

О.В. Попова

Проблема смерти мозга: этико-философский контекст исследования

В современном мире интенсивное развитие и применение биотехнологий является не только новым этапом в развитии науки, но прежде всего аксиологическим и этическим поворотом. Биотехнология как инновация является прежде всего операцией в области ценностей¹. Любая технология как «применение организованного знания для решения практических задач упорядоченными системами людей и машин» оценивается и в качестве источника угрозы и манипулятивного воздействия со стороны институциональных структур экономической и политической власти, и, с другой стороны, обладает конструктивной перспективой обретения новых степеней свободы, позволяет перейти к более высоким жизненным стандартам, дает возможность выбора и т. д. Таким образом, технологическая инновация не является ни прогрессом, ни регрессом, однако сущность инновации проявляется в трансформации ценностного порядка, подвергающегося ее воздействию. Дискредитируя традиционные иерархические системы ценностей, инновация «заменяет их другими и вытесняет в сферу неценного, профанного и обыденного ровно столько же, сколько переводит из нее в сферу ценного, сакрального и избранного»².

Разнообразные технологии усиливают друг друга, образуя взаимосвязанную систему. Так, констатация смерти мозга – технология промежуточного масштаба, возникла как следствие развития реанимационных технологий, и обрела легитимность в связи с перспективами развития трансплантологии. Как практически любая биотехнология, эта технология не нейтральна. В нее встроены экономические и политические интересы, мировоззрение и ценности ее сторонников.

Общие социокультурные предпосылки научного обоснования концепции смерти мозга

«Смерть мозга наступает при полном и необратимом прекращении всех функций головного мозга, регистрируемое при работающем сердце и искусственной вентиляции легких. Смерть мозга эквивалентна смерти человека», – отмечается в Инструкции по констатации смерти человека на основании диагноза смерти мозга (2001 г.)³. Аналогичные определения смерти мозга приняты и законодательно легитимны в большинстве стран мира.

Принятие в большинстве стран мира концепции смерти мозга сопровождалось соответствующими культурно-технологическими процессами и своеобразными метафизическими потерями: прежде всего появлением новой семантики телесности, вызванной обострением проблемы человеческой целостности, телесной целостности. Тело не тождественно человеку, является его собственностью и инструментом – такова классическая парадигма восприятия телесности. В рамках этой парадигмы тело должно было соответствовать своему предназначению – быть орудием замыслов разума. Кроме того, оно воспринималось даже несмотря на инженерный картезианский подход, широко распространенный на Западе, в целом холистически, очевидно, испытывая влияние христианского взгляда на телесность, где значимость тела утверждалась в контексте веры в его преображение.

Целый ряд культурных и исторических процессов (мировые войны, технологический скачок, потребительский бум) обусловил формирование новой концепции человека – человека с разорванной психологией и разрушенной целостностью его тела. В искусстве это выразилось, например, в уменьшении целостных изображений живого человеческого тела⁴, придающем человеку черты фрагментарности. В литературе – в появлении «разорванной» психологии героя, увеличении сцен насилия и разврата. В философском дискурсе актуализировалась тема смерти и страданий и т. д., потери человеком своего места в мире, «разорванности» его бытия.

Телесность человека обретает новые границы, например, в связи с распространившимися генетическими исследованиями она рассматривается как информационная структура, в связи с развитием трансплантологии обсуждается проблема формирова-

ния коллективного тела. Развитие новых медицинских технологий потребовало проведения разносторонних исследований человеческой телесности. Однако «человеческое тело не только “объект” научного исследования или терапевтического действия, но также “плоть” конкретного человека – ее собственника⁵».

Однако возникает вопрос: как представлена собственность человеческого тела? В случае смещения границ человеческой телесности изменяется ракурс восприятия собственности.

Если тело – это информационная структура, генетические данные, то кто имеет право иметь доступ к ним, если органы тела обладают возможностью жить после смерти субъекта (в случае трансплантации органов), то где расположены границы собственности?

Кто будет субъектом собственности: индивид, его родственники или государство? Таким образом, современные биотехнологии предоставили новый прецедент обладания собственностью-телом – от непосредственного к дистанционному. Последний способ обладания собственностью вызвал массу этических и юридических коллизий, в особенности, связанных с защитой целостности человеческого тела, с неприкосновенностью его границ. Принцип целостности закреплен в различных международных правовых актах, в которых фиксируются те или иные аспекты категории прав человека.

Разрушение принципа целостности есть разрушение принципа неприкасаемости человеческого существа, невмешательства в его личное пространство свободы, попрание достоинства.

