

***ВОЛКОВ Алексей Владимирович**, доктор философских наук, доцент, заведующий кафедрой философии Петрозаводского государственного университета. Автор 43 научных публикаций, в т. ч. одной монографии, 5 учебно-методических пособий*

АНТРОПОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ТРАНСПЛАНТАЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ

Развитие биотехнологий, с которыми современное общество связывает свое будущее, обуславливает необходимость анализа антропологических аспектов данных технологий. Цель исследования – эксплицировать понимание человеческого тела, требуемое современными трансплантационными технологиями. Методологическая основа исследования определяется в спектре пересечения феноменологических и психоаналитических философских традиций. Автор показывает, что трансплантационные технологии покоятся как на научно-механистической трактовке тела, в рамках которой тело выступает как объект, состоящий из безличных, подлежащих замене частей, так и на феноменологической концепции, для которой ключевым является понятие «образ тела». К рассмотрению также привлекается феномен переноса личностных черт от донора к реципиенту. Отмечается, что гипотеза о наследовании черт от донора к реципиенту протекает в конечном итоге из смешения нейрофизиологических и психических процессов. Демонстрируется, что адекватное понимание феномена «унаследованных воспоминаний» осуществляется на основе синтеза биологического и психологического ракурсов анализа данного феномена. Показано, что роль скоро получение стволовых клеток покоится на технологии экстракорпорального оплодотворения (ЭКО) и разрушении так называемых лишних эмбрионов, то использование стволовых клеток для выращивания донорских тканей способно проблематизировать стабильность и однородность идентичности реципиента. Учет амбивалентности такого понятия и объекта, как человеческое тело, позволяет уяснить содержание вызовов и требований, которыми сопровождаются современные трансплантационные технологии. Трансплантация предполагает, что врач умеет работать с интенциональной (смысловой) сферой человеческого сознания, а пациент осваивает опыт «интертелесности».

***Ключевые слова:** образ тела, реципиент, донорская идентичность, трансплантационные технологии.*

Обращение к реалиям современного общества, а также к тем оценкам и размышлениям, которые сопутствуют этим реалиям, заставляет акцентировать внимание на одном весьма важном обстоятельстве, а именно: с конца XX века исключительную роль в жизни современного человека начинают играть биотехнологии.

Развитие биотехнологий инициирует появление новых социокультурных феноменов, проблематизируя уже привычные формы человеческой жизнедеятельности и отношения между индивидами. Так, например, репродуктивные технологии оказывают влияние на институты родительства, родства, порождая новые категории,

такие как «суррогатная мать», «донор спермы» и т. д. Генетические тесты, позволяющие установить предрасположенность к тому или иному заболеванию, заставляют индивида пересматривать свое отношение к себе и другим людям. В частности, они порождают то, что получило название «генетической ответственности» – чувство долга, предусмотрительность, которые демонстрирует индивид, планируя создание семьи, рождение детей, осуществляя выбор профессии. В то же время распространение практики патентования клеточных линий, генов высвечивает одновременно и прагматическое, инструментальное измерение современного общества, в котором связи между людьми выстраиваются по принципу «продавец – покупатель».

Из сказанного ясно, что процесс воздействия биотехнологий на жизнедеятельность человека многоаспектный и нуждается в разностороннем исследовании. Ниже будет предпринята попытка осветить антропологические аспекты трансплантационных технологий, в частности, будет показано, что современные трансплантационные технологии становятся сегодня тем пространством, в котором вопросы о «теле», «идентичности» и «личности» субъекта приобретают особенно острое звучание. Вошедшие в медицинскую практику в конце 50-х годов прошлого столетия трансплантационные технологии успешно развиваются, и в первом приближении ситуация выглядит вполне определенной и однозначной: объекты трансплантации – органы, ткани – являются сугубо биологическими сущностями, свободно отделяемыми от одного тела (донора) и инкорпорируемыми в другое (реципиента). Однако так ли это на самом деле? Для понимания данного обстоятельства следует обратиться к осмыслению такой реальности, как человеческое тело.

