

המאבק על הרגע האחרון: הוויכוח בין הדת והרפואה בישראל על אודות הגדרת המוות המוחי

חגי בועז*

תקציר. בשנות השישים פרסמה ועדת מומחים מבית הספר לרפואה באוניברסיטת הרווארד קריטריונים חדשים לקביעת מוות, המבוססים על מותו של המוח ולא על מותו של הלב. הגדרתו החדשה של המוות הפרה את האיזון העדין שבין המוות כתהליך ובין הצורך לקבוע נקודת זמן להגדרת קו החלוקה בין עולם החיים לעולם המתים. במסגרת פנומנולוגיה נזילה זו של זמן החיים וזמן המתים התעורר מאבק על הלגיטימציה להגדיר מהו מוות ועל הסמכות לכך. מאמר זה דן בעיקרי המחלוקת על אודות הגדרת המוות המוחי ובביטוי המקומי של ויכוח זה. בישראל נמשך הוויכוח שנים רבות, עד שבמרס 2008 חוקקה הכנסת את "חוק המוות המוחי-נשימתי". מאמר זה עוקב אחרי נפתולי הוויכוח עד למרס 2008 ומצביע על האופן שבו הוא מעוצב במסגרת המציאות המורכבת של יחסי דת וחברה בישראל.

מבוא: בין קודש לחול

חוקר התרבות רוי פורטר (Porter, 2004) מצביע בספרו *Flesh in the Age of Reason* על בהלה המונית שאחזה באנגליה במאה ה־18, שמא הגדרת המוות המקובלת נמהרת מדי ואנשים מורדים בארונות חתומים לבטן האדמה בחזקת מתים גמורים, כשלמעשה הם עדיין נושמים. הבהלה עוררה, משום שכיחותם של דיווחים אמיתיים או כוזבים, צורך לרענן את הגדרת המוות ואת אופני אימותו. פרופסור ז'אק־בניין וויסלאו, מומחה פריזאי לאנטומיה, הגיב לצורך זה ופרסם ב־1740 מדריך מעודכן להערכת מוות שלא הסתפק בהגדרה המקובלת של חוסר דופק או של אי־נשימה, אלא הוסיף שאין לקבור את המת עד להופעת רקבובית ראשונה. במקרים עמומים הוא הציע שורת בדיקות נוספות ובהן שריטת הגופה בסכין, צרחות לאוזן, דגדוג האף בנוצה והחדרת סיכות תחת הציפורניים (Ibid., p. 215).

* החוג לסוציולוגיה ואנתרופולוגיה, אוניברסיטת תל אביב

גרסה אחרונה של המאמר התקבלה במערכת בדצמבר 2008. אני מודה לקוראים האנונימיים על הערותיהם לגרסאות מוקדמות של מאמר זה. ברצוני להודות גם למאיה לזין שעזרה לי באיסוף החומרים ובהכנת המאמר לפרסום.

מעבר לאנקדוטה שבכך, פורטר מציין כי בהלה זו מאפיינת את המעבר מהגדרות מדיביאליות להגדרות מודרניות של מוות. המוות המודרני, לטענתו, אינו נתפס עוד כשער לעולם טוב יותר, אלא כתופעה בעלת קיום ביולוגי הניתנת לחקירה והבנה (ראו גם פוקו, 2008). חילוננו של המוות בתקופת הנאורות לא היה שונה בהרבה מההפרדה הכללית שנעשתה בתקופה זו בין מדע לבין מוסר ודת, ומהתהליך שובר כינה "הסרת הקסם מהעולם" (Weber, 1946 [1919]). במאה ה-18 עברו על המוות תהליכים מואצים של מדיקליזציה והוא הפך לנחלת אנשי הפרופסיה הרפואית.

לכאורה נראה שהגדרת המוות המוחי מהווה דוגמה להתעצמות תהליך המדיקליזציה של המוות וחילוננו המוחלט, אך ההפרדה בין התפיסות התיאולוגיות של המוות לתפיסות הרפואיות שלו מעולם לא הייתה מושלמת, ולמעשה לא היה מדובר כאן בשבר אפיסטמולוגי בין קודש וחול, שכן ההגדרות הרפואיות שכנו לצד ההגדרות הדתיות. היסטוריונים וחוקרי תרבות מצביעים על כך שמהמאה ה-18 תפיסות המוות עברו חילון מואץ, אך תהליך חילון זה לא טמן בחובו סתירה ממשית לדוגמה הדתית; בסופו של דבר, חלוקת העבודה הייתה מקובלת על שני הצדדים: הרפואה עסקה במכניקה של המוות והתיאולוגיה עסקה במשמעות הרוחנית של פרידת הגוף מהנפש (Bauman, 1992; B. Turner, 1996).

חילוננו של המוות עומד במרכז מאמר זה. אמנם המודרניות יצרה חלוקת עבודה זהירה למדי בין הטרנסצנדנטיות של המוות לבין החולין של חיי היום-יום (Bauman, 1992), אך כפי שאראה, במחצית השנייה של המאה העשרים הופר האיזון העדין. מאמר זה מתמקד בפן אחד של איבוד שיווי משקל זה: בוויכוח שהתעורר בעקבות הגדרת המוות המוחי בידי הרפואה בסוף שנות השישים, ובאופן שבו מתנהל ויכוח זה בחברה הישראלית.

תחילה אציג את ההיסטוריה החברתית של הוויכוח על הגדרת המוות המוחי, ולאחר מכן אבחן את תהליכי המדיקליזציה והדה-מדיקליזציה של הגדרת המוות המוחי בחברה הישראלית. בחלק הראשון של המאמר אטען כי הגדרתו החדשה של המוות הפרה את שיווי המשקל העדין שבין המוות כתהליך ובין הצורך לקבוע נקודת זמן שתגדיר את החלוקה בין עולם החיים לעולם המתים. הגדרת המוות המוחי יצרה פנומנולוגיה נזילה של זמן החיים וזמן המתים, שבמסגרתה נוצרים מאבקים על זכות הראשונים להשיט את המעבורת על נהר הסטיקס¹ – מי ימלא את תפקידו של איש המעבורת? רופא? אתיקן? איש דת?

חלקו השני של המאמר מתמקד באופן שבו המאבקים האלה מתרחשים בחברה הישראלית. במרס 2008 אישרה הכנסת את חוק המוות המוחי-נשימתי, וזה אמור להיכנס לתוקף החל מהאחד במאי 2009. במאמר זה אני עוקב אחר הדיונים והוויכוחים שקדמו לחקיקה זו. מוקדם עוד לשפוט את משמעויותיו ואת השלכותיו של חוק זה, אך במסגרת מאמר זה אני מצביע על האופן המיוחד שבו נדונה שאלת המוות המוחי באופן כללי בתוך המציאות של החברה הישראלית. בניגוד לאופן שבו מתקיימות המחלוקות במקומות אחרים בעולם, את ההתנגדות להגדרת המוות המוחי בישראל מובילות קבוצות דתיות. לפיכך, את המאבק על אודות הגדרת המוות המוחי אפשר להבין רק מתוך שיבוץ בהקשר הייחודי של החברה הישראלית – חברה הנתונה במתח מתמיד בין הגדרות סותרות של פרטיקולריזם דתי

1 במיתולוגיה היוונית נהר הסטיקס הפריד בין ארץ החיים לבין השאול. המתים היו עוברים לשאול במעבורת.

ואוניברסליזם חילוני. באמצעות בחינת הוויכוח על הגדרת המוות המוחי בין הממסד הרפואי לבין קבוצות חברתיות אשר מערערות על ההגמוניה הרפואית בעניין קביעת קריטריוני המוות, אני מבקש להצביע גם על תהליכי מדיקליזציה ודה-מדיקליזציה, המאפיינים יחסי חברה-רפואה בעולם המודרני (Williams & Calnan, 1996), וגם על האופן שבו סמכות נוצרת וגבולות פרופסיונליים נתחמים. בחינת הביטוי המקומי של הוויכוח על אודות הגדרות המוות המוחי משרתת את התיאוריה הסוציולוגית בכמה אופנים: מצד אחד, היא מציגה מקרה שבו נבלמו או עודנו תהליכי מדיקליזציה, ובכך תורמת לסוציולוגיה של הרפואה; מצד שני, היא מציגה מקרה בוחן מעניין גם בעבור הסוציולוגיה של הפרופסיות, וזאת במקביל להצגת פן נוסף בקונפליקט שבין דת לחברה בישראל.