Следует отметить, что со времени своего появления (70-е гг. XX в.) проблема смерти мозга подверглась существенной депроблематизации. Если ранее, в период «закрепления» концепции смерти мозга, формирования нормативно-правовой базы в отношении проблем трансплантации и донорства органов, руководств по констатации смерти мозга она широко обсуждалась на мировоззренческом основании, то теперь критический подход к данной проблеме во многом обусловлен накопленным в рамках различных научных медицинских сообществ опытом, несоизмеримостью имеющихся клинических практик. M.Potts (2001)⁶ указывает на тенденцию дезинтеграции критериев смерти мозга: неврологическую, клиническую, социальную.

Сомнения относительно валидности концепции смерти мозга, возросшие за последнее десятилетие с повышенной частотой и интенсивностью, выражаются такими авторами, как D.Shewmon⁷; R.Veatch⁸, S.Youngner, E.Bartlett⁹ и др. Однако не менее существенным является такой фактор, как настороженное отношение к концепции смерти мозга со стороны потенциальных доноров, рядовых граждан, которые в массовом потоке информации не могут провести отчетливого различия между «мифами» о проблеме смерти мозга и достоверной информацией. Ситуация усугубляется неоднородностью точек зрения на данную проблему в рамках медицинского сообщества.

Многие западные авторы сходятся во мнении, что необходимо выработать единые критерии неврологической детерминации смерти, связывая это с существующими противоречиями и разногласиями по данной проблеме. В последние годы в литературе настойчиво звучат требования возвращения к циркулярно-респираторным критериям смерти, что подчеркивается в докладе Президентской комиссии по биоэтике (Вашингтон)¹⁰. Наличие массовых негативных стереотипов по отношению к концепту «смерть мозга» в практическом отношении выражается в снижении показателей органного донорства. В США, например, это вызвало потребность к переходу к новому этапу обоснования концепции смерти мозга, что и было предпринято членами Президентской комиссии по биоэтике. Развернутая аргументация, направленная на защиту концепции смерти мозга, была представлена медиками, философами, юристами, однако сам доклад демонстрирует неоднозначность, непрозрачность концепта «смерть мозга», сложность связанных с ним социокультурных коннотаций.

Обратим внимание еще и на следующий момент – резко отрицательное отношение к данному диагнозу даже в профессиональной среде. Несмотря на легитимный статус понятия «смерть мозга» во всем мире, существует несовместимость в отношении рекомендуемых клинических критериев и дополнительных тестов.

Различия в констатации смерти мозга в разных странах свидетельствует о расхождениях в понимании проблемы правовым юридическим сообществом и представителями клинической практики. Американский невролог E.F.Wijdicks¹¹, сравнив 80 руководств по констатации смерти мозга и проведя массу консультаций со спе-

циалистами из других стран по данной проблеме, с иронией отмечает существование противоречия между пониманием врачами того, что они должны делать при диагностике смерти мозга, и тем, что предписывает закон.

Двойной стандарт диагностики смерти, характеризующийся тем, что неврологические критерии смерти принимаются лишь в случае согласия на потенциальное донорство, ставит под сомнение научность самого диагноза и требует четкого и глубоко прояснения научных и социокультурных оснований концепции смерти мозга.

Итак, концепция смерти мозга подразумевает тщательное рассмотрение понятия легитимности новой концепции смерти. За понятием легитимности стоит проблема социокультурного и правового статуса смерти.

Идея методологически корректной дефиниции смерти должна соответствовать определенным условиям, фундаментальным основаниям. Польский исследователь Марек Вихровски выделяет два таких основания: 1) культурное согласование дефиниции смерти и 2) необратимость смерти.

Рассмотрим данные условия более подробно.

В отношении первого условия необходимо признать, что концепция смерти мозга – культурно обусловленная концепция. Научно обоснованный диагноз смерти мозга, воплощаясь в той или иной социокультурной среде, до сих пор несет на себе ореол культурных коннотаций, культурных стереотипов относительно понимания смерти. Они находят отражение в правовой культуре и закрепляются на законодательном уровне. Наличие четкого законодательства относительно констатации смерти мозга является свидетельством отсутствия культурно-технологического конфликта по отношению к технологической инновации – развитию трансплантологии. Это означает и наличие достаточного уровня развития медицины в данном государстве, и одновременно наличие ответов на определенные метафизические вопросы, которые ставятся в рамках конкретных дисциплин, прежде всего вопросы «что такое смерть» и «кого считать мертвым?».

Итак, культура неизбежно накладывает отпечаток на теоретическом осмыслении концепции смерти мозга. Как пишет М.Вихровски¹²: определение, чем является мертвое тело человека, должно быть согласовано с принятыми в данной культуре

убеждениями, которые не носят характера локальных предрас-судков, но глубоко укоренены в менталитете. Если, например, в цивилизации Запада считают, что тело человека, которое спонтанно дышит и сохраняет должную теплоту, не является мертвым, то следует исключить дефиницию, по которой можно признать этого человека неживым.