Обычно человеческое тело понимается как «сома» – интегральная сумма биофизических, биохимических процессов. Надо сказать, что подобное понимание тела вовсе недостаточно и нуждается в уточнении. Вспомним известное в медицине явление *фантомного органа*, оно заключается в том, что, утратив какой-либо орган,

например руку, больной продолжает иметь опыт ее присутствия. В первое время он даже не замечает увечья и рассчитывает на фантом как на реальную конечность. В этих случаях медики говорят об анозогнозии, т. е. отсутствии у больного критической оценки своего дефекта.

Между тем явление фантомного органа говорит и о другом обстоятельстве: наряду с объективным телом есть образ тела. Это, строго говоря, то же самое тело, но такое, каким человек его чувствует, ощущает в своем внутреннем опыте. Важно, что образ тела не является естественной, неизменной данностью, напротив, это продукт окружающего мира человека, следствие того способа жизнедеятельности, который вошел для человека в привычку. Увечью и дефекту как раз и сопротивляется образ тела, продолжающий тянуть человека к знакомым и естественным для него движениям, к его жизненному миру. В определенном смысле тело подобно языку: как акустическое означающее растворяет себя в потоке речи, обнажая для говорящего свое значение, смысл, так и тело раскрывается для человека своей «орудийностью», «сподручностью» (М. Хайдеггер), т. е. через спектр знакомых, привычных действий, в которых кристаллизуется человеческая индивидуальность.

Далее, чрезвычайно важно, что индивид обретает восприятие собственного тела и отношение к нему только через систему отношений к другим индивидам и их телам. Данное обстоятельство получает фундаментальное обоснование благодаря психоаналитическим исследованиям. Первичный нарциссизм, о котором пишут психоаналитики, в действительности с самого начала подразумевает сложные взаимоотношения между младенцем и его окружением. С точки зрения психоанализа чрезвычайно важную роль в формировании образа тела играет динамика отношений между матерью и ребенком. Материнский уход, прикосновения, кормление дают начало так называемому телесному эго – источнику организации чувственных данных, моторной активности и коммуникативных процессов. Кроме того, с определенного времени интероцептивное восприятие собственного

тела дополняется экстероцептивным опытом, тем, как оно воспринимается извне через зеркальное отображение в качестве объекта восприятия со стороны другого субъекта. Благодаря этому зеркальному образу, о котором писал Ж. Лакан, у ребенка не только открывается перспектива на собственное тело и бытие этого тела для Другого, но и появляется возможность проецировать себя за пределы собственного тела, в тела Других, что в свою очередь закладывает основы для идентификации с Другим и перехода от интроцептивного, фрагментарного опыта тела к социальному гештальту [1, с. 7–14].

Ясно, что роль скоро образ тела несет на себе печать взаимодействий субъекта с внешним, социальным миром, то обретение субъектом нового, незнакомого опыта может существенно изменить, трансформировать наличный образ тела. Яркий тому пример как раз и представляют трансплантационные технологии. Начать следует с того, что уже на стадии ожидания донорского органа у человека происходят определенные изменения в восприятии собственного тела. Пространство внутренних органов приобретает особую выделенность и чувствительность. Если ранее, до постановки диагноза и связанной с ним необходимости трансплантации, тело воспринималось как единый и гомогенный источник идентичности, то впоследствии оно как бы раскалывается: пораженный орган воспринимается как угроза идентичности, а сама идентичность сопрягается со здоровой частью тела.

«Если мое сердце отказало и больше не поддерживает меня, то в каком смысле оно продолжает оставаться “моим”, принадлежащим “мне” органом? Остается ли оно вообще органом? В течение нескольких лет я чувствовал некоторое трепетание, какие-то перебои в ритме, но ничего из того, что вынужден представлять сегодня – темно-красную мускульную массу с различными трубками. Теперь это уже не мое сердце, про которое можно было сказать, что оно бьется бесконечно и остается невидимым, подобно ступням ног в тот момент, когда я иду по дороге. Мое сердце стало чужим мне...» [2, с. 162–163]. Эти слова французского философа Ж.-Л. Нанси,

перенесшего в начале 90-х годов прошлого столетия трансплантацию сердца, служат яркой иллюстрацией к сказанному.

