

УДК 008:316.42

ТРАНСПЛАНТАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ И ДОНОРСТВО ОРГАНОВ: КУЛЬТУРНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ

**ВОЛКОВ
АЛЕКСЕЙ
ВЛАДИМИРОВИЧ**

*доктор философских наук,
заведующий кафедрой философии и культурологии,
Петрозаводский государственный университет,
кафедра философии и культурологии,
Петрозаводск, Российская Федерация,
philos@petrsu.ru*

Ключевые слова:

сознание
идентичность
трансплантационные технологии
донор
реципиент
культура
общество

Аннотация:

Цель исследования – реконструкция базовых представлений о континууме сознание-тело, лежащих в основе трансплантационных технологий. Опираясь на современные исследования, автор показывает, что в основе применения трансплантационных технологий лежат амбивалентные представления: с одной стороны, ткани и органы, выступают сугубо биологическими сущностями, а с другой стороны, они же имплицитно в себе значения личностной, культурной идентичности субъекта. Учет данной амбивалентности позволяет уяснить, что от пациента трансплантация требует освоения опыта интертелесности – способности переходить от одной телесной идентичности к другой, а от врача – умение работать с интенциональной сферой человеческого сознания. Опираясь на ряд кросскультурных исследований, автор также показывает, что понимание смерти, тела и идентичности субъекта зависит от социокультурного контекста, в котором используются трансплантационные технологии.

© 2020 Петрозаводский государственный университет

Получена: 16 июля 2020 года

Опубликована: 23 августа 2020 года

ТРАНСПЛАНТАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ И ДОНОРСТВО ОРГАНОВ: КУЛЬТУРНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ

Введение

Вторая половина XX – начало XXI века ознаменовалась стремительным развитием биомедицинских технологий. Этические и правовые вопросы, порожденные данными технологиями, уже стали предметом пристального внимания со стороны биоэтики. Между тем биомедицинские технологии, стимулируют развитие и психологической рефлексии, а именно, – побуждают выявлять те устойчивые представления о человеческом теле, сознании, личности, которые сопровождают распространение и применение данных технологий. Целью настоящей статьи является реконструкция некоторых, наиболее существенных представлений о континууме сознание – тело, лежащих в основе современных трансплантационных технологий. При этом особый интерес вызывает следующее обстоятельство: с чисто технической точки зрения объекты трансплантации – органы, ткани являются сугубо биологическими сущностями, напрямую никак не связанными с идентичностью их субъекта носителя и

поэтому свободно отделяемые от одного тела (донора) и инкорпорируемые в другое тело (реципиента). Что касается донора и реципиента тканей и органов, то с их точки зрения складывается иная картина: человеческие ткани и органы имплицитно в себе значения личностной, социальной идентичности и в этой связи трансплантация проблематизирует привычное для индивида совпадение границ его тела с границами его Я. Как это возможно? Для понимания данного обстоятельства следует обратиться к осмыслению такой реальности как человеческое тело.

Основная часть

Безусловно, каждый случай связанный с посттрансплантационными изменениями идентичности, обладает своей индивидуальной спецификой. Однако это не отменяет той общности, которая просматривается за этим индивидуальным многообразием. Так в случае трансплантации внутренних органов, коими выступают почки или сердце, предметом оживленных фантазий реципиентов становится личность донора, его внешний облик, характер, профессиональное занятие. Некоторые из реципиентов отождествляют себя с неизвестным донором, переживают глубокое чувство вины перед ним и его семьей [3; 11]. В тех случаях, когда реципиент и донор являются представителями различных полов и рас первые, как правило, испытывают страх быть поглощенным чужой гендерной, расовой идентичностью. Наконец, следует обратить внимание и на то, что мотивация к донации органов варьируется в зависимости от тех смысловых, символических связей, которые установлены между органами тела и человеческим «Я». Речь идет о том, что в восприятии субъекта различные части тела представляют различную степень отнесенности к «Я». В частности сердце, мозговая ткань, гениталии воспринимаются в весьма тесной связи с «Я» и поэтому мотивация к их донации наталкивается на препятствия, а вот применительно к почкам и печени эта связь переживается менее остро и как следствие этого мотивация к донации этих органов повышается [10].