Само состояние научного знания оказывается подвержено воздействию социокультурных кодов – сущностных детерминант экзистенциального выбора, своеобразных маркеров определения человеческой сущности в качестве тела среди других тел или же чего-то большего, чем просто тело.

Как отмечают Т.Дэги и Р.Кауфман: «Дефиниция смерти базируется на субъективных стандартах, приоритетах и социальных конвенциях, а не на объективных фактах о состоянии человеческой физиологии. Хотя эти стандарты демонстрируют значительное сходство среди групп, это внешние стандарты, образованные идеями о благе сообщества, нежели идеями о благе индивида. Различия, которые существуют среди сообществ в целом редуцируются к вопросам о легитимности, а не о фактах. Таким образом, вопросы, стоящие в центре дебатов о смерти мозга, лучше выражаются следующим образом: “Кого мы должны считать мертвым”, а не “Кто является мертвым”»¹³.

Следующее достойное внимания условие М.Вихровски¹⁴ определяет термином необратимости. С ним связана проблема локализации смерти: «тело человека, по отношению к которому *lege artis* была установлена смерть, перестало функционировать как целое, а возвращение к состояниям, предшествовавшим смерти, ни в каком медицинском случае не является возможным. Необратимость должна сопровождаться точным определением, если можно так сказать, локализации смерти. Этот *locus* – это орган или группа органов тела, которые подвергаются мониторингу с целью определения момента, когда человек как целое подлежит – необратимо – дезинтеграции. Чтобы правильно определить время отключения важных органов, следует благоразумно, принимая во внимание все рациональные возражения и определяя исключения, разработать критерии смерти. Теперь остается подобрать к ним медицинские тесты, исполнение которых позволяет получить окончательный ответ – подтвердить либо отбросить предложение: этот вот человек мертв».

Итак, проблема определенным образом разрешается, если мы способны дать определенный алгоритм констатации смерти. Он включает в себя определение мониторируемых органов (локуса смерти), разработку критериев смерти и подбор медицинских тестов.

Локализация смерти в тех или иных органах связана прежде всего с технологическим прогрессом медицины, в особенности во второй половине XX в. Классическим локусом смерти являлись легкие и сердце. Критерием смерти было отсутствие спонтанного дыхания и работы сердца. Методы медицинского тестирования были направлены на выявление доказательства этого отсутствия и на исключение случаев обратимой летаргии.

Изобретение респиратора (железного легкого) в 1929 г. и искусственного вентилирования у детей, болевших полиомиелитом (в 1950–1960-х гг.), усовершенствование системы искусственной вентиляции легких – это основные этапы формирования нового локуса смерти как смерти мозга.

Решения по поводу того, считать кого-либо мертвым, включают научные и ненаучные факторы, характеризующие сменяющие друг друга фазы.

Первая фаза – эпистемная фаза, во время которой умирание и смерть исследуются на основании научной методологии в качестве физиологической реальности.

Вторая фаза – аналитическая фаза, во время которой доказательство анализируется в контексте оперантной системы убеждений (натуралистической или ненатуралистической, религиозной или секулярной), чтобы детерминировать ее сложность с уважением к убеждениям относительно жизни и смерти;

Третья фаза – имплементационная фаза (фаза осуществления). Во время нее результаты предварительных обсуждений анализируются с целью определить, может ли кто-либо считаться мертвым (как если бы он был мертвым)¹⁵.

В натуралистической модели научные признаки жизни подтверждаются. В ненатуралистической исследуется состояние души. Если она отсутствует, отсутствует жизнь; в секулярном смысле индивид, потерявший человеческую сущность, может считаться умершим.

Когда в 1968 г. Harvard Medical School опубликовал критерии необратимой комы, согласно которым пациент с серьезным поражением мозга признавался мертвым до остановки сердца (т. е. до

констатации биологической смерти), был определен новый locus смерти: органом, отмирание которого является достаточным доказательством смерти человека как целого, комиссия признала головной мозг.

Проблема смерти мозга в контексте категорий потенциальности и необратимости

Рассмотрим, какие узловые пункты концепции смерти мозга вызывают наиболее пристальное внимание научного сообщества и подвергаются тщательному осмыслению в современных дискуссиях о смерти мозга. Такие дискуссии актуальны, например, между врачами и юристами: врач рассматривает смерть как процесс, для юриста важно – человек в данный момент жив либо мертв.

Идея необратимости может быть рассмотрена многоаспектно и, соответственно, с различными практическими последствиями.

Обыденный язык связывает с необратимостью отсутствие возможности, отсутствие способности возврата. Как пишет E. Bartlett¹⁶, необратимый – это значит не способный быть возвращенным или возвратиться. Такое понимание «обратимости – необратимости» носит чисто формальный универсальный характер. Однако говоря о содержательном компоненте понятия необратимости, или, как его называет E. Bartlett, материальном, партикулярном, мы должны ввести понятие необратимости в контекст его использования (в нашем случае – медицинский) и тогда необратимость, интересующая нас прежде всего в своем отождествлении со смертью (необратимость как неотвратимость смерти), предполагает, например, потерю интегративной функции организма как целого.

