeć komendy, na które potem reagowali (oczywiście nie wyklucza to sytuacji, w której wszyscy pozostali pacjenci w SW, z którymi nie udało się nawiązać połączenia, mają wyłącznie świadomość dostępu, ale bez świadomości fenomenalnej). Savulescu i Kahane [2009]

interpretują to odmiennie, uznając, że badania Owena dopuszczają taką interpretację. Pomijają oni jednak następujący problem: w jaki sposób byłby możliwy kontakt za pomocą mowy z osobą, która nie miałaby w ogóle świadomości fenomenalnej. Nawet zakładając, że takie przypadki są możliwe, powstaje inne pytanie: czy pacjentom pozbawionym świadomości fenomenalnej da się wyrządzić szkodę lub przysporzyć korzyści, a więc czy tacy pacjenci mieliby interesy? Czy np. są oni w stanie odczuwać ból? Wydaje się przecież, że ból jest w sposób konieczny związany z istnieniem świadomości fenomenalnej. Nawet jeśli założymy, że pacjenci mający tylko świadomość dostępu mieliby interesy, to powstaje pytanie, w jaki sposób mogliby te interesy realizować, skoro ich świadomość byłaby „zamknięta”, tj. nie mieliby żadnych doznań? Czy życie takich pacjentów byłoby „warte życia”? Odpowiedź na te pytania jest bardzo trudna i przekracza ramy tej pracy. Wymagałaby uprzedniej analizy tego, „jak to jest” posiadać wyłącznie świadomość dostępu bez świadomości fenomenalnej.

Trzecia możliwość jest bardziej prawdopodobną interpretacją stanu pacjentów w SW, z którymi nawiązano kontakt. Jest też bardziej prawdopodobną interpretacją stanu minimalnej świadomości, który przypominałby po prostu daleko posuniętą demencję. Pacjenci mieliby świadomość fenomenalną, doświadczaliby różnych rzeczy z pierwszoosobowej perspektywy, ale ich świadomość dostępu, czyli wyższe funkcje kognitywne, byłaby wyjątkowo upośledzona. Podobnie jak w poprzednim przypadku można zadać pytanie, czy w takim stanie, o ile faktycznie byłby on możliwy, da się odczuwać ból? Świadomość fenomenalna wydaje się oczywiście niezbędna do tego, by w ogóle odczuwać ból. Czy jednak do tego, by ból nie był czymś złym, czymś, czemu powinniśmy zapobiegać, nie jest potrzebna pewna „wyższa forma świadomości”, czyli właśnie „intelektualny” dostęp do tego bólu (podobnym problemem zajmuje się Kahane [2008])? Weźmy pewien przykład: wyobraźmy sobie, że odseparowaliśmy kawałek mózgu, który odpowiada za nasze poczucie bólu. Jeśli ten kawałek mózgu podłączymy do urządzenia generującego w nim taką samą reakcję, jaką zazwyczaj wywołuje ból, to czy odczuwanie tego bólu przez ten fragment mózgu będzie czymś moralnie złym, czymś, czemu powinniśmy zapobiec? Nawet jeśli zgodzilibyśmy się z taką interpretacją, to z drugiej strony wydaje się przecież, że moralne zło bólu wzrasta wraz z poziomem świadomości podmiotu odczuwającego ten ból. Dlatego właśnie różnicujemy nasze oceny moralne w zależności od tego, czy chodzi o ból, którego doświadczają dorośli ludzie (lub zwierzęta o wysoko rozwiniętych zdolnościach kognitywnych), czy niżej rozwinięte istoty. Czy jeśli byłby to trafny opis pacjentów w TSW, to powinniśmy ich podtrzymywać przy życiu? Podobnie jak wartościuje się ból w zależności od tego, jak wysoko rozwiniętą świadomość ma podmiot go doznający, tak i wartościuje się życie. Często przyjmuje się [Levy, Savulescu 2009], że specjalne racje przeciwko pozbawianiu życia dotyczą w głównej mierze wyższych form życia, w szczególności takich, które obdarzone są wyższymi zdolnościami intelektualnymi (czyli w praktyce ludzi i być może niektórych naczelnych, mogących mieć odpowiednik tego, co określam tu mianem świadomości dostępu). Jeśli przyjęlibyśmy interpretację trzecią, to istniałyby znacznie słabsze racje do utrzymywania przy życiu pacjentów w TSW, niż gdybyśmy przypisywali im obydwie wyróżnione przez nas rodzaje świadomości.

Czwarta możliwość interpretacji przedstawionych powyżej badań to pełna lub prawie pełna świadomość przynajmniej u niektórych pacjentów w SW, czyli stan cał-