חלק א': הגוף החי של האדם המת

הבעיה

בשנות החמישים והשישים של המאה העשרים נכנסו לשימוש מכונות הנשמה והחייאה. באמצעות הטכנולוגיה החדשה, הרפואה המערבית הצליחה להאריך חיים של חולים שמוחם נפגע באורח אנוש ושהיו מתים לולא התרחשה התערבות מלאכותית. למעשה, הרפואה המודרנית יצרה צורת קיום (או חידלון) חדשה: חולים שלבם ממשיך לפעום, אך מוחם הרוס ללא תקנה. קבוצת ביניים זו, שזכתה לכינויים כמו "מתים-חיים", "הגופה החיה" או "אנשי הלימבו"², הובילה לרביזיה של ההגדרות המסורתיות של המוות. הרביזיה, שאמנם התייחסה רק למקרים מסוימים של אובדן תפקודי המוח ולא לכלל מקרי המוות, עומדת בבסיס המשגת החדשה של המוות.

באופן מסורתי, מוות מוגדר כהפסקת הפעילות האירובית – פעילות הלב-ריאה. התרבות היהודית-נוצרית רואה בפסוק: "כל אשר נשמת רוח חיים באפיו" (בראשית ז, כב) את קנה המידה המורה על הגדרת החיים והמוות. כאמור, גם חילוננו של המוות ותהליכי המדיקליזציה שעברו עליו מהמאה ה-17 לא שינו באופן מהותי הגדרה זו. פרוטוקולים רפואיים קבעו מאז ומתמיד את המוות כחוסר פעילות לבבית או כאי-נשימה. השינוי הפרדיגמטי לקראת הגדרה נורמלוגית של המוות חל במחצית השנייה של המאה העשרים עם פרסום מסקנות ועדת מומחים מבית הספר לרפואה של אוניברסיטת הרווארד על "מצב הקומה הבלתי הפיך"³. "מוות מוחי", כמושג בפני עצמו, מופיע רק בתת-הכותרת של הדוח. באותה תקופה, שבה מושגים ושמות טרם התגבשו לכדי משמעות נהירה, המושג "מוות מוחי" הוחלף לא פעם במושג "מצב שמעבר לקומה" (coma dépassé), ושניהם התייחסו לאותו מצב שדרש בירור והגדרה. במכתב לדיקן בית הספר לרפואה של אוניברסיטת הרווארד הסביר פרופ' הנרי ביצ'ר (Beecher), רופא מרדים ויו"ר הוועדה, את הצורך בהקמת צוות שיגדיר מחדש את המוות:

2 ראו לוק (Lock, 2002, pp. 78–127), או בדיון אצל אגמבן על הגדרת המוות המוחי (Agamben, 1995, pp. 164–165).

3 ראו דו"ח הוועדה: Harvard Medical School (1968).

המוות כרגע, המוות כתהליך – בעיות בהגדרת המוות המוחי

אם למוות יש היסטוריה, אזי למוות המוחי יש היסטוריה של מחלוקות, ויכוחים ואי-הסכמות. קשה להניח את האצבע על נקודת זמן שבה לא התקיימה מחלוקת כלשהי על הגדרה זו. בארבעים השנים שחלפו מאז הוגדר לראשונה המוות המוחי בוועדת הרווארד ב-1968 נכתבו ספרות עבת כרס על השלכותיה האנטומיות, המשפטיות, האתיות, החברתיות והתרבותיות של הגדרת מוות זו. סקירת הדיונים והויכוחים כולם אינה בגדר האפשר במאמר זה.⁷ עם זאת, באופן כללי, המחלוקת על מוות מוחי נעה סביב שלושה מישורים: המישור האנטומי, המישור התרבותי והמישור האתי. מובן ששלושה מישורים אלה חוצים זה את זה וקשורים זה בזה, אך הם מתייחסים למכשולים של הגדרת המוות המוחי, שמנעו למעשה את הפיכתה לתפיסת מוות מקובלת מחוץ למסד הרפואי. אתיחס להלן לנקודות המחלוקת העיקריות בכל אחד משלושת התחומים.

האנטומיה של המוות

בהמלצותיה הציגה ועדת הרווארד שלושה קריטריונים לקביעת מוות מוחי: אי-יכולת נשימה עצמונית, אי-פעילות של הרפלקסים, ואי-פעילות חשמלית במוח. כאמור, המלצות אלה נועדו להבהיר את המצב המעורפל של חולים הנמצאים "מעבר לקומה" ולהגדירם כמתים. עם זאת, לא רק שהגדרות אלה לא פישטו את המצב המסובך, אלא שהן פתחו תיבת פנדורה של מחלוקות ואי-בהירויות חדשות שבלבלו את היוצרות בנוגע לשאלת המוות בתוך המסד הרפואי ומחוצה לו. פרופ' ביצ'ר, יו"ר הוועדה, היה מודע לבעייתיות שבניסיון לקבוע רגע אחד מוחלט שהוא התחנה הסופית של החיים: "כל רמה שבה נבחר לקבוע את המוות תהיה בחירה שרירותית. מוות של הלב, השיער ממשיך לצמוח. מוות של המוח? הלב יכול עדיין לפעום. הצורך, אם כן, הוא לבחור", הוא כותב בדו"ח הוועדה, "מצב בלתי הפיך שבו המוח חדל לתפקד" (Belkin, 2003, p. 35).

הקו הדק המפריד בין הרגע הספציפי של המוות לתהליך כמישתו הגמורה של הגוף הפך לנקודת המחלוקת. עם זאת, קיימת תמימות דעים בשתי נקודות עקרוניות: הראשונה קובעת את המוות כמצב בלתי הפיך, והשנייה מתייחסת לאופן השרירותי שבו נקבע רגע המוות עצמו וקובעת כי מותו של אדם אינו חופף בהכרח לחדלונו המוחלט של כל תפקוד ביולוגי או לכל הריסתה הגמורה של כל רקמה.

מכאן עולה נקודת המחלוקת הראשונה: מה קורה כאשר רק חלק מהמוח אובד לבלתי שוב? או בניסוח אחר, אילו תפקודי מוח חיוניים לחיים וחדלונם מאפשר הכרזת מוות, ואילו לא? בראשית שנות השבעים היו מוקד העניין המוח עצמו ויכולותיו הקוגניטיביות. לפי אסכולה אחת, הרס הפונקציות האחראיות על ההכרה, כלומר הרס קליפת המוח, היה קריטריון מספק להכרזת מוות מוחי. ההכרה הובנה כסם החיים; היכולות להרגיש, לחשוב, להבין וכדומה, נתפסו כמעניקות לחיים משמעות. תפקודי המוח התחתון, האחראי על תפעולו המכני של הגוף, נתפסו כשוליים, ולכן הריסתם לא נתפסה כתנאי הכרחי להכרזת מוות.

7 למתעניינים, להלן מספר כיווני קריאה כלליים המסמנים פנים שונות של המחלוקת על מוות מוחי:

Carpon & Kass (1972), Jonas (1974), Medical Consultants (1981), O'Brien (1990)

עם זאת, תפיסה זו עוררה התנגדות רבה. המחלוקת התעוררה במסד הרפואי בין אסכולה שהכירה רק בהרס מוחלט של המוח כולו, על כל חלקיו, כקריטריון הבלעדי ובין האסכולה שטענה כי אפשר לקבוע מוות רק לפי הרס קליפת המוח. אנשי אסכולת הרס המוח השלם גרסו כי מרגע שנסוגים מתפיסת המוות המוחי הכוללת, עלולים להיקלע למדרון חלקלק שבו לא יהיה ברור עוד אילו פונקציות חיוניות לחיים ואילו אינן חיוניות (Bernat, 1992). בתגובה, אנשי אסכולת קליפת המוח טענו כי ביצירת הגדרה מדויקת ורגישה יותר למוות הם נשארים נאמנים לכוונה המקורית של הגדרת המוות המוחי, שגם היא למעשה בוררת את הפונקציה המוחית מכלל הפונקציות הביולוגיות של האדם. מעבר לכך, מרגע שמוקד העניין עבר להכרה אנו מתעסקים פחות ביכולות גופניות ויותר ביכולות נפשיות, לכן יש להתמקד בחלקי המוח האחראים להכרה ולנפש, ולא לגוף וללב (Veatch, 2000, p. 110).