Утверждение необратимости определенного состояния, в частности, необратимости прекращения функционирования мозга, в методологическом отношении означает, что мы должны найти реальные препятствия для того, чтобы состояние пациента было обратимым.

Другая позиция по отношению к проблеме необратимости связана с поиском абсолютных критериев необратимости и утверждением невозможности их найти применительно к пациентам, которым поставлена смерть мозга. Так, точка зрения D. Cole¹⁷, из-

ложенная в статье «Обратимость смерти», закрепляет за понятием необратимости следующий смысл: «то, что никогда не может быть отменено». Это строгое определение необратимости, и руководствуясь им, как считает D.Cole, **нельзя ни одного человека признать абсолютно мертвым**, поскольку мы не можем исключить вероятность того, что прогресс в медицине не даст шанс выжить такому человеку, «вернуть тело в очень плохом состоянии к жизни». D.Cole проясняет также слабый смысл необратимости, он означает «не быть обратимым сейчас». Однако, как считает D.Cole, **«необратимость сейчас» не предполагает, что кто-то будет находиться в таком же состоянии в следующий момент времени, неважно, как долго придется ждать этого момента.**

И слабый, и сильный смысл необратимости в контексте рассуждений, заданных D.Cole, имеют одинаковые практические последствия: мы не можем осуществлять забор органов у пациента, поскольку мы не знаем, в какой момент будет осуществлен прорыв в медицине, который сделает возможным продлить жизнь пациента.

Аргументации, идентичной аргументации D.Cole, **придерживается D.Shewmon**. В статье 1985 г. «Метафизика смерти мозга, устойчивое вегетативное состояние и деменция»¹⁸ он высказывает идею, что потеря способности регенерировать мозг – это не столько потеря человеческого существования, сколько преграда для актуализации особых человеческих возможностей, которая может быть преодолена технологическим путем. Необратимость прекращения всех функций головного мозга оказывалась не абсолютной, а зависящей от уровня развития науки, способной или неспособной вернуть человеку эти функции. Современный уровень развития медицины не позволяет излечиться больному со смертью мозга, однако это не означает, что подобная возможность будет отсутствовать и завтра в свете развития новых медицинских технологий.

Классический пример, на который опирается D.Shewmon, – прогресс в деле лечения катаракты. Еще век тому назад уровень развития офтальмологии не позволял излечиться больному с катарактой, однако потенция видеть не отсутствовала реально, но сохранялась в сетчатке, оптических нервах и мозге и ее реактуализация произошла, когда лечение катаракты средствами хирургии

стало рутиной. В свете интенсивного развития нейротехнологий может произойти реактуализация мозговой деятельности на новом уровне развития технологий лечения.

Однако для D.Shewmon остается спорным вопрос, произойдет ли реактуализация сознательной деятельности человека. Теоретически, если мозг сможет быть реконструирован (благодаря имплантированным трансформированным нейроблокам), пациент со смертью мозга может вернуть сознание и другие человеческие функции, хотя и, возможно, с чистым сознанием памяти и новыми чертами личности, зависящими от появления новых синаптических сетей. Для исследователя локализация потенции человеческого мышления в органе – слишком неплодотворное основание дальнейших манипуляций над человеческим естеством. Рассматривая его как результат деятельности организма, он подчеркивает, что мышление невозможно без мозга, но так же оно невозможно и без тела, в котором пребывает мозг.

Вопрос о легитимности концепции смерти мозга, таким образом, затрагивает прежде всего вопрос о том, какой смысл мы вкладываем в понятие «личность», в понятие «человек», а также он ставит проблему прояснения того, что представляет собой человеческое сознание и человеческое тело и каким образом дефиниции этих понятий соотносятся с такой особой частью человеческого тела, как мозг. В призме этих проблем появляются более частные вопросы, например такие, как: не подразумевает ли наличие остаточной клеточной активности мозга (что является характерным для пациентов со смертью мозга) наличие определенных впечатлений, и тем самым редуцированной сознательной деятельности? и в связи с этим как на основании наших недостаточных знаний о деятельности мозга и сознании человека делать выводы о его прекращении? какими методами можно доказать потерю всех функций мозга, принимая во внимание тот факт, что не все функции мозга известны и измеримы и используемые методы диагностики носят вероятностный характер?