В свете сказанного нельзя не обратить внимание на тот неожиданный, поистине фантастический разворот, который приобрела тема посттрансплантационных изменений личности в последнее время. По сути, речь идет о тех случаях, когда пациенты, которым трансплантировались чужие органы и прежде всего сердце, переняли у своих доноров отдельные черты характера, вкусы в еде, музыке, предпочтения в проведении досуга и даже сексуальное поведение. Как относиться к подобным выводам? Некоторые ученые полагают, что человеческое сердце содержит информацию, которой руководствуется мозг. В этой связи, когда сердце трансплантировано в организм реципиента, то информация, запасенная в этом органе, передается получателю и реципиент наследует черты и привычки своего донора. Сказанное можно отнести к рассуждениям представителя «энергетической кардиологии», сторонника теории клеточной памяти Г. Шварца [8]. В основе его воззрений лежит представление об электрических импульсах как подвижных переносчиках информации и сердце как источнике мощного электромагнитного поля. Предполагается, что после того, как донорское сердце поступает в организм реципиента, информация, запасенная в органе, передается реципиенту. Оценивая подобные рассуждения, стоит заметить, что на примере Г. Шварца мы сталкиваемся, по-видимому, с одним из самых распространенных гносеологических заблуждений – ошибкой отождествления материальных носителей информации – сигналов (электрических импульсов) с самой информацией (субъективными психическими проявлениями). Несмотря на то, что информация действительно не может существовать вне материальных носителей, тем не менее, она относительно независима от их материальной формы. Это означает, что из материальной природы сигналов – носителей информации – совсем не вытекает, какие сведения содержатся в сообщении.

С учетом сказанного полагаем, что среди объяснений посттрансплантационных личностных изменений большим доверием обладают те объяснения, которые апеллируют к взаимодействию биологических (медикаментозных) и психологических факторов. Как известно, пациенты, которым трансплантировано донорское сердце, должны принимать различные лекарства (как до, так и после операции), в том числе лекарства, подавляющие иммунологическое отторжение. Все эти медикаментозные средства могут иметь еще слабо изученные побочные действия, например, изменения вкусов и привычек в питании. Хирург Д. Панч приводит на этот счет следующую аргументацию. По его мнению, побочные эффекты от приема лекарств при трансплантации могут заставить людей чувствовать себя не такими, какими они были до операции. Например, лекарственный препарат «Преднизон» вызывает чувство голода. Утолив голод с помощью печенья, пациент впоследствии узнает, что его донор любил этот продукт. В итоге у реципиента может сложиться представление о том, что между его желанием съесть кондитерское изделие и вкусовыми предпочтениями донора есть связь. Постоперационное психологическое состояние зачастую способствует образованию подобного рода связей. Дело в том, что многие пересадки органов планируются и выполняются только тогда, когда

неизбежна смерть пациента. И после успешной операции многие задумываются: «Я жив благодаря человеку, который погиб. Как я должен жить, чтобы оправдать эту его невольную жертву? Что он любил при жизни, что он одобрил бы в моем поведении» [2]. Наконец, достаточно и просто случайного совпадения, чтобы у пациента возникло убеждение в том, появившаяся потребность является унаследованной от донора. Представим следующую ситуацию. Пациент смотрит ТВ-шоу во время восстановления после трансплантации, которое показывает, как пожилые люди катаются на роликах. Он впечатлен увиденным, но пока не принимает сознательного решения повторить увиденное, ибо пока еще не оправился от пересадки. Несколько месяцев спустя пациент ходит по магазинам, видит ролики и решает попробовать покататься. Катание проходит успешно и доставляет ему удовольствие. Впоследствии пациент узнает, что его донором был молодой человек, который любил ролики. Легко понять, как пациент и его семья может поверить, что новый орган сделал нечто для обретения любви к роликам. В действительности, однако, единственное, что новый орган дал, так это здоровье, которое и позволило прокатиться на роликах, а сама идея пришла из телешоу, которое к этому времени уже забыто.

Разумеется, было бы ошибкой считать, что трансплантационные технологии оказываются источником проблематизации отношения «тело – идентичность – личность» только для реципиентов. В определенном смысле это касается и донорской стороны. Речь идет о членах семьи донора. Данное обстоятельство будет легче понять, если обратиться к феноменологической психологии. Как известно, с феноменологической точки зрения всеобщей, аподиктической достоверностью обладает не существование предметов самих по себе, но осознание этих предметов. Так, ссылаясь на такие явления как сны и галлюцинации, вполне можно указать, что некий предмет или человек, на который мы смотрим, не существует. И тем не менее, поскольку сознание интенционально, то невозможно, чтобы данный предмет (или человек) не существовал в виде интенционального объекта, то есть в качестве части того акта сознания в котором он осознается в качестве видимого. Говоря об интенциональности, феноменология, по сути, выделяет смысловую сферу сознания, и именно эта сфера заявляет о себе в контексте тех изменений, которые претерпевают понятия «тело», «идентичность» у членов семьи донора.