תפקיד הטכנולוגיה בוויכוח זה הוא מרתק. עם התפתחותן של טכנולוגיות מדויקות ועדינות יותר, אפשר לאתר את החידלון המוחלט עד לרמת התא הבודד, אך ככל שהטכנולוגיה הפכה מדויקת יותר כך גם העמיק הוויכוח. מוות מובן היום כתהליך מורכב שיש לו רמות הרס שונות. הגדרת המוות היא למעשה הגדרת מקטע אחד של הרס מתוך תהליך רב-ממדי של קמילה. מכאן שהוויכוח במישור האנטומי נותר במידה רבה ללא פתרון חד-משמעי, שכן אי אפשר לטעון טענות אנטומיות חד-משמעיות על המוות מבלי להיכנס לשיפטים ערכיים ולהטיות תרבותיות. במשך השנים ויכוח זה התפלג לאסכולות שונות. יש כאלה המאמינים כי די בהרס גזע המוח, האחראי על הנשימה, יש המאמינים בהרס קליפת המוח ויש הממשיכים לדבוק בתפיסה כוללת של מוות מוחי ואינם מכירים בהפרטת הגדרת המוות לחלקים ולתתי-פונקציות. חוסר ההסכמה על מיקומו האנטומי של המוות יצר בלבול ומבוכה לא רק במסד הרפואי, אלא גם, כפי שנראה בהמשך, מחוצה לו.

בהתייחסו למחלוקת פרופסיונלית זו הזהיר הביוראתיקן רוברט ויץ' מגלישת הוויכוח הפרופסיונלי על מיקומו האנטומי של המוות להגדרות סוחפות מדי של חיים ומוות. כדי להישמר מהמדיקליזציה של המוות מציע ויץ' להפריד בין מושג המוות לבין הקריטריונים של המוות. לטענתו, מושג המוות הוא עניין תרבותי ואילו קריטריוני המוות הם עניין רפואי-מדעי גרידא (Ibid., p. 60). אך האם אפשר באופן פשוט להפריד בין ההגדרה הביולוגית של המוות להגדרה החברתית שלו? הפרדות כאלה, טוען ברונו לאטור, הן מלאכותיות, שכן היחס שבין האובייקטיבי והסובייקטיבי נוצר בכל פעם מחדש. הביולוגיה זקוקה לתרבות כדי להתנסח בלשון בני אדם, והתרבות זקוקה לביולוגיה כדי לעגן את האקראיות שלה בסד הנצחי של הטבע (Latour, 1993). גילויים של ממדים ביולוגיים נסתרים בתהליך המוות לא בהכרח פותר את המחלוקת התרבותית ולעתים אף מקשה עליה. ככל שהמוות מתגלה כתהליך מורכב, כך גוברת המבוכה על אודות חוסר ההלימה בין המשמעויות התרבותיות והפיזיולוגיות של מושג המוות.

טכנולוגיה, תרבות ומוות

המחקר האנתרופולוגי מבחין בין ההיבט הביולוגי של המוות להיבט החברתי והתרבותי שלו. נקודת המבט האנתרופולוגית מדגישה את המוות כתהליך, את ה־ars moriendi, את המשמעויות התרבותיות הכרוכה בתהליך הגסיסה והמוות (Hertz, 1960; V. Turner, 1969). המוות הביולוגי נתפס כנקודת סיום או מעבר בתהליך ארוך יותר שליווה את הגוסס בדרכו

לעולם שכולו טוב. הגדרת המוות המוחי טרפה מחדש את הקלפים מבחינת היחס שבין הנקודה הרגעית הזו לתהליך התרבותי העוטף אותה. הוויכוח על מיקומו האנטומי המדויק של המוות המוחי חשף כי גם המוות הביולוגי הוא בגדר תהליך יותר מאשר בגדר נקודה אובייקטיבית קבועה. ההתנגדות למוות מוחי מחוץ לפרופסיה הרפואית התמקדה בעמימות זו. הגדרת המוות המוחי נתפסה כעניין סובייקטיבי אשר נתון לוויכוח. יתרה מכך, ללא תהליך התרגום המטביע, לפי לאטור, את חותמה של האובייקטיביות "מעבר לכל ויכוח" על ידע מדעי, נתפסה הגדרת המוות המוחי כהגדרה פרטיקולרית הקשורה לקבוצה חברתית ספציפית ולא לידע מופשט מאינטרסים, וכזו היא נתקלה בהתנגדויות חריפות (Latour, 1987).

למעשה, אפשר לראות בהגדרת המוות המוחי אמת מידה לאמון במערכת הרפואית המערבית. בקרב מדינות שבהן המערכת הרפואית המערבית הגמונית, הפקפוק בהגדרת המוות המוחי הוא נחלת קבוצות מיעוט (Siminoff & Arnold, 1999);⁸ במדינות שבהן הרפואה המערבית נתפסת כ"זרה", כפי שהאנתרופולוגית מרגרט לוק מצביעה במחקרה על יפן, ההתנגדות להגדרת המוות המוחי עזה (Lock, 2002).

תפיסת המוות שהנחתה את חברי ועדת הרווארד הייתה בעיקרה נוצרית והסתמכה על המונופול שרכשה הרפואה בעידן המודרני על קביעת מוות ועל שימוש בגופות לצרכי רפואה (Korf & Wicht, 2004; Park, 1995). קשה להפריד בין התפיסה הדתית לתפיסה התרבותית של המוות. כאמור, גם חילוננו של המוות לא ערער את ההנחות הדתיות על מהותו של המוות ועל תפקודו. בהתאם למסורת זו, הגדרת המוות המוחי לא עוררה התנגדות של ממש בקרב הדת הנוצרית – בוועדת הרווארד ישב תיאולוג, ופרופ' ביצ'ר, יו"ר הוועדה, אף מעיד על עצמו כאדם שהושפע מהמוסר של התיאולוגיה הפרוטסטנטית. הנצרות בכללותה, והכנסייה הקתולית בפרט, לא ראו עניין מיוחד בהגדרת המוות המוחי. למעשה, כבר בשנת 1957, עשור לפני הגדרת המוות המוחי, העניק האפיפיור פיוס ה' 12 מעין זיכיון לרופאים להחליט על רגע קביעת המוות (Veatch, 2000). באיגרת לאגודת המרדימים העולמית כתב כי את הכס הקדוש מעניינת הנשמה ואת תחלואי הגוף הגוסס הוא משאיר לרפואה. זרמים פרוטסטנטים מקבלים גם הם את הגדרת המוות המוחי (Baruch, Brody, Engelhardt & McCullough, 1997; Fletcher, 1979). וכך גם הזרמים העיקריים באסלאם (Syed, 1998). על היחס המורכב לנושא ביהדות אעמוד בהמשך. באופן כללי אפשר לומר שהגדרת המוות המוחי התקבלה בקלות יתר בתרבויות המושתתות על האמונה המונותיאיסטית. עם זאת, קשה להפריד את ההתנגדות להגדרת המוות המוחי בארצות אסיאתיות מתבניות תרבותיות אחרות בנוסף לגורם הדתי.