Казалось бы, хирургическая операция, т. е. собственно трансплантация, просто восстанавливает утраченную целостность, однако на самом деле ситуация оказывается более сложной. В действительности трансплантация сопровождается изменением идентичности субъекта. При этом те перемены, которые происходят на уровне идентичности, зависят во многом от специфики пересаженного органа. Данная зависимость особенно очевидна на примере трансплантации внутренних органов. Вот как, например, описывает свои ощущения женщина, перенесшая трансплантацию почки: «Я ощущаю себя так, как если бы кто-то Другой присутствовал во мне. Не все во мне есть мое Я, но в то же время не все принадлежит и этому Другому. Иногда я чувствую себя так, как если бы я была беременна» [3, с. 323].

Как явствует из этого высказывания, пересаженный орган приобретает как будто отдельную, самостоятельную идентичность, заставляя реципиента переживать чувство раздробленности, раздвоенности. При пересадке сердца подобные ощущения, как правило, острее и ярче. Данное обстоятельство связано с тем, что, во-первых, такой орган, как сердце, во многих культурах имеет определенную символическую нагрузку – выступает символом эмоциональной, душевной жизни и даже божественным средоточием личности, а во-вторых, деятельность сердца все же более заметна и ощутима для субъекта в сравнении с функционированием почек. Всякий при желании может прислушаться и обнаружить биение своего сердца, а в экстраординарной эмоциональной ситуации не почувствовать сердечный ритм просто невозможно.

Разумеется, трансформации идентичности, подобные вышеописанным, имеют определенную материальную подоснову. Дело в том, что в пределах биологического тела границы «своего» и «чужого» контролируются иммунной системой. И в подавляющем большинстве случаев, когда донор и реципиент не являются однойцевыми близнецами, иммунологическая

реакция отторжения пересаженного органа неизбежна. И все же дело не только в кризисе иммунной системы. Обратим внимание на те тревоги и фобии, которые встречаются у пациентов, перенесших трансплантацию органов.

Пациент (Джефф) жалуется на странные припадки, которые стали происходить с ним после того, как ему была пересажена почка.

«Психотерапевт: Не могли бы Вы рассказать подробнее об этих припадках?»

Джефф: Хорошо, моя жена называет их паническими атаками. Обычно это случается, когда я нахожусь в крупном торговом центре, на последних этажах с гигантскими стеклянными потолками. В момент припадка появляется ощущение, будто я лечу или парю.

Психотерапевт: Нечто вроде свободного бесконтрольного парения?

Джефф: Да. Я становлюсь себе неподконтролен и чувствую жар, очень сильный жар.

Психотерапевт: Так, как будто Вы растворяетесь?

Джефф: Да, как будто я рассеиваюсь в громадном пространстве торгового центра. Делается очень страшно. Я чувствую колющее ощущение в задней части головы, которое медленно распространяется до макушки, образуя нечто вроде колпака. Затем появляется головокружение и все вокруг начинает вращаться. Я как обезумевший покрываюсь потом и чувствую, что вот-вот потеряю сознание...» [4, с. 173–174].

Как видим, изменения в образе тела, которые вызваны трансплантацией, проявляются прежде всего в дестабилизации привычных для субъекта границ между его «Я» и внешним миром. Пространственные границы между «Я» пациента и внешним миром подверглись эрозии, стали скользящими, подвижными. Понять эти изменения, полагаясь только на последствия приема иммуноподавляющих препаратов, невозможно. Необходимо также и учет тех связей, которые имеют место между образом тела пациента и его жизненным миром.