Вопрос о признании кого-то в качестве определенности, наделенной теми или иными характеристиками, которые могут позволить считать то или иное существо в качестве личности, всегда осложняется бесчисленным множеством определений личности. Они всегда специфицированы контекстом исследования: богос-

ловским, философским, медицинским, психологическим и многими другими. Личностью может считаться и душевно-телесная целостность, обладающая сознанием, и субъект как носитель души (духа), который должен постоянно превосходить свой физический статус в мире, чтобы обретать себя в качестве личности. С другой стороны, основанием личности могут стать такие онтологические характеристики, которые отсылают к чисто физическому срезу существования. Те характеристики, которые могут считаться доличностными или неличностными в одних контекстах рассуждения, оказываются значимыми для конституирования личности для других.

D.Shewmon понимает личность в качестве субстрата изменяемых персональных характеристик, памяти, силы рассуждения и т. д. Это субстанциальный взгляд на личность. Основой личности становится не столько моральная, сколько онтологическая реальность – то сущее (телесное), с которого начинается человек. Физическая идентичность является определяющей для определения человека. Из биологической перспективы соматического интегративного единства, собственно тела, живой телесности утверждается жизнь личности, даже если ментальные функции личности парализованы мозговым лизисом, поскольку потенция для этих функций остается в организме, а не в органе. Таким образом, смерть мозга не вызывает ни потери соматического интегративного единства, ни потери существенных человеческих черт, т. е. потери потенции специфических человеческих функций, потенции на самом глубоком онтологическом уровне, на котором детерминировано появление (или отсутствие такового) субстанциального изменения.

Итак, быть живым членом человеческого биологического вида – своего рода претензия на бытие личностью, надежное его основание (*sufficient for being a person*), в то время как существа, включая пациентов со смертью мозга, имеют потенцию для специфически человеческих функций – интеллекта и воли¹⁹.

Эта точка зрения, по мнению J.Lizza²⁰, отрицает аристотелевский взгляд на потенциальность, которого придерживался D.Shewmon в своих ранних работах. В соответствии с данным взглядом в каждой вещи существуют потенции, своего рода «*requisite antecedents*», которые могут быть актуализированы при

определенных условиях. Внешние условия и внутреннее состояние субстанции становятся необходимыми детерминантами реализации потенций.

Представляется, что обозначенная выше позиция D.Shewmon выглядит более осторожной: он отказывается от неврологического критерия смерти, поскольку полагает, что его использование не позволит выдержать условие необратимости в дефиниции смерти. Диагноз смерти мозга не позволяет сделать заключение о том, что данное состояние никогда не может быть вылечено. Логичным, однако, выглядит и отказ D.Cole от кардиореспираторного критерия, который также опирается на идею необратимости. Он приходит к выводу, что необратимость не может быть частью обычной дефиниции смерти. Ни один критерий не может удовлетворить такому определению смерти, составной частью которого является понятие необратимости²¹.

J.Lizza, подвергая критике идеалистическую позицию D.Shewmon, утверждает, что не стоит недооценивать влияние внешних условий для актуализации определенной потенции. Экстраполируя этот тезис в контекст исследования проблемы смерти мозга, J.Lizza утверждает, что поскольку у нас отсутствуют знания и технологии лечить определенные состояния, то у пациентов в этом состоянии нет потенциала быть вылеченными. Проводя достаточно грубую аналогию с желудком, который обладает потенциальностью превратиться в дуб при наличии соответствующих условий и не может актуализировать эту потенцию при условиях, препятствующих этому (например, будучи съеден свиньей), J.Lizza искусно вводит эту аналогию в трансплантологический контекст: желудок, будучи съеденным свиньей, все еще имеет потенциал развиваться в дуб, если мы сможем вытащить желудок и *трансплантировать его в более подходящие условия*. Эта аналогия носит подчеркнуто редуccionистский характер.

В рамках данного подхода человеческое тело сознательно отождествляется с любым телом природы. Оно не больше чем место для реализации природных процессов и не обладает никакими гарантиями от внешней эксплуатации. Задаче определения смерти на основании диагноза смерти мозга оказывается релевантно строго определенное понятие тела как абстракции на уровне биологически оформленного организма.

Итак, основная аргументация J.Lizza направлена против беспорядочного смысла потенциальности, на его конкретизацию рамками тех условий, в которых оно может раскрыться. Если мы признаем способность возвращения сознания у пациента со смертью мозга, чье тело фактически обезглавлено, то почему не можем признать этой способности, атрибутировать этот потенциал всем другим живым существам? Почему «возможность изменить гены животного, сделать его обладающим сознанием и рациональностью кажется более далекой, чем возможность восстановления сознания искусственно поддерживаемого, обезглавленного человеческого тела»?²².