הטענה האתנית נגד המדיקליזציה של המוות

אתיקנים ומבקרים חברתיים מעלים שתי טענות מרכזיות נגד הגדרת המוות המוחי. האחת קשורה לתהליך הכללי של המדיקליזציה של החברה, והשנייה לקשר ההדוק מדי, המחשיד אפילו, בין הגדרת המוות המוחי לשימוש בגופות של חולים שמתו מוות מוחי לצורכי

8 סימינוף וארנוולד הראו כי אפרו-אמריקנים נוטים לחתום על כרטיסי תרומות איברים פחות מלבנים, בשל חוסר אמון במערכת הרפואית הכולל, בין השאר, חשד בהגדרת המוות המוחי (Ibid.).

השתלות איברים. החלוקה שמציע הביוראטיקן רוברט ויץ' בין המוות כמושג תרבותי לבין אמות המידה לקביעת מוות היא למעשה הצעה לחלוקת עבודה בין הפרופסיה הרפואית לבין העולם האתי (Veatch, 1972). הפחד הוא כמובן ממדיקליזציה גורפת שתסחוף את העולם התרבותי המתלווה להגדרת המוות לידי הרפואה. הפילוסוף הנס יונאס, ראשון המבקרים של הגדרת המוות המוחי, קרא לרופאים למשוך את ידיהם מעיסוקים שלא הוכשרו אליהם, כלומר מעיסוק בשאלות המטפיזיות של חיים ומוות (Jonas, 1974). הוויכוח בפרופסיה הרפואית-מדעית על התפקודים החיוניים לחיים (ראו למעלה) רק חרף את הביקורת האתית, כי הגדרת המוות המוחי גלשה מהשאלות האינסטרומנטליות על אופן הגדרת המוות לשאלות הערכיות על מה נחשב לסוף החיים. שאלות כאלה, טוענים ביוראטיקנים רבים, לא צריכות להתברר בפרופסיה הרפואית לבדה, אלא במסגרת דיון ציבורי פתוח.

הגדרת המוות המוחי הותקפה כדוגמה להשתלטות הרפואה על העולם החברתי מכיוון נוסף. נטען כי הגדרת המוות המוחי נולדה בחטא, מכיוון שמטרתה העיקרית הייתה ליצור מאגר של איברים לתעשיית ההשתלות המתפתחת.⁹ בכלל, המבקרים טוענים כי האווירה הכללית המלווה את דיוני הוועדה, כמו את החלטותיה והמלצותיה, הייתה תועלתנית. תפיסות תועלתניות, כך נטען, אינן צריכות להישקל בנוגע להחלטות עקרוניות. שיקולים שכאלה מצמצמים את המציאות המורכבת של הגדרות החיים והמוות לכדי טיעונים בדבר עלות אחזקת החולה במכונות ההחייאה, השימושים בחולים שמתו מוות מוחי לצורך מחקר רפואי או שאלות של צוואה מהירה (Pernick, 1999). עיקר הבעיה, טוענים המבקרים, לא טמון בהשתלות איברים כרפואה שאכן מצילה חיים או בהגדרת המוות המוחי כשלעצמה, אלא בחיבור האינסטרומנטלי שביניהן. הדיון בשאלת המוות הוא דיון עקרוני שיש להפרידו מהתועלת או מחוסר התועלת שאפשר להפיק מגופות הנפטרים.

לסיכום, הגדרת המוות המוחי מאפשרת בחינה מדוקדקת של תהליכי מדיקליזציה ודה-מדיקליזציה. מצד אחד, לפרופסיה הרפואית-מדעית יש חזקה מסורתית על קביעת מוות ועל עיסוק בגופות. חזקה זו באה לידי ביטוי, כפי שמצוין לעיל, בהיתר הגורף שנתן האפיפיור לפרופסיה הרפואית בנוגע להגדרה הביולוגית של המוות.¹⁰ מצד שני, תהליך המדיקליזציה נתקל במכשולים בשלושה מישורים עיקריים: במישור האנטומי, במישור התרבותי ובמישור האתי. עם זאת, הדינמיקה שבין תהליכי מדיקליזציה ודה-מדיקליזציה אינה מציינת בהכרח לחלוקה המשולשת הזו, אלא נעה ממישור שיח אחר למשנהו בהתאם להקשרים שבהם היא מתנהלת. בחלקו השני של המאמר אציג את האופן שבו הטיעונים בעד הגדרת המוות המוחי ונגדה חוצים מישורים אלה ומשתמשים ברזומנית בהנחות תרבותיות, בידע רפואי ובתפיסות אתיות כמשאבי כוח לשם ביצור עמדות ושכנוע דעת קהל. טענתי העיקרית בחלק

9 טענה זו יש ביסוס מסוים במציאות; כבר במכתב המינוי שצוטט לעיל טען יו"ר הוועדה כי יש להגדיר את המוות בצורה כזו שתגדיר אמנם את מותו של המוח, אך תבטיח ששאר איברי הגוף שומרים עדיין על חיוניותם וניתן יהיה להשתמש בהם (Belkin, 2003, p. 328). השימושים המרכזיים בנופות באותם ימים היו לצורכי לימוד והכשרה, אך חזית המחקר הרפואי הייתה רפואת השתלות האיברים. אחד מחברי הוועדה היה זוכה פרס נובל לרפואה, חלוץ השתלות הכליה, ג'וזף מורי (Murray). אמנם רפואה זו הייתה עדיין בחיתוליה, אך הצורך באיברים חיים לפיתוחה של הטכנולוגיה היה כבר ברור לכל.

10 ובכך אולי שימר בידי הכנסייה את הסמכות לקביעת המשמעות הרוחנית של המוות.

זה של המאמר היא כי הוויכוח בישראל על הגדרת המוות המוחי מאפשר לבחון את האופן שבו טכנולוגיה, תרבות ומדע משתבצים בהקשרים מקומיים אידיוסינקרטיים, המעצבים את המאבק בין תהליכי מדיקליזציה ודה-מדיקליזציה בנוסח מקומי.

חלק ב': הוויכוח על אודות הגדרת המוות המוחי בישראל

במרס 2008 התקבל בכנסת חוק המוות המוחי-נשימתי. החוק התקבל במקביל לחוק ההשתלות לאחר דיונים וויכוחים שנמשכו שנים רבות. החוק אמור להיכנס לתוקף רק באחד במאי 2009 ומוקדם עדיין לקבוע את השלכותיו או את מעשיותו. בחלק זה של המאמר אדון במהלכי הוויכוח שקדמו לחקיקה ובאופן שבו נקבעה בסופו של דבר הגדרת המוות המוחי בישראל.

הקשרי הוויכוח

את הוויכוח על הגדרת המוות המוחי בישראל יש להבין מתוך שלושה הקשרים: ההקשר ההלכתי, ההקשר הרפואי וההקשר הפוליטי. ההקשר ההלכתי מתנהל ביחס להקשר האנטומי הכללי של הוויכוח על מוות מוחי, כלומר ביחס לעמימות שיש בנוגע לחלק המוח החיוני לחיים. ההקשר הרפואי מתנהל ביחס למחסור באיברים להשתלה וקושר בין קבלת הגדרת המוות המוחי לנכונות לתרום איברים. ההקשר ההלכתי וגם ההקשר הרפואי נגזרים ממישורי שיח דומים הקיימים גם במדינות אחרות מלבד ישראל, אלא שהאופן שבו מתנהל הוויכוח בין הגורמים הדתיים לגורמים הרפואיים הוא ייחודי לתרבות הפוליטית בישראל. ההקשר הפוליטי מנווט אפוא את המאבק בין תהליכי המדיקליזציה והדה-מדיקליזציה בישראל לנתיבים ייחודיים של הסדרי סכסוכי דת ומדינה. טענתי היא שאת הוויכוח על הגדרת המוות המוחי בישראל אפשר להבין רק מתוך המסגרת המשולשת המתייחסת בו-זמנית להקשר ההלכתי, להקשר הרפואי ולאופן שבו הם משובצים בהקשר הפוליטי של החברה הישראלית.