«Я знаю, он не умер. Он живет в других людях, которые вокруг меня. Он просто не со мной, но в них... Знать, что смерть моего сына смогла помочь другим людям выжить – это большое утешение...» [5: 136].

Приведенные слова, принадлежащие отцу мальчика, чье тело стало источником донорских органов, демонстрирует распространенную в Америке ситуацию. А именно в сознании близких, прежде всего родителей, умерший донор обретает смысл живой личности, продолжающей существовать духовно в теле другого человека. При этом вряд ли появление такого интенционального объекта – «донор, живущий в теле реципиента» было бы возможным в отсутствие определенных условий его (объекта) конституирования. К числу подобных условий относится не только индивидуальные особенности человека (отца или матери), которого постигла утрата (например, система ценностей в которой духовное обладает приоритетом над материальным), но и организационный, институциональный контекст, в котором осуществляется донация органов. В частности в США организации, осуществляющие донацию органов, регулярно устраивают встречи, на которых поддерживается особый тип дискурса, утверждающий, что доноры – это герои, обретшие духовный модус существования. Имеющиеся данные говорят, что периодическое участие членов семьи донора в подобного рода встречах формирует у последних чувство внетелесного, но осязаемого присутствия умершего донора. В целом можно сказать, что, как для членов семьи донора, так и для реципиентов характерно ощущение глубокой, неразрывной связи, переживание себя частью некой фундаментальной духовной общности, целостности. В одном из интервью американская женщина, перенесшая пересадку двух почек, назвала своих доноров «ангелами». Их незримое присутствие сопровождает ее везде и повсюду. При этом и сама реципиентка мыслит свое будущее существование аналогичным образом: в будущем, когда придет время умирать, она тоже станет донором, «ангелом» для кого-нибудь [7: 122]. Таким образом, вовсе не случайно, что для многих реципиентов донорских семей большое значение имеет их активное участие в жизни трансплантационных центров и учреждений. Организация памятных мероприятий, работа в группах по защите интересов доноров, помощь в уходе за больными, ожидающими операции – это и многое другое формирует у реципиентов и доноров чувство включенности в коллективную духовную общность. По сути, речь идет о складывании такого образа тела, границы которого превышают пределы отдельного, единичного субъекта, индивидуальности.