Аргументация на базисе видовой принадлежности затрагивает очень сложные в технологическую эпоху вопросы: «когда человек прекращает быть членом своего вида?», «собственно каковы рамки человеческого?», «являются ли искусственно поддерживаемое человеческое тело со смертью мозга или гипотетически поддерживаемое обезглавленное человеческое тело живыми членами человеческого вида или они лишь вещи, обладающие признаками жизни?». J.Lizza достаточно категоричен в своей оценке: такие люди не могут считаться людьми в полном смысле этого слова. Он признает важность неокортикальной дефиниции смерти, которой придерживался D.Shewmon в своих ранних работах и, воспользовавшись идеей Аристотеля о том, что материя должна быть расположена определенным образом, чтобы быть одушевленной, т. е. необходимы определенные физические условия для актуализации потенциальности, утверждает: потенциал для сознания необходим для личности и частный биологический субстрат необходим для этого потенциала. Тело перестает быть очеловеченным, будучи помещенным в новые технологические условия.

Представленные выше позиции и D.Cole и D.Shewmon интересны еще и в другом ракурсе рассуждений, в связи с постановкой проблемы эвтаназии. Противники эвтаназии зачастую руководствуются именно такого рода темпоральными аргументами, указывая на возможность технологического прорыва в медицине, который сможет помочь безнадежным больным в любой момент времени пребывания их в безнадежном состоянии. В таких ситуациях наблюдается зеркальная ситуация: прекращение нормального функционирования тела при сохранной сознательной деятель-

ности. Сближение проблем эвтаназии и смерти мозга происходит в отношении практики отношения к детям-анэнцефалам. Так, в случае нарушения мозговой деятельности или при отсутствии таковой (у детей с врожденной анэнцефалией) аргументация в пользу эвтаназии приобретает более выраженный характер и технологический оптимизм уступает место технологическому прагматизму, легитимирующему или забор органов от таких пациентов (донорство от детей-анэнцефалов является легитимным, например, в Италии), или ратующему за легитимацию нового критерия смерти (как смерти высшего мозга).

Итак, границы разумности для определения человеческой идентичности предстают не оформленными – выбор в пользу разума как маркера специфически человеческого существования (выбор в пользу легитимности концепции смерти мозга) может быть скорректирован в границах самого разума в пользу высших его проявлений – наличия постоянной сознательной деятельности.

Однако этические баталии за определение сущности человеческого, как уже было продемонстрировано на основе взглядов D.Shewmon, не ограничиваются сугубо рационалистическими трактовками. Вопрос о выборе приоритетов между персональной идентичностью и идентичностью физической в пользу последней в конце 1960-х гг. получил серьезную поддержку со стороны ведущего немецкого этика Г.Йонаса

Ганс Йонас впервые выразил свою критическую позицию по отношению к концепции смерти мозга в сентябре 1968 г. на Конференции «Этические аспекты исследований на человеке» в качестве ответа на публикацию Гарвардской комиссии относительно исследования дефиниции смерти мозга. Он обратил на следующие пункты, требующие пристального внимания всего медицинского сообщества:

человеческое незнание границ между жизнью и смертью делает невозможным определение границ между ощущением и потерей ощущения и исключением человеческого страдания;

пациент должен быть абсолютно уверен, что его врач не является палачом и ни одна дефиниция не должна позволить стать им. Человек имеет право на свое собственное тело со всеми своими органами.

Г.Йонас оценивал дефиницию смерти мозга в качестве странной натуралистической реинкарнации старого дуализма души и тела в смысле репрезентации истинной человеческой личности в мозге, и в отношении к нему оценку тела в качестве исправного инструмента. В противовес этой позиции он утверждает, что тело, являясь телом мозга, так индивидуально, и с таким же своеобразием относится к идентичности, как собственно контролирующий мозг.

Концептуальная непроясненность диагноза смерти мозга артикулирует проблему нового статуса знания как категории не только гносеологической, но прежде всего этической. Знание, как отмечает Г.Йонас в своем знаменитом труде «Принцип ответственности», делается нашей настоятельной обязанностью, причем оно должно быть соразмерно каузальным масштабам нашей деятельности. «Признание неведения становится тогда оборотной стороной обязанности знать и через это – частью этики, которая призвана подвигнуть нас на делающий все более настоятельным самоконтроль за собственной непомерной мощью²³». Применительно к рассматриваемой нами проблеме смерти мозга следует принять во внимание следующее методологическое кредо: логическим следствием нашего незнания, полагал Г.Йонас, должно стать принятие максимальной дефиниции (лучше сказать: определения признаков) смерти, т. е. смерть человека – это «смерть мозга плюс кардиологическая смерть плюс те признаки, которые являются значимыми²⁴» (1987 г.).

Разнообразие критериев значимости, порядков значимости, в соответствии с которыми подвергается оценке существование человека, характеризует его собственный уникальный способ участия в бытии-в признании²⁵. Выдвижение на первый план в конституировании идеи человека сознательной деятельности, или способности быть инициатором собственных действий, а потому вменяемым существом, или возможности помнить себя и отражать синтез воспоминаний в личностной биографии – это все критерии значимости, которые формируют картину человеческого бытия. Вместе с тем есть еще один порядок признания человеческого (порядком значимости), который будет уместно упомянуть именно в связи с проблемами констатации смерти мозга и донорства органов. Это – дар.