ההקשר ההלכתי

בניגוד להיתר הגורף שהעניק האפיפיור ב-1957 לפרופסיה הרפואית לקביעת רגע המוות, היהדות האורתודוקסית רואה חשיבות עליונה בהגדרת רגע המוות. זאת משום שלפי היהדות אסור לקרב את מות האדם ("אפילו לא ברגע"), כדי שלא לחטוא בשפיכות דמים. מכאן שהצגת המוות כתהליך רב-שלבי מחייבת עיון מחודש בהגדרות ההלכתיות. כאמור, ההגדרה המקובלת בהלכה לקביעת רגע המוות הסתמכה על הפסקת הפעילות האירובית. רבני היהדות האורתודוקסית נחלקים בשאלה אם אפשר להוסיף על ההגדרה המקובלת את הגדרת המוות המוחי; ראשי הפוסקים של היהדות החרדית האולטרה-אורתודוקסית, הרבנים אויברך ואלשיב, דוחים את הגדרת המוות המוחי כהגדרה קבילה ליהודים, ובקרב חוגים מתונים יותר ביהדות האורתודוקסית נחלקות הדעות לאלה הרואים בהרס המוח כולו תנאי מינימום להגדרת המוות המוחי ולאלה המוכנים לקבל את הרס גזע המוח, האחראי על תפקודי הנשימה, כהגדרה קבילה למוות (שטיינברג, 2001). אין זה המקום להיכנס לפירוט

ההנמקות והטיעונים בעד ונגד הגדרת המוות המוחי; "אלה גם אלה שואבים הצדקות מהמקורות, מהפוסקים הראשונים והאחרונים, מהתלמוד ומהגמרא. עם זאת, מעניין לראות כי הוויכוח ההלכתי נע באותו המסלול שבו נע הוויכוח בפרופסיה הרפואית – בין חסידי תפיסת ההרס הכולל של המוח ובין אלה הרואים בהרס חלק מסוים של המוח קריטריון מספק להכרזת המוות. מעבר לכך, שני הוויכוחים מתנהלים בתוך קהילת הידע – הרפואית במקרה אחד והרבנית במקרה שני, ובשני המקרים שאלת הגדרת המוות המוחי מתבררת תוך כדי הסתמכות על גופי ידע מוסכמים ועל הליכים מקובלים של התדיינות בין ברי סמכא בנושא. יש לציין שתי נקודות נוספות בנוגע להקשר ההלכתי של הוויכוח על מוות מוחי. ראשית, בניגוד לדעה המקובלת שלפיה היהדות האורתודוקסית עשויה מקשה רעיונית אחת בעניין הגדרת המוות המוחי, הרי ששאלת המוות המוחי מעוררת ויכוח הלכתי ער בין תומכים ומתנגדים. שנית, הוויכוח הוא עקרוני ויש לו השלכות חמורות; אופן קביעת המוות הוא אינו עניין שאפשר להקל בו ראש, בשל עבירת שפיכת הדמים שהרופאים עלולים לעבור בקרבם את מותו של אדם בטרם עת. כל הגדרה שאינה מבססת את הפסקת פעילות הלב, כתוצאה ישירה או עקיפה של הפסקת פעילות המוח, חייבת להיות מדויקת ומוחלטת, שמא ייווצר מצב שבו מתירים הרבנים רצח.¹²

הוויכוחים ההלכתיים הגיעו גם לשערי הרבנות, וב-1986 נדרשה הרבנות הראשית לקבוע עמדה בעניין. סעיף 4 בהחלטת מועצת הרבנות הראשית קובע כי: "בהסתמך יסודות הגמרא... נקבע המוות על פי ההלכה בהפסקת הנשימה... לכן יש לוודא שהנשימה פסקה לחלוטין באופן שלא תחזור עוד. זאת ניתן לקבוע על ידי הוכחת הרס המוח כולו, כולל גזע המוח שמפעיל את הנשימה העצמית באדם".

עמדתה של מועצת הרבנות הראשית חשובה לא רק משום שהיא מאמצת את העמדה ההלכתית המתונה, המסתפקת בהרס חלקי של המוח, אלא גם מכיוון שהיא מציעה פרוטוקול רפואי מפורט לחלוטין שעל-פיו אמורה להתקבל הכרזה "כשרה" על מוות מוחי. סעיף 5 בהחלטת מועצת הרבנות הראשית מפרט את התנאים אשר הופכים את הגדרת המוות המוחי להגדרה לגיטימית בעיני הרבנות:

- א. ידיעה ברורה של סיבת הפגיעה.
- ב. הפסקה מוחלטת של הנשימה הטבעית.
- ג. הוכחות קליניות מפורטות שגזע המוח הרוס.
- ד. הוכחות אובייקטיביות להרס גזע המוח באמצעות בדיקות מדעיות כגון: BERA.¹³
- ה. הוכחה שהפסקת הנשימה המוחלטת ואי פעילות גזע המוח נשארים בעינם 12 שעות לפחות, תוך טיפול מלא ומקובל (פרסום מועצת הרבנות הראשית מ-3 בנובמבר 1986, מצוטט אצל קרמר, 2001, עמ' 113).

11 לפירוט ממצה של העמדות בקרב פוסקי הלכה אורתודוקסים ראו את מאמרו של הרב יצחק ברייטוביץ באתר הבא: <http://www.jlaw.com/articles/brain.html>

12 השתלות הלב הראשונות עוררו דיונים הלכתיים אם מדובר ברצח כפול, הן של התורם הן של המקבל (הלפרין, 1986).

13 מכשור המאפשר לוודא את הרס גזע המוח.

הצעת הרבנות לפרוטוקול מפורט להגדרת מוות מוחי מדגישה את הניגוד בין התייחסותה של ההלכה האורתודוקסית לעניין לבין התייחסותה של הכנסייה הקתולית אליו. כאמור, הכנסייה הקתולית התירה מרחב פעולה רחב למדי לפרופסיה הרפואית ולא התעניינה בדקויות האנטומיות של הגדרת המוות המוחי. עם זאת, מתוך הדקדוק והפלפול המדעי-הלכתי, המלווה את המחלוקת בקרב היהדות האורתודוקסית, אפשר להצביע על נקודת ההסכמה המשותפת המונחת בתשתית הוויכוח ההלכתי: שאלת רגע המוות היא שאלה עקרונית של "ייהרג ובל יעבור", בשל החשש משפיכות דמים ומקירוב שעתו של אדם בטרם עת מצד אחד, והחשש מפני עבירת הלנת המת מהצד השני.

השתלות איברים: ההקשר הרפואי

הקשר המרכזי שבין הגדרת המוות המוחי לרפואת השתלות האיברים נוגע בבעיית מקור האיברים להשתלה. בעוד שכליות, אונות ריאות וכבד אפשר להשתיל מתורמים חיים, לב, לבלב ואיברים נוספים (למשל, מעיים) אפשר להשתיל מגופות בלבד. כדי שההשתלה תצליח, חייב האיבר המושתל לשמור על חיוניותו, כלומר, שאספקת הדם אליו לא תיפגע ככל האפשר. מקרי מוות מוחי, שבהם הלב ממשיך לפעום באופן מלאכותי ולהזרים דם רווי חמצן לאיברי הגוף, מהווים לפיכך מאגר מתאים להשתלות איברים. המחסור המתמשך באיברים להשתלה מקנה לשאלת השימוש באיברי גופות חשיבות רבה.

למעשה, הדיון בשאלת הגדרת המוות המוחי נלווה תמיד לדיון במצוקת האיברים להשתלה. זהו ההקשר הרפואי-תועלתני של הוויכוח. למרות הניסיונות להפריד בין השניים, הרי שגם דיונים עקרוניים על הגדרת המוות המוחי, כמו הדיון ההלכתי או האתי, מלווים כמעט תמיד בהקשר הרפואי של השתלות איברים ובעיית המחסור של איברים להשתלה. עם זאת, דווקא ההקשר התועלתני של הצלת חיים באמצעות השתלות איברים מדגיש את הצורך הדחוף בדיון עקרוני בהשלכות החוץ-רפואיות של הגדרת המוות המוחי. נדמה כי ההקשר ההלכתי שבו נדונה המחלוקת על מוות מוחי ממחיש היטב את הדילמה העקרונית בין עבירת "שפיכות הדמים" שבקירוב שעתו של אדם בטרם עת (הגדרת מוות מוחי) ובין עבירת "לא תעמוד על דם רעך" ו"פיקוח הנפש" שיש בהשתלות איברים.