Так, примечательно, что до трансплантации Джефф работал курьером, играл в футбол. Именно через эту деятельность и формировался,

находил подтверждение тот образ тела, который вошел для Джеффа в привычку, стал частью его габитуса – совокупностью социальных по своему генезису и бессознательных по форме схем упорядочения и структурирования опыта восприятия, мышления, действия. Джефф надеялся, что после трансплантации сможет вернуться к работе и занятиям спортом, однако все его попытки в этом направлении успехом не увенчались. В итоге трансплантат, а главное – новый образ тела стали объектом ненависти и отторжения со стороны пациента и, как следствие этого, причиной неустойчивости его «Я». Данная неустойчивость, или нестабильность, Эго выразилась на психоэмоциональном уровне в чувстве незащищенности и тревоги, проявляющихся с особой интенсивностью в условиях, требующих повышенной собранности (многолюдных пространствах) и прогнозирования неочевидных опасностей (большие открытые пространства типа торговых центров).

До сих пор, говоря о посттрансплантационных изменениях идентичности, мы вели речь в контексте отношения пациента к новому органу. Между тем нельзя обойти вниманием и другой контекст – отношение реципиентов к своим донорам. Как правило, в случае трансплантации внутренних органов, коими выступают почки или сердце, личность донора, его внешний облик, характер, профессиональное занятие – все это составляет предмет частых, оживленных фантазий реципиентов. Многие из реципиентов переживают чувство глубокой вины перед донором и его семьей. Более того, замечено, что люди с пересаженной почкой или сердцем проявляют не просто заинтересованность и любопытство в отношении своего донора, но отождествляют себя с ним.

В этой связи 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, якобы переняли у своих доноров отдельные черты характера,

вкусы в еде, музыке, предпочтения в проведении досуга и даже сексуальное поведение.

Широкую известность, например, получила история американки Сильвии Клер. После пересадки сердца девушка обнаружила в себе пристрастие к пиву и куриным наггетсам. Как выяснилось впоследствии, именно эти продукты обожал ее донор – 18-летний молодой человек, погибший в аварии на мотоцикле. Фиксируя подобные случаи, ученый П. Пирсол предполагает, что человеческое сердце содержит информацию, которой руководствуется мозг. Таким образом, когда сердце трансплантировано в организм реципиента, информация, запасенная в этом органе, передается получателю, и реципиент наследует черты и привычки своего донора [5].

Как относиться к этому явно шокирующему выводу? С одной стороны, еще в 80-е годы прошлого столетия было установлено, что нейропептиды – химические вещества, участвующие в передаче информации от нейрона к любым клеткам, – находятся не только в мозге, но и других органах, например в сердце. Таким образом, информация с помощью нейропептидов поступает не только от мозга к сердцу, но и в обратном направлении – от сердца к мозгу. С другой стороны, не стоит забывать, что мозг и сердце – прежде всего биологические органы, и понятие информации часто оказывается источником путаницы при описании функционирования этих органов.

Подчеркнем главное: то, что имеет место на уровне мозга и сердца, – это химические реакции и электрические импульсы, которые обуславливают появление психических процессов, заключающих в себе определенное содержание, информацию. Однако ни биохимические, ни электрические процессы сами по себе никаким психическим содержанием не обладают, и говорить о том, что мозг или сердце осуществляет «переработку информации», значит выражаться метафорически. По-видимому, гипотеза Пирсола, объясняющая наследование черт от донора к реципиенту, проистекает в конечном итоге из смешения нейрофизиологических и психических

процессов. Симптоматично и то, что далеко не все, кто перенес операцию по трансплантации сердца, претерпевают некие личностные изменения и не все из тех, кто подобные изменения все же обнаруживает, связывают их с наследованием черт донорской личности.