Дар отсылает к субъективности, которая его осуществила. В даре даже непризнанный обществом субъект обретает свою субъективность. Тот, кто способен дарить, не сводится к своему телу, даже если считается исключительно им (как в случае анэнцефалических новорожденных или просто пациентов, у которых констатирована смерть мозга). Общество, забирая и распределяя донорские органы, и концептуально поддерживая идею дара (донорства), изымая этот дар живой материи, необходимый для жизнеобеспечения теряющей себя субъективности (реципиента), осуществляет процесс конституирования утраченной или необретенной субъективности (пациента со смертью мозга или больного анэнцефалией), поскольку тот, кто способен приносить свое собственное существование в жертву (дар) является лицом, а не вещью, обладает тем порядком значимости, который делает его субъектом.

Итак, казалось бы, узкомедицинская проблема смерти мозга теряет свой частный характер и предстает в качестве проблемы, соразмерной духу технологической эпохи. Понятие «человек» терпит фиаско в свете появившихся новых медицинских технологий, или испытывается на прочность запас человечности современного человека.

Наше вмешательство в естественный процесс событий может требовать формирования нового понимания того, что такое человек, расширять, а возможно, наоборот, сужать его границы. Новые пределы человеческой идентичности оформляются в связи с вынужденными фактами технологического конструирования человеческих существ, онтологический статус которых оформляется на границе «между» человеческим и нечеловеческим. Так, J.Lizza говорит о том, что «искусственной поддержкой человеческих тел со смертью мозга или гипотетически обезглавленных человеческих тел мы вмешиваемся в историю жизни организма таким радикальным образом, что мы создаем новые виды существ и что мы должны признать, что человеческое существо умерло. Таким образом, хотя потенциал для интеллекта и воли связаны с видовым членством, сомнительно, что такое искусственно поддерживаемое тело может считаться членами этого вида». Однако человеческое тело даже нормального, стандартного человеческого существа, как правило, не редуцируется к телу вида, человеческая телесность направлена на преодоление самой себя как исключительно продукта

природы, она, как отмечает Г.Плеснер²⁶, эксцентрична, переступает природные границы, положенный ей природой топос. Поэтому скорее имеет смысл рассуждать о возможности трансформации видового самопонимания, об особенностях его формирования в технологическую эпоху.

Если потенциальность имеет ступенчатую градацию, имеет свои онтологические уровни актуализации, тогда возникает серьезная проблема: какой смысл потенциальности является актуальным для неврологической дефиниции смерти. В связи с такой постановкой вопроса рефлексия относительно онтологического статуса этих живых существ является чрезвычайно важной. От принятой конвенции относительно онтологического статуса тела зависит социальная прагматика действий. В связи с этим можно выработать четкую, однако очень осторожную и фактически бездейственную позицию: поскольку предмет «определение смерти» – часть этической задачи, мы не должны искать большего уточнения, чем может позволить предмет и признать, что мы в области возможностей, а не определенностей²⁷. Невозможность уточнения предмета (определения смерти) – это капитуляция классической этики перед совокупностью нерешенных проблем технологического общества. Тот факт, что событие смерти в технологическую эпоху теряет свой естественный характер, лишь означает, что в рамках поставленной этической задачи ее невозможно решить классическим образом. И в связи с этим приходится расширять границы этического в свете новых данных науки.Arteфактность смерти требует инновационного подхода в акте ее этической оценки.

Очевидно, что в классической этике сам феномен этической задачи имел масштаб, несоразмерный с духом эпохи технологий, подрывающей саму возможность устойчивой, «застывшей» этики. Решение этической задачи в контексте развития новых медицинских технологий всегда оказывается половинчатым, нуждающимся в перманентной рефлексии.

Осмысление проблемы смерти мозга упомянутыми выше исследователями, прежде всего, обращено к проблеме сохранения прав человека, точнее, его права на жизнь в ситуациях, когда, казалось бы, выгода от осуществленного действия (спасение жизни другого человека) перевешивает возможные риски (например, риск ошибочной диагностики смерти мозга).

В современном мире различные подходы к диагнозу смерти мозга отражают две несовместимые онтологические ситуации, когда диагноз смерти мозга может рассматриваться то как состояние эквивалентное смерти человека, то как состояние тождественное жизни. Отсутствие единого концептуального базиса концепции смерти мозга, разнообразие концептуальных претензий к данному диагнозу в практическом отношении (даже под прикрытием благих целей развития трансплантологии) приводит к парадоксально-глупой ситуации: абстрактный пациент, виртуально присутствующий на койках больниц разных стран мира в одно и то же время может считаться где-то живым, где-то умирающим, а где-то уже частью тела другого пациента.