ההקשר הפוליטי

עד כה הוויכוח על מוות מוחי הוצג כוויכוח בין תפיסות-עולם, דעות מקצועיות ופרשנות תרבותית, אך לוויכוח בישראל יש ייחוד המבדיל את התנהלותו כאן מן האופן שבו הוא מתנהל במקום אחר (למשל, בארצות-הברית) בין אותם צדדים בדיוק. שני מאפיינים מבניים מעצבים את ההקשר הפוליטי המייחד את הוויכוח בישראל מוויכוחים דומים במקומות אחרים. הראשון מתייחס למעמדה ההגמוני של האורתודוקסיה כמייצגת הבלעדית של היהדות באשר היא, והשני נוגע ליחסים הסבוכים בין שיח חילוני לשיח דתי בישראל ולדרכים השונות שבהן מתנהל הסכסוך בין דתיים לחילוניים בארץ. בהתאם לנקודה הראשונה, תפיסותיהם הליברליות של הזרמים הקונסרבטיביים והרפורמיים, המכירים בהגדרות הרפואיות ככתבן וכלשונו, אינן נחשבות לבעלות תוקף שווה לעמדת היהדות האורתודוקסית. בהתאם לנקודה השנייה, הוויכוח בין הפרופסיות נוצק לתוך התרבות הפוליטית של יחסי דת ומדינה בישראל. להלן אפרט בקצרה את שתי הנקודות.

קיימת שורה ארוכה של ספרות מחקרית אשר דנה בהגדרתה הכפולה של מדינת ישראל כמדינה יהודית ודמוקרטית (מאוטר, שגיא ושמיר, 1998; עילם, 2000; קימרלינג, 1994). לענייננו חשובות שתי נקודות העולות ממתכונת פוליטית ייחודית זו: הראשונה קשורה להיבט המוסדי שמתמקד בקיומה של מערכת מופצלת, המקנה למוסדות דתיים אוטונומיה בנושאים של אישות ושל חינוך (דון-יחיא, 1989). אמנם, מעמדן הפוליטי של הרבנות הראשית ושל המועצות הדתיות נופל בהרבה מזה של המערך השלטוני הכולל, אך כפי שראינו קודם לכן ביחס לעניין הגדרת המוות המוחי, הרבנות הראשית ומועצתה רואות לעצמן זכות לקבוע הלכות ולהביע עמדות בעניינים הטורדים את הציבוריות הישראלית באופן כללי, ובסכסוכי דת ומדינה יש לה ולעומדים בראשה משקל לא מבוטל. הנקודה השנייה קשורה לתרבות הפוליטית של ניהול סכסוכים בין דתיים לבין חילוניים בישראל. סכסוכים אלה מתנהלים במתכונות קבועות – מהתלקחות הסכסוך למלחמת תרבות ועד להסדרת המחלוקת במסגרת של הסכמי סטטוס קוו (בועז, 2001; דון-יחיא, 1997; רביצקי, 1997). להלן נראה כיצד מאפיינים אלה השתלבו עם ההקשר ההלכתי ועם ההקשר הרפואי של השתלות איברים לכדי נוסח מקומי ייחודי של הוויכוח על הגדרת המוות המוחי.

מסוגיה הלכתית לוויכוח פרופסיונלי

עם הפיכתה של רפואת השתלות האיברים מרפואה ניסיונית לרפואה שגרתית בשנות השמונים, החליט פרופ' דן מיכאלי, מנכ"ל משרד הבריאות באותה התקופה, לקבוע מסמרות הלכתיים לתפיסת המוות המוחי. למעשה, זהו הרקע להחלטת מועצת הרבנות הראשית על מוות מוחי שצוטטה לעיל. לימים סיפר פרופ' מיכאלי כי חשב שהרבנות הראשית תהווה חותמת גומי להליך מקובל בעולם הרפואי ותתרום לכך שהאוכלוסייה הדתית בישראל תקבל את הגדרת המוות המוחי.¹⁴

עם זאת, בניגוד למהלך החלק באופן יחסי שבו קיבלו מנהיגיהן של שאר הדתות המונותאיסטיות את הגדרת המוות המוחי, בקרב מנהיגי היהדות האורתודוקסית נתקלה הגדרת המוות המוחי בקשיים. כפי שראינו קודם לכן, הקשיים נבעו משורת קביעות הלכתיות על הגדרת המוות, הממלכדות את הגדרת המוות המוחי בין עבירות חמורות של "שפיכות דמים" מצד אחד לבין עבירות של "הלגת המת" מצד שני. המתח שבין ההיסוס בנוגע לפסיקה בעניין הגדרת המוות המוחי לבין תחושת הדחיפות והנחיצות בפסיקה חד-משמעית, אשר תתמוך בהגדרת המוות המוחי, עמד בלב הוויכוח. אולם המחלוקת על הגדרת המוות המוחי לא התנהלה רק באווירה אקדמית של פלפולי חכמים וחידושים טכנולוגיים, אלא נטרפה לכדי ממשות סבוכה אחת המקפלת לתוכה עולמות תוכן מרובים.

להלן דוגמה לאירוע טרגי המשלב את המציאות הקשה של הסכסוך הישראלי-פלסטיני עם השתלות איברים ועם ההגדרות המתחרות על הגדרת המוות בין הרופאים, אנשי הדת ומשפחת החולה: במוצאי שבת, ה-15 בינואר 2005, נפצעה אנושות אלה אבוקסיס, בת 17 משדרות, כאשר ניסתה להגן על אחיה תמיר בן העשר מפגיעת קסאם. אלה, ששמה שונה בעצת הרבנים לאיילה-חיה, סבלה מפגיעה מוחית חמורה לאחר שרסיס הרקטה פגע בגזע

14 ראו תמרה טראובמן, "לא ממש מתים", הארץ, 25 בפברואר 2002.

מוחה. איילה-חיה חוברת למכונות החייאה במחלקת טיפול נמרץ בבית החולים סורוקה בבאר שבע, אך מכיוון שלהערכת הרופאים מצבה היה חסר סיכוי הם פנו למשפחה בבקשה לתרומת איברים. המשפחה התייעצה עם הרב ישראל לאו וזה קבע כי "שלושה דברים קובעים את מותו של אדם – המוח, הלב והריאות. אם אחד משלושת אלה פועל, אין לקבוע מוות" (לביא, 2005). חמישה ימים שכבה איילה-חיה מחוברת למכונות ההנשמה עד שנתקה לבקשת המשפחה למען "לא תסבול אפילו לא עוד שבת אחת".¹⁵

עמדתו של הרב לאו בנושא מפתיעה בקיצוניותה, ואינה מייצגת אפילו את עמדתה של הרבנות הראשית כפי שצוטטה לעיל. למעשה, עמדתו זהה לתפיסה ההלכתית השמרנית של החוגים החרדיים ביותר אשר אינה מוכנה כלל להכיר בתפיסת המוות המוחי. כמה ימים לאחר פטירתה של איילה-חיה יצא ד"ר יעקב לביא, בכיר משתילי הלב בארץ, בכתב האשמה חריף נגד הרב לאו.

"כאדם משכיל" כתב ד"ר לביא "ודאי ידוע לרב לאו שבהיסטוריה הרפואית אין ולו מקרה אחד של אדם ששב לחיות לאחר שנקבע מות מוחו. האם אינו מבין כי הטענה האומללה והשגויה שאין לקבוע מוות של אדם בטרם חדל לבו מלפעום לא תציל אף נפש אחת בישראל, אלא להפך?" (לביא, 2005) [ההדגשות שלי, ח. ב.].