Все вышесказанное заставляет нас обратить серьезное внимание на социокультурный контекст, в котором существуют и функционируют биомедицинские технологии. Дело в том, что общество и культура активно влияют на то, что будет рассматриваться в качестве приемлемого, допустимого, «нормального» в рамках трансплантационной практики. Более того, само отношение человека к жизни и смерти формируется именно с учетом влияния социокультурного контекста и имеет сегодня важное значения для развития трансплантационных технологий и мотивации донорства органов. Как известно, не смотря на то, что живые доноры являются по-прежнему важным источником парных органов для трансплантации, тем не менее, интенсивное распространение трансплантационных технологий напрямую связано с изъятием органов у пациентов с диагнозом «смерть мозга». Сам термин «смерть мозга», обозначающий тотальный некроз головного мозга, при обеспечении сердечной деятельности и газообмена с помощью искусственной вентиляции легких, широко распространен в мировой медицинской практике. Однако как показывают кросс-культурные исследования значение данного термина претерпевает определенные изменения в зависимости от социокультурных условий [1]. Так в Северной Америке понятие «смерть мозга» давно стало частью рутинной медицинской практики и донорство органов, получившее импульс в связи с введением данного понятия, успешно согласуется с культурными установками данного региона – ценностями благотворительности и милосердия. Иная ситуация сложилась в Японии. Там донорство от пациентов с диагнозом «смерть мозга» было легализовано только в 1997 году. Среди причин препятствующих распространению понятия «смерть мозга» в Японии можно назвать скандальное наследие первой японской пересадки сердца. Тогда, в 1968 году пересадка сердца прошла неудачно, пациент умер, а хирурга в судебном порядке обвинили в убийстве. В Японии надолго развернулись дискуссии о том, что считать критериями смерти. Однако главная причина лежит, по-видимому, в плоскости культуры. Понятие «смерть мозга» задает понимание смерти как некоего точечного события, фиксация которого является исключительно делом медиков-профессионалов, тогда как в Японии издавна смерть воспринималось скорее как процесс для признания и оценки которого важно мнение и согласие семьи пациента. Примечательно, что сегодня в Японии пациенты с диагнозом «смерть мозга» рассматриваются как умершие только в том случае, если они выразили письменное согласие на донорство органов, прежде чем они попали в кому. При этом подобное согласие должно быть подписано и кем-нибудь из членов семьи пациента. В отсутствие письменного согласия пациент не может быть признан умершим и отключен от системы искусственной вентиляции легких. Отключение возможно только после того, как будет зафиксирована остановка сердцебиения, либо по просьбе семьи пациента [6]. Кроме того обращает на себя внимание тот факт, что для многих японцев когнитивный статус пациента не является предметом первостепенной важности, поэтому если пациент пребывает в состоянии необратимой утраты сознания, однако в биологическом смысле его жизнь продолжается, то признать его умершим нельзя. В отличие от Европы и Америки, где подразумевается жесткая привязка человеческой личности к точечному центру – разуму и мозгу, в Японии личность как бы диффундирует в рамках тела в целом и даже превышает его пределы. В этой связи такое событие как «смерть мозга» не влечет за собой естественно и автоматически признание смерти индивида. Наконец, к сказанному можно добавить и то, что идея альтруистического пожертвования органов не согласуется с распространенным в японской культуре представлением о том, что дар предполагает, требует ответное отдаривание. Принять дар, не имея возможности предложить нечто в ответ, значит взять на себя невыносимую тяжесть непоплатенного долга.

Взаимосвязь человеческого тела и личности – это еще один аспект, в рамках которого явственно просматривается социокультурное измерение трансплантационной практики. В принципе для специалистов-трансплантологов привычно и естественно придерживаться механистической трактовки человеческого тела, в рамках которой тело выступает как объект, состоящий из безличных, подлежащих замене частей. В таком же объективистском духе культивируется и мышление реципиентов чужих органов [9]. Те из пациентов, кто склонен наделять пересаженный ему орган с донорскими чертами и идентичностью, часто рассматриваются как носители психических отклонений. В то же время, как мы уже видели на примере американского опыта, для того, чтобы повысить мотивацию на пожертвование органов (особенно со стороны тех семей, в которых имеются пациенты с диагнозом «смерть мозга»), медицинские специалисты прибегают и к анимизирующему типу дискурса, поддерживая представления о том, что донация органа близкого, любимого человека продолжает его жизнь в теле другого человека.

Несколько иной, контрастирующий с американским подход к взаимосвязи тела и идентичности, сложился в рамках немецкой трансплантационной практики. В отличие от своих американских коллег немецкие специалисты гораздо в большей степени склонны подчеркивать специфику человеческих

органов, которая связана с индивидуальной идентичностью их носителя, донора. Установка и потребность видеть в человеческом теле не просто обезличенный механизм, но продолжение индивидуальности, продиктована причинами социально-исторического характера. Дело в том, что отношение к трансплантологии, донорству органов, смерти мозга складывались в современной Германии под глубоким влиянием исторического прошлого – нацистских медицинских экспериментов в годы Второй мировой войны. Представляется важным наблюдение немецкой исследовательницы Л. Хогл о распространенности научных (биологических) метафор в политическом дискурсе нацистской Германии [4]. Тогда в 20-е годы прошлого столетия точкой приложения фигуративных средств языка были такие макрореалии, как социум, «национальная идентичность». Германское общество мыслилось по модели обладающего богатыми адаптивными возможностями тела. Только здоровые индивиды могли быть частью такого общества, а инвалиды, калеки, хронически больные люди воспринимались как элементы, разрушающие здоровье немецкого общества. При этом само здоровье и адаптивность мыслились из контекста их отнесенности к представителям немецкой нации, а евреи, цыгане, а так же коммунисты, гомосексуалисты и лесбиянки, рассматривались как ущербные, больные, подлежащие уничтожению элементы. Медицинские исследования в рамках национал-социалистской идеологии были призваны улучшить здоровье социального тела. В этой связи тело индивида, без всякого согласия с его стороны могло стать (и в действительности становилось) материалом для экспериментов. Части тела использовались для производства вещей: от мыла до абажуров. Таким образом, в немецкой политической истории национальная идентичность, здоровье нации оказались тесно связанными с памятью об антигуманном отношении к человеческому индивиду и его телу. Учитывая сказанное, понятно та настороженность, те болезненные переживания, которые заявили о себе, когда немецкое общество стало обсуждать донорство органов и другие, связанные с трансплантационной практикой, вопросы. Для немецких врачей психологически тяжело начать разговор с семьей о возможности донации того или иного органа, ибо подобного рода разговоры и предложения могут быть расценены как очередное посягательство на индивида. В начале 90-х годов XX века во время обсуждения закона, предоставлявшего возможность донорства от пациентов с диагнозом «смерть мозга», семьи тех пациентов, которые находились в палатах интенсивной терапии, были настроены особенно враждебно. Члены этих семей говорили врачам примерно следующее: «мы будем следить за вами, органы наших близких вам не достанутся».