kwowitego zamknięcia: ktoś ma doznania fenomenalne (zarówno w zakresie swojego ciała, np. odczuwa ból, jak i w ograniczonym zakresie w stosunku do świata) i zarazem ma wyższe formy rozumowania i świadomości. Codziennie zasypia i codziennie się budzi, nie mogąc nie tylko poruszyć się zgodnie ze swoją wolą, ale nawet zakomunikować komukolwiek jakiegokolwiek swojej myśli czy pragnienia, nie jest w stanie nawet świadomie i celowo mrugnąć powieką. Na pierwszy rzut oka wydaje się, że skoro pacjent taki ma świadomość, to ma też interesy i nie ulega wątpliwości, że istnieją bardzo mocne racje za tym, by utrzymywać go przy życiu wszelkimi możliwymi sposobami. Z drugiej jednak strony jego życie musi być pasmem trudnego do wyobrażenia sobie cierpienia. Można by nawet stwierdzić, że im bardziej jest on świadomy swojego położenia, czyli im sprawniejszą ma świadomość dostępu, tym jego życie w tym stanie jest mniej warte życia, a tym samym tym silniejsze istnieją racje, by przerwać zabiegi podtrzymujące życie. To właśnie świadomość własnego położenia, możliwa dzięki posiadaniu świadomości dostępu, jest jego przekleństwem. W takim stanie życie kogoś, kto miałby wyłącznie świadomość fenomenalną, byłoby bardziej „warte życia” niż kogoś mającego także świadomość dostępu. Wyobraźmy sobie, że dwaj pacjenci, z których jeden ma wyłącznie świadomość fenomenalną, a drugi oba rodzaje świadomości, cierpią tak samo (to znaczy np. odczuwają tak samo silny ból). Wydaje się, że w takiej sytuacji cierpienie drugiego pacjenta jest czymś moralnie gorszym, czyli czymś, co bardziej domaga się od nas jakiejś interwencji. Gdyby zdarzyło się tak, że mielibyśmy w takiej sytuacji tylko jeden środek przeciwbólowy, to – przy pozostałych niezmiennych warunkach – powinniśmy go podać pacjentowi mającemu także świadomość dostępu. Dopuszczenie cierpienia takich pacjentów byłoby znacznie gorsze moralnie niż dopuszczenie cierpienia pacjentów mających tylko świadomość fenomenalną: w tym wypadku istniałby bowiem w pełni ukształtowany podmiot, dla którego cierpienie byłoby złe (podobny wniosek: Savulescu, Kahane [2009]).

Podsumowanie

Celem artykułu było wskazanie, że pojęcie świadomości ma olbrzymie znaczenie praktyczne i może mieć istotny wpływ na podejmowanie decyzji dotyczących życia i śmierci. Analizując najnowsze badania, rozważałem, jaki rodzaj świadomości możemy przypisać pacjentom znajdującym się w SW. Zwróciłem uwagę na to, że w niektórych przypadkach posiadanie wyższych form świadomości może być jedną z racji przemawiających za zaprzestaniem podtrzymywania funkcji życiowych.

BIBLIOGRAFIA

- Berube J., Fins J.J., Giacino J.T., Katz D., Langois J., Whyte J., Zitnay G. (2006). *The Mohonk Report: A Report to Congress on Disorders of Consciousness: Assessment, Treatment, and Research Needs*. Charlottesville, VA: National Brain Injury Research, Treatment, and Training Foundation.

- Block N. (1995). *On a Confusion about a Function of Consciousness*. „Behavioral and Brain Sciences” 18(2), s. 227–287.
- Block N. (2007). *Consciousness, Accessibility and the Mesh between Psychology and Neuroscience*. „Behavioral and Brain Sciences” 30 (5–6), s. 481–548.
- Greenberg D.L. (2007). *Comment on “Detecting Awareness in the Vegetative State”*. „Science” 313, s. 1402
- Johnson L.S.M. (2010). *The Right to Die in the Minimally Conscious State*. „Journal of Medical Ethics”, 17 listopada.
- Kahane G. (2008). *Pain, Dislike, and Experience*. „Utilitas” 21(3), s. 327–336.
- Landman R., Spekreijse H., Lamme V. (2003). *Large Capacity Storage of Integrated Objects before Change Blindness*. „Vision Research” 43(2), s. 149–164.
- Laureys S., Perrion F., Bredart S. (2007). *Self-consciousness in Non-communicative Patients*. „Consciousness and Cognition” 16, s. 722–741.
- Levy N., Savulescu J. (2009). *Moral Significance of Phenomenal Consciousness*, [w:] S. Laureys, N. Schiff, A. Owen (red.), *Coma Science: Clinical and Ethical Implications – Progress in Brain Research* (s. 361–370). Oxford: Elsevier.
- Lynn J., Childress J.F. (2009). *Czy pacjenci zawsze powinni otrzymywać pożywienie i wodę*, [w:] W. Galewicz (red.), *Wokół śmierci i umierania* (s. 139–153). Kraków: Universitas.
- Monti M.M., Vanhaudenhuyse A., Coleman M.R., Boly M., Pickard J.D., Tshibanda L., Owen A.M., Laureys S. (2010). *Willful Modulation of Brain Activity in Disorders of Consciousness*. „The New England Journal of Medicine” 362, s. 579–589.
- Naccache L. (2006). *Is She Conscious*. „Science” 313, s. 1395–1396.
- Nachev P., Husain M. (2007). *Comment on “Detecting Awareness in the Vegetative State”*. „Science” 315, s. 1221.
- Nagel T. (1997). *Jak to jest być nietoperzem?*, [w:] T. Nagel, *Pytania ostateczne* (s. 203–219). Tłum. A. Romaniuk. Warszawa: Fundacja Aletheia.
- Owen A.M., Coleman M.R. (2008). *Functional Neuroimaging of the Vegetative State*. „Nature Review Neuroscience” 9, s. 235–243.
- Owen A.M., Coleman M.R., Boly M., Davis M., Laureys S., Pickard J.D. (2006). *Detecting Awareness in the Vegetative State*. „Science” 313, s. 1402.
- Savulescu J., Kahane G. (2009). *Brain-damage and the Moral Significance of Consciousness*. „Journal of Medicine and Philosophy” 33, s. 1–21.

The Role of Consciousness in the End-of-life Decisions

Recent fMRI research suggests that at least some patients diagnosed as being in the permanent vegetative state can be more aware than it was previously thought. In this paper I briefly discuss the aforementioned research; then I consider to which of several kinds of consciousness they appeal to; and finally I analyze the ethical implications of these findings. In particular I consider whether having higher forms of consciousness must always be an additional reason against the withdrawal of life-sustaining treatment. In my paper I also highlight the general importance of cognitive science for the ethical evaluations of some medical practices.