שתי נקודות חשובות עולות מפרשת אי-תרומת איבריה של איילה-חיה ז"ל, והן ממצות את אופיו המיוחד של הוויכוח על מוות מוחי בישראל. הראשונה מתייחסת לפניית המשפחה לרב לאו בנוגע למוות המוחי; בהקשר זה יש לציין כי משפחת אבוקסיס אינה משפחה חרדית וכי הרב לאו כבר לא שימש באותה תקופה כרב ראשי לישראל. מדוע, אם כן, שימש הרב האורתודוקסי סמכות משמעותית כל כך בעבורם?

את הפנייה לרב אפשר להבין רק מתוך הדינמיקה של האינטראקציה בין דתיות לחילוניות בחברה הישראלית. המחקר מצביע על כך שדתיות וחילוניות הן אינן דפוסים בעלי מהות קבועה, אלא בגדר מושגים הקשורים ויחסיים (גודמן ויונה, 2004; שנהב, 2003). כך למשל אורח חיים חילוני או מסורתי אינו מרמז בהכרח לציות לסמכות דתית ממלכתית, כמו הרבנות הראשית. בנושאים רבים הלגיטימציה שמעניקות סמכויות רבניות מתונות או ממלכתיות אינה נתפסת כמספקת. התרבות הפוליטית של יחסי דת ומדינה מצביעה על כך שבמשברים בין הסמכות המדינית לבין סמכות ההלכה יש לרבני העדה החרדית משקל העולה על ייצוגם היחסי באוכלוסייה (זיסר וכהן, 1998). והעמדה החרדית הבלתי-מתפשרת נתפסת כמייצגת האוטנטיות של היהדות (לוז, 1985; פרידמן, 1988). כך שלמעשה הדינמיקה של המתח הדתי-חילוני בישראל אינה יצוקה לתבנית דואלית של דתיים מול חילונים, אלא לתבנית משולשת של חילונים, דתיים וחרדים (בוזו, 2001).

ההזדהות עם מנהגי דת והצורך במעטפת היהדות מתבטאים ביתר שאת כשמדובר בסוגיות של חיים ומוות. כך למשל, לפי דוח גוטמן, למרות חוק הקבורה האזרחית המתיר לכל אדם להיקבר לפי השקפתו, רוב הישראלים מעדיפים להיקבר לפי המתכונת האורתודוקסית (לוי,

15 רוני סופר ושמוליק חדר, "איילה משררות נותקה ממכשירי החייאה", *Ynet*, 21 בינואר 2005. אוחזר מתוך <http://www.ynet.co.il/articles/0,7340,L-3035400,00.html>

לוינסון וכ"ץ, 2002). באופן דומה, רוב הישראלים, חילונים ודתיים כאחד, נתפסים לדת כגורם המרכזי המונע מהם לחתום על כרטיס תרומת איברים (אשכנזי, 2001). לעניין זה נדמה שמתאימה המשגתו של הסוציולוג תומס לקמן על "הדת הבלתי נראית" (invisible religion) – מערך אמונות, פרקטיקות והשקפות עולם המתבססות בקרב חברות תעשייתיות מודרניות ונוגעות לסדרה של סוגיות מהותיות כמו משמעות המוות, גורל וכיו"ב (Luckman, 1967). לטענתו של לקמן, בסוגיות הוותיקות גורל ובעלות השלכות טרנסצנדנטיות, גם כאלה המגדירים עצמם כחילונים מחזיקים בתפיסות שאפשר להגדירן כדתיות. כך אפשר להסביר את השכיחות הגבוהה של טיעונים שיכולים להיות מיוחסים (בטעות) ליהדות בסירוב לחתום על כרטיסי תרומת איברים (אשכנזי, 2001). נדמה כי הדת נתפסת כאן כקולב לתלות עליו את אשכול הפחדים המלווים את סוגיית השתלות האיברים בכלל ואת שאלת המוות המוחי בפרט. לפיכך, כאשר מעלים הרופאים את עניין השתלות האיברים, אין פלא כי הפנייה לסמכות הרבנית היא כמעט אוטומטית; כאשר מדובר במוות, היהודים הישראלים מגלים מחדש את היהדות ונהפכים לרגע לנאמניה האדוקים.

הנקודה השנייה החשובה לענייננו נוגעת לעצם עמדתו של הרב לאו. הרב לאו, שהיה חבר מועצת הרבנות הראשית בזמן שנקבעה החלטתה להכיר במוות גזע המוח כמוות לכל דבר ואף שימש במשך עשור כרב הראשי האשכנזי לישראל, מתנער למעשה מעמדתה של הרבנות הראשית ומביע את עמדתם המחמירה של הרבנים אויירבך ואלישיב, המתנגדים להגדרת המוות המוחי באשר היא. ד"ר לביא מאשים לפיכך את הרב לאו בדו־פרצופיות (לביא, 2005), שכן בעת כהונתו כרב ראשי, ואף בזמן שקרובת משפחתו הייתה זקוקה להשתלה, הוא נרתם לנושא והכיר במוות גזע המוח כמוות המאפשר תרומת איברים, והנה במקרה זה חזר בו והעלה מחדש את הטענה "האומללה והשגויה" על מות הלב. מעבר לשינוי המתמיה שחל בעמדותיו, הרי ש"דו־פרצופיותו" היא שיקוף נאמן של הפער בין עמדת הרבנות הראשית ובין העמדה השמרנית של פוסקי ההלכה בחוגים החרדים הקיצוניים.

שתי נקודות התייחסות אלה מציגות את האינטראקציה בישראל בין ההקשר המוסדי של יחסי דת וחברה להקשר התרבותי שלהם. במובן זה פרשת אבוקסיס חורגת מייחודה ההיסטורי; במכלול אירועים אחד ובמספר מצומצם של שחקנים היא מקפלת לתוכה את ההקשר התרבותי-פוליטי של הוויכוח על המוות המוחי.

ברמה המוסדית, סוגיית המוות המוחי נדונה בין נציגיה המוסמכים של המדינה בענייני דת, קרי הרבנות הראשית, ובין נציגיה המוסמכים של המדינה בענייני רפואה, קרי הממסד הרפואי, אך לערוץ דיון זה קיים ערוץ נלווה המתייחס למחלוקת בעולם הרבני. מחלוקת זו הקרינה בהכרח גם על הדיאלוג שבין הממסד הרבני והממסד הרפואי בעיקר בשאלות של סמכות. במובן זה, "דו־פרצופיותו" של הרב לאו משקפת את המתח שבין ערוץ הדיון הממלכתי, שבו נדונות הפשרות על הגדרת המוות המוחי, לבין ערוץ המחלוקת הפנים-הלכתי, המסעיר את היהדות החרדית שאליה שייך הרב לאו. עמדה כפולה זו אינה ייחודית לרב לאו; היא משותפת למעשה לאנשי המחנה האורתודוקסי בסוגיית המוות המוחי והשתלות האיברים. מצד אחד, דין הממלכה בהכשר הרבנות הראשית מכיר במוות גזע המוח, האחראי על תפקודי הנשימה, כמוות מקובל. מצד שני, אי אפשר להתעלם מהמחלוקת ההלכתית ומסירובם המתמיד של פוסקי הדור להכיר בפשרה בנושא. כפי שאראה בהמשך זהו האתגר שעומד בפני יישום חוק המוות המוחי-נשימתי.

כאמור, הפנייה ב־1986 של הפרופ' דן מיכאלי (מנכ"ל משרד הבריאות דאז) לרבנות הראשית אמורה הייתה, לדבריו, להוות הליך ליצירת לגיטימציה ומתן גושפנקא לשימוש באיברים בעבור עולם ההשתלות, שהתפתח מאוד בשנות השמונים. אך למרות העמדה הליברלית, המכירה במוח גזע המוח כמוות לכל דבר, המלצות המועצה לא התקבלו כפרוטוקול מוסכם על הממסד הרפואי, ומה שאמור היה להוות מעין "חותמת גומי" הסעיר עוד יותר את הרוחות, והוויכוח עבר מפסים פנים־הלכתיים בקרב אנשי הדת ופנים־פרופסיונליים (בנוגע לדיוק ולמיקום בקביעת האנטומיה של המוות) בקרב הרופאים לוויכוח בין שתי קהילות ידע על זכות הבכורה להגדרת הגבול בין חיים למוות.