Так, в 1992 году группа австрийских врачей опубликовала результаты исследования, посвященного посттрансплантационным личностным изменениям. 47 пациентам было предложено ответить на вопрос о том, чувствуют ли они, что испытали некое изменение на уровне своего «Я», после того как им было пересажено донорское сердце. 79 % ответили на этот вопрос отрицательно. 15 % высказались положительно, однако связали личностные изменения не с присутствием чужого органа, а с той экстремальной, угрожающей жизни ситуацией, в которой они оказались. И только 6 %, т. е. 3 пациента, сказали, что причина тех изменений, которые они замечают в себе, – донорское сердце. Эти пациенты подкрепляли свое ощущение старой идеей о том, что именно сердце является средоточием души человека [6].

В свете сказанного мы полагаем, что большей убедительностью обладают те версии, которые связывают личностные изменения у пациентов, перенесших трансплантацию, с взаимодействием медикаментозных и психологических факторов. Как известно, пациенты, которым трансплантировано донорское сердце, должны принимать различные лекарства, в т. ч. 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 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 печени, 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» [7].

До сих пор, говоря о трансплантационных технологиях, мы имели в виду пересадку органов или тканей, однако в последнее время все чаще привлекают к себе внимание технологии стволовых клеток. Данные технологии не предполагают донацию тканей и органов от одного человека к другому. В их основе лежит использование эмбрионов, оставшихся после процедуры ЭКО, с последующим получением из них плюрипотентных стволовых клеток. Уникальность плюрипотентных стволовых клеток заключается в том, что они могут дифференцироваться почти во все типы клеток, кроме клеток внезародышевых органов (плаценты и желточного мешка), становясь тем самым неограниченным источником ткани для трансплантации.

Резонно спросить: упраздняется ли в данном случае уже упоминаемая нами проблема беспокоящих реципиента переживаний, связанных с личностью донора, чувством вины перед ним и т. п.? Ответ на этот вопрос зависит от того, как реципиент воспринимает такое явление, как человеческий эмбрион. В случае если эмбрион воспринимается как автономное существо, начало жизненного пути индивида, то чувство вины по поводу телесного благополучия, достигнутого ценой прерывания жизни эмбриона, вполне реально и закономерно. Если же эмбрион воспринимается как сугубо биологический материал, продукт биомедицинских технологий, то болезненные переживания реципиента менее вероятны.

Однако это не все. Существует, по крайней мере, еще одно обстоятельство, которое может стать источником изменений в восприятии донором собственной идентичности. Следует иметь в виду, что эмбрион, дающий начало стволовым клеткам, является, как правило, продуктом технологии переноса ядра соматической клетки. Ядро соматической клетки (например, кожной) вводят в неоплодотворенную яйцеклетку, предварительно лишенную своего ядра. Таким образом получается эмбрион с геномом той взрослой особи, от которой было взято клеточное ядро. И тем не менее говорить об абсолютно точном, идеальном повторении не приходится, ибо эмбрион все же образуется с примесью генетического материала яйцеклетки, в частности, от яйцеклетки эмбриону передается митохондриальная ДНК. Таким образом, эмбриональная ткань сохраняет генетическое наследство обоих доноров. Данное обстоятельство, учитывая распространенное, но не всегда оправданное представление о генах как детерминантах человеческой жизнедеятельности, вполне может стать основанием для переживания реципиентом определенной гетерогенности в составе собственной идентичности.

В целом сказанного достаточно для того, чтобы подвести определенные итоги. Главное, что заявляет о себе из предпринятого нами рассмотрения трансплантационных технологий, – 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. С другой стороны, трансплантационные технологии не ограничиваются привязкой к телу как материальной субстанции, но предполагают, как мы видим, 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 для врачей-трансплантологов. От пациента трансплантация требует освоения опыта «интертелесности» – способности переходить от одной телесной идентичности к другой, а от врача – умения 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. Лакан Ж. Инстанция буквы в бессознательном, или Судьба разума после Фрейда. М., 1997. 184 с.
2. Nancy J.-L. *Corpus*. N. Y., 2008. 208 p.
3. Lock M. *Twice Dead: Organ Transplants and the Reinvention of Death*. Berkeley, 2002. 441 p.
4. Baines L.S., Jindal R.M. *The Struggle for Life: A Psychological Perspective of Kidney Disease and Transplantation*. Westport, 2003. 450 p.
5. Pearsall P., Schwartz G.E., Russek L.G. Changes in Heart Transplant Recipients That Parallel the Personalities of Their Donors // *Integr. Med.* 2000. Vol. 2, № 2. P. 65–72.
6. Bunzel B., Schmidl-Mohl B., Grundböck A., Wollenek G. Does Changing the Heart Mean Changing Personality? A Retrospective Inquiry on 47 Heart Transplant Patients // *Qual. Life Res.* 1992. Vol. 1, № 4. P. 251–260.
7. Dossey L. Transplants, Cellular Memory, and Reincarnation // *Explore: J. Sci. Heal.* 2008. Vol. 4, № 5. P. 285–293.