Заключение

Полагаем, что сказанного достаточно для того, чтобы подвести определенные итоги. Главное, что заявляет о себе из предпринятого нами рассмотрения трансплантационных технологий, это амбивалентность такого понятия и объекта, как тело. С одной стороны, распространение трансплантационных технологий покоится на механистической трактовке человеческого тела, в рамках которой тело выступает как объект, состоящий из безличных, подлежащих замене частей. Но с другой стороны, трансплантационные технологии не ограничиваются привязкой к телу как материальной субстанции, но предполагают, как мы видели, и образ тела – продукт, формирующийся в сети социальных, культурных отношений. По сути, трансплантационные технологии обнажают феноменологически достоверное единство, нераздельность сознания и тела. Сам факт, что трансплантация как процесс пересадки органа от донора к реципиенту есть одновременно процесс дестабилизации старого и оформления нового образа тела, оборачивается вызовом, как для пациентов, так и врачей-трансплантологов. От пациента трансплантация требует освоения опыта «интертелесности» – способности переходить от одной телесной идентичности к другой, а от врача – умение работать с интенциональной сферой человеческого сознания. Наконец, можно с уверенностью сказать, что решение столь насущного для современного общества вопроса о том, как повысить мотивацию к донации органов, зависит не только от чисто практических шагов, типа предоставления потенциальным донорам финансовых выгод, но и теоретической экспликации тех смыслов и представлений, которыми руководствуются люди при осмыслении тела в его взаимосвязи с личностью, «Я». Затронутая нами тема «наследования» реципиентами личностных черт донора, показывает, что эти представления носят порой мифологизированный характер, поэтому анализ и критика подобных представлений, а главное – поиск путей их преодоления, должны стать частью любой дискуссии о мотивации к донации органов.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Crowley-Matoka M., Lock M. Organ transplantation in a globalised world // *Mortality*. 2006. Vol. 11 (2). P. 166-181.
2. Dossey L. Transplants, Cellular Memory, and Reincarnation // *The Journal of Science and Healing*. 2008. Vol. 4 (5). P. 285-293.
3. Fox R., Swazey J. *Spare Parts: Organ Replacement in American Society*. New York: Oxford University Press, 1992. 320 p.
4. Hogle L. F. *Recovering the Nation's Body: Cultural Memory, Medicine, and the Politics of Redemption*. New Jersey: Rutgers University Press. 1999. 262 p.
5. Jensen A.N.B. Searching for meaningful aftermaths: donor family experiences and expressions in New York and Denmark // *Sites*. 2011. Vol. 8 (1). P. 129-148.
6. Lock M. *Twice dead: Organ Transplants and the Reinvention of Death*. Berkeley, University of California Press, 2002. 429 p.
7. Macdonald A. L. *Resurrected Bodies: Individual Experiences and Collective Expressions of Organ Transplant in North America: A thesis submitted in conformity with the requirements for the degree of Ph.D. Centre for the Study of Religion University of Toronto*. 2009. URL: https://tspace.library.utoronto.ca/bitstream/1807/24207/11/Macdonald_Arlene_L_200911_PhD_thesis.pdf (дата обращения: 30.06.2020).
8. Pearsall P., Schwartz G., Russek L. Organ Transplants and Cellular Memories // *Nexus*. 2005. Vol. 12 (3). URL: <https://www.paulpearsall.com/info/press/3.html> (дата обращения: 30.06.2020).
9. Sharp L. *Commodified Kin: Death, Mourning, and Competing Claims on the Bodies of Organ Donors in the United States* // *American Anthropologist*. 2001. Vol. 103 (1). P. 112-133.
10. Sperling D. Me or mine? On property from personhood, symbolic existence, and motivation to donate organs // *Organ Transplantation: Ethical, Legal, and Psychological Aspects – Towards a Common European Policy*. W. Weimer, M. A. Bos, J. J. van Busschbach (eds.). Lengerich: PABST Science Publishers, 2008. P. 463-470.
11. Waldby C. Biomedicine, tissue transfer and intercorporeality // *Feminist Theory*. 2002. Vol. 3(3). P. 235-250.