Критерий смерти мозга в Российской Федерации принят лишь формально, современный философский и научный контекст об эквивалентности смерти мозга смерти человека в свете накопленного опыта диагностики, а также в свете существующих аномалий стандартной парадигмы смерти мозга совершенно иной. Кроме того, нельзя просто так отбросить в сторону аксиологическую и этическую составляющую данного диагноза. Как отмечал А.М.Гурвич: «...даже оставляя пока в стороне вопросы, связанные с трансплантологией, следует тем не менее признать, что важнейшей этической проблемой на долгие годы, если не на десятилетия, останется отношение всего общества к новому понятию смерти... с этической точки зрения тот факт, что для многих людей смерть знаменуется остановкой сердца, ни в коем случае не может быть отброшен, поскольку это представление в настоящее время бытует в огромной части человеческого общества и пренебрежение мнением этих людей аморально»²⁸.

Примечания

- ¹ Гройс Б. Инновация как вторичная обработка // <http://kosilova.textdriven.com/narod/studia/groyce.htm>.
- ² Там же.
- ³ Приказ Минздрава РФ от 20 декабря 2001 № 460 «Об утверждении инструкции по констатации смерти человека на основании диагноза смерти мозга».
- ⁴ *Ортега-и-Гассет Х.* Дегуманизация искусства // Восстание масс. М., 2007. С. 207–268.

- ⁵ *Тищенко П.Д.* Геномика: новый тип науки в новой культурной ситуации.– <http://biomediale.ncca-kaliningrad.ru/?blang=ru&author=tischenko>.
- ⁶ *Potts M.* // J.Med. and Philos. 2001. Vol. 26. № 5. P. 479–491.
- ⁷ *Shewmon D.* // Neurology. 1998. Vol. 51. P. 1538–1545.
- ⁸ *Veatch R.M.* // J.Thanatolgy. 1975. № 3. P. 13–30.
- ⁹ *Youngner S.J., Bartlett E.T.* // An. Int. Med. 1983. Vol. 99. P. 252–258.
- ¹⁰ *Controversies in the Determination of Death. The President's Council on Bioethics.* Washington (D.C.), 2009.
- ¹¹ *Wijdicks E.F.* // Neurology. 2002. Vol. 58. № 1. P. 20–25.
- ¹² *Вухровски М.* Право на жизнь. Варшава, 2005.
- ¹³ *Dagi T.F., Kaufman R.* // J.Med. and Philos. 2001. Vol. 26. № 5. P. 503–525.
- ¹⁴ *Вухровски М.* Право на жизнь. Варшава, 2005. С. 20.
- ¹⁵ *Dagi T.F., Kaufman R.* // J.Med. and Philos. 2001. Vol. 26. № 5. P. 503–525.
- ¹⁶ *Bartlett E.T.* Differences between death and dying // J. of Medical Ethics. 1995. 21(5). P. 270–276.
- ¹⁷ *Cole D.J.* The reversibility of death // J. of Medical Ethics. 1992. 18(1). P. 26–30.
- ¹⁸ *Shewmon D.A.* The metaphysics of brain death, persistent vegetative state, and dementia // Thomist. 1985. 49(1). P. 24–80.
- ¹⁹ Ниже мы более подробно остановимся на методологии и базовых посылках рассуждения А.Шевмон.
- ²⁰ *Lizza J.P.* Potentiality, Irreversibility, and Death // J. of Medicine and Philosophy. 2005. 30:1. P. 45–64.
- ²¹ *Cole D.J.* The reversibility of death // J. of Medical Ethics. 1992. 18(1). P. 26–30.
- ²² *Lizza J.P.* Potentiality, Irreversibility, and Death.
- ²³ *Йонас Г.* Принцип ответственности (http://makhankov.ucoz.ru/load/tekst_russkogo_perevoda_knigi_jonasa_quotprincip_otvetstvennostiquot/1-1-0-15).
- ²⁴ *Jonas H.* Gehirntod und menschliche Organbank: Zur pragmatischen Umdefinierung des Todes. in: ders., Technik, Medizin und Ethik. Zur Praxis des Prinzips Verantwortung. Suhrkamp, Frankfurt a/M., 1987.
- ²⁵ См.: *Рикёр П.* Путь признания: три очерка. М., 2010.
- ²⁶ *Плеснер Х.* Ступени органического и человек. Введение в философскую антропологию (<http://www.musa.narod.ru/ples1.htm>).
- ²⁷ *Lizza J.P.* Potentiality, Irreversibility, and Death.
- ²⁸ *Гурвич А.М.* Стойкие вегетативные состояния и смерть мозга // Биомедицинская этика / Под ред. В.И.Покровского. М., 1997. С. 189–197.