References

1. Lacan J. *Instantsiya bukvy v bessoznatel'nom, ili Sud'ba razuma posle Freyda* [The Instance of the Letter in the Unconscious, or Reason Since Freud]. Moscow, 1997. 184 p.
2. Nancy J.-L. *Corpus*. N. Y., 2008. 208 p.
3. Lock M. *Twice Dead: Organ Transplants and the Reinvention of Death*. Berkeley, 2002. 441 p.
4. Baines L.S., Jindal R.M. *The Struggle for Life: A Psychological Perspective of Kidney Disease and Transplantation*. Westport, 2003. 450 p.
5. Pearsall P., Schwartz G.E., Russek L.G. Changes in Heart Transplant Recipients That Parallel the Personalities of Their Donors. *Integr. Med.*, 2000, vol. 2, no. 2, pp. 65–72.
6. Bunzel B., Schmidl-Mohl B., Grundböck A., Wollenek G. Does Changing the Heart Mean Changing Personality? A Retrospective Inquiry on 47 Heart Transplant Patients. *Qual. Life Res.*, 1992, vol. 1, no. 4, pp. 251–260.
7. Dossey L. Transplants, Cellular Memory, and Reincarnation. *Explore: J. Sci. Heal.*, 2008, vol. 4, no. 5, pp. 285–293.

doi: 10.17238/227-6465.2016.1.66

Volkov Aleksey Vladimirovich

Petrozavodsk State University

33 prosp. Lenina, Petrozavodsk, 185910, Russian Federation;

e-mail: alexvolkoff@bk.ru

ANTHROPOLOGICAL ASPECTS OF TRANSPLANTATION TECHNOLOGY

Current advances in biotechnology have resulted in the need to analyse anthropological aspects of this technology. This paper aimed to explicate the understanding of the human body, which is used in modern transplantation technologies. The analysis was based on the theoretical framework of phenomenology and psychoanalysis. Empirical data on organ transplantation were used to demonstrate that these technologies are based not only on the mechanistic vision of the body as an object consisting of impersonal and replaceable parts, but also on the phenomenological concept of body image. Further, the author studied the phenomenon of transfer of personality traits from the donor to the recipient, claiming that the hypothesis of such a transfer is a result of an erroneous confusion of neurophysiological and mental processes. The paper demonstrates that an adequate understanding of the phenomenon of “inherited memories” is based on the synthesis of the biological and psychological approaches to this phenomenon. It is shown that since the production of stem cells is based on *in vitro* fertilization (IVF) and destruction of spare embryos, the use of stem cells to cultivate tissues can have a negative effect on the stability and homogeneity of the recipient’s identity. Taking into consideration the ambivalence of such a concept and object as the human body, we can come to understand the challenges and requirements that modern transplantation technologies are faced with. Transplantation implies that the clinician can successfully work with the intentional sphere of the human mind while the patient develops the ability to switch from one bodily identity to the other (the so-called intercorporeality).

Keywords: *body image, recipient, donor identity, transplantation technology.*

Контактная информация:

адрес: 185910, г. Петрозаводск, просп. Ленина, д. 33;

e-mail: alexvolkoff@bk.ru