REFERENCES

1. Crowley-Matoka M., Lock M. Organ transplantation in a globalised world // *Mortality*. 2006. Vol. 11 (2). P. 166-181.
2. Dossey L. Transplants, Cellular Memory, and Reincarnation // *The Journal of Science and Healing*. 2008. Vol. 4 (5). P. 285-293.
3. Fox R., Swazey J. *Spare Parts: Organ Replacement in American Society*. New York: Oxford University Press, 1992. 320 p.
4. Hogle L. F. *Recovering the Nation's Body: Cultural Memory, Medicine, and the Politics of Redemption*. New Jersey: Rutgers University Press. 1999. 262 p.
5. Jensen A.N.B. Searching for meaningful aftermaths: donor family experiences and expressions in New York and Denmark // *Sites*. 2011. Vol. 8 (1). P. 129-148.
6. Lock M. *Twice dead: Organ Transplants and the Reinvention of Death*. Berkeley, University of California Press, 2002. 429 p.
7. Macdonald A. L. *Resurrected Bodies: Individual Experiences and Collective Expressions of Organ Transplant in North America: A thesis submitted in conformity with the requirements for the degree of Ph.D. Centre for the Study of Religion University of Toronto*. 2009. Available at: https://tspace.library.utoronto.ca/bitstream/1807/24207/11/Macdonald_Arlene_L_200911_PhD_thesis.pdf (Accessed 30.06.2020).
8. Pearsall P., Schwartz G., Russek L. Organ Transplants and Cellular Memories // *Nexus*. 2005. Vol. 12 (3). Available at: <https://www.paulpearsall.com/info/press/3.html> (Accessed 30.06.2020).
9. Sharp L. *Commodified Kin: Death, Mourning, and Competing Claims on the Bodies of Organ Donors in the United States* // *American Anthropologist*. 2001. Vol. 103 (1). P. 112-133.
10. Sperling D. Me or mine? On property from personhood, symbolic existence, and motivation to donate organs // *Organ Transplantation: Ethical, Legal, and Psychological Aspects – Towards a Common European Policy*. W. Weimer, M. A. Bos, J. J. van Busschbach (eds.). Lengerich: PABST Science Publishers, 2008. P. 463-470.

11. Waldby C. Biomedicine, tissue transfer and intercorporeality // *Feminist Theory*. 2002. Vol. 3(3). P. 235–250.

TRANSPLANT TECHNOLOGIES AND ORGAN DONATION: CULTURAL AND PSYCHOLOGICAL ASPECTS

VOLKOV
Alexey

*Doctor of Philosophy,
Head of Philosophy and Culture studies Department,
Petrozavodsk State University,,
Petrozavodsk, Russian Federation, philos@petsu.ru*

Keywords:

mind
identity
transplantation technologies
donor
recipient
culture
society

Summary:

The purpose of the study is to reconstruct the basic concepts of the mind-body continuum underlying transplantation technologies. Using modern research, the author shows that the application of transplantation technologies is based on ambivalent ideas: on the one hand, tissues and organs act as purely biological entities, on the other hand, they also imply the values of the subject's personal and cultural identity. This involves an understanding of the challenges and requirements that accompany contemporary transplantation technologies: patients need to develop the ability to switch from one bodily identity to another (so-called «intercorporeality»), while transplant physicians need the ability to work with an intentional sphere of human mind. Using a number of cross-cultural studies, this paper offers a view of how the conception of death, body and identity varies in different cultural and social settings.