למעלה מעשרים שנה (מהצהרת הרבנות הראשית ב־1986 ועד לחקיקת החוק ב־2008) התנהל ויכוח בין הממסד הרפואי לממסד הרבני על הפרוטוקול המחייב שיש להנהיג בקביעת מוות מוחי. דרישותיה של הרבנות הראשית התחלקו לשלוש: ראשית, דרישה כי מוות מוחי ייקבע באמצעות מדדים סובייקטיביים ואובייקטיביים, הן באמצעות מכונה הן באמצעות אדם. דרישה שנייה הייתה שאדם המוסכם על הרבנות הראשית כנציגה יהיה נוכח בעת קביעת המוות. דרישה שלישית נגעה להקמתה של ועדת מעקב של משרד הבריאות שתפקח ותבקר על קיומם המלא של שני הסעיפים הקודמים. דרישות אלה לא היו מקובלות על הממסד הרפואי, והן נתפסו בעיניו כפלישה לתחום השיפוט הפרופסיונלי שלו. ב־1996 פרסם אבינועם רכס, פרופסור לנוירולוגיה בבית החולים הדסה, את הנימוקים הבאים לדחיית דרישות הרבנות הראשית:

את הטיפול בחולי, ובמוות הבא לעתים בעקבותיו הטילה החברה על הרופאים ולא על הרבנים. קביעת רגע המוות היא עניין למומחים ברפואה, ולא למומחים ברבנות. אין מוות נפרד לעולם הרפואה ומוות אחר לעולם הרבנות. אין מוות שונה לחילוני ולדתי. לפיכך הרופאים אינם זקוקים ל"משגיח מטעם" שיקבע אם פעלו לפי "הנחיות הרבנות הראשית" בקובעם את רגע המוות. גם אם ה"משגיח" הוא רופא, את הדרישה לצירוף האוטומטי והגורף לוועדה, על־פי הנחיית הרבנות, יש לדחות על הסף. אם לא נדחה זאת היום, אנו עלולים למצוא את עצמנו מחר מעסיקים בכל בית חולים "משגיח מטעם". בית החולים הוא מקום שבו רופאים מטפלים בחוליהם במסירות ובנאמנות, ולעתים אף נאלצים לצפות במותם. בהיכל זה של הרפואה אין מקום לקומיסרים של דת. רופא "מטעם" חובש כיפה אינו טוב, ישר או מהימן ממני, הרופא החילוני, בקביעת המוות, וככזה אין לו מקום בוועדה.¹⁶

מעבר לגאווה הפרופסיונלית המשותפת לאנשי הממסד הרפואי באשר הם, מוטיבים מהתרבות הפוליטית המקומית של יחסי דתיים־חילונים נמזגים לטיעוניו של רכס. דרישת הרבנות ל"משגיח כשרות" בחדרי המיון וביחידות לטיפול נמרץ מעוצבת במתכונת מנגנוני ההסדרה של ה"סטטוס קוו". מנגנונים אלה, לטענת חוקרים, נועדו להשהות מחלוקות בין דת למדינה בישראל באמצעות דחיית ההכרעה הגורפת לעתיד לא ידוע והעברתן של מחלוקות אלה

16 אבינועם רכס, "רופא, לא קומיסר דת", הארץ, 25 בדצמבר 1996. אוהור מתוך ארכיון הארץ:

<http://www.haaretz.co.il/hasite/pages/arch/ArchSearchArt.jhtml>

לפתרון במישור המקומי והזמני (בועז, 2001; דון-יחיא, 1997). כך נוצרת תרבות פוליטית שבה התנגשויות בין תפיסות עולם מנוגדות – בין השקפות עולם יהודיות-אורתודוקסיות ובין השקפות עולם חילוניות – אינן מוכרעות על-פי עקרון הרוב, אלא מופרטות לרמה המקומית והזמנית.

הוויכוח על הגדרת המוות המוחי הוא דוגמה ברורה לאופן שבו מתבססים מגננוני הסדרה שכאלה. הגדרת המוות בישראל התבססה עד מרס 2008 על חוק האנטומיה והפתולוגיה משנת 1953, כלומר על חוק שחוקק חמש-עשרה שנה לפני שהוגדר המוות המוחי. חוק זה לא עודכן במשך למעלה מחמישים שנה מאז בשל המחלוקת הנדונה במאמר זה. מצבי מוות מוחי נדונים ומוכרעים אפוא בוועדות המקומיות בבתי החולים, אך כאשר הגדרת המוות נפרצת לשיקול דעתן המקצועי של ועדות אלו, חששו של רכס מ"מוות שונה לחילוני ולדתי" מתממש. כך למשל, בבית החולים הדתי שערי צדק קביעת מוות מוחי מעוררת סערה רבה יותר מאשר קביעה בבתי חולים אחרים בארץ. ביוני 2006 דווח על מקרה שבו נקבע מות מוחו של חולה במקום ואיבריו נמסרו להשתלה. הרב יוסף שלום אלישיב קרא למקרה "רציחה ממש" והרב הפוסק של בית החולים קבע כי "המרו את פיו".¹⁷ חוסר האחידות בקביעת רגע המוות יוצר מצב בלתי אפשרי, שבו בית חולים אחד מחמיר ובית חולים אחר מקל. בבית חולים אחד אדם ייחשב חי, בעוד שבבית חולים אחר הוא ייחשב מת; זהו הסטטוס קוו של המוות המוחי בישראל וכפי שאראה בהמשך, לא ברור אם החוק החדש ישנה מגמה זו.

הוויכוח בין הממסד הרפואי לממסד הרבני נסב על אמינות. עלבוננו של רכס מחוסר האמון שמפגינה הרבנות הראשית ביושרו המקצועי כולט לעין מהציטוט לעיל, אך שאלת האמינות בקביעת המוות בהקשר של השתלות איברים היא סוגיה שאינה ייחודית רק לישראל. כדי לפסול כל חשד לקביעת מוות נמהרת מדי לטובת השתלת איברי הגופה מתבצעת בעולם (וגם בישראל) הפרדה מוחלטת בין הצוות הקובע את המוות לצוות המשתילים. עם זאת, שאלת האמינות בהגדרת המוות המוחי חורגת במקרה הישראלי מהעניין הטכני בעיקרו של הפרדת הצוותים הרפואיים, ונוגעת בהשלכות הדתיות של קו החלוקה בין החיים למוות. בשל ההקשר הרפואי של המוות המוחי כחוליה ראשונה בשרשרת של הצלת חיים באמצעות השתלת איברים, המרחק בין עבירת "שפיכות דמים" ועבירת "לא תעמוד על דם רעך" הוא כחוט השערה. נדמה שאדם שאינו מצוי בעולמה של הלכה לא יבין את המשמעות העקרונית שיש בדיוק ובאמינות קביעת רגע המוות. דבריו של הנוירולוג, הרב פרופ' אברהם שטיינברג, שהשתתף, כאמור, בהחלטת מועצת הרבנות הראשית על הגדרת המוות המוחי, מבהירים את החששות שמאחורי דרישת הרבנות הראשית:

דרישת הרבנות הראשית היא שהקביעה תיראה אמינה. יש חששות שאולי מעגלים פינות, מקצרים הליכים, למרות שאני ברמה האישית הייתי מעורב בהרבה קביעות מוות מוחי, בהרבה בתי חולים בארץ, ומעולם לא ראיתי שהרופאים ניסו לעגל פינות. אני מודיע על כך בגלוי. אבל בציבור הרחב, ולאו דווקא בציבור הרבני,

17 יאיר אטינגר, "רבנים תוקפים את שערי צדק על נטילת איברים להשתלה מחולה מוות מוחי", הארץ, 25 ביוני 2006. אוחר מתוך ארכיון הארץ: <http://www.haaretz.co.il/hasite/pages/arch/>

אני שומע זאת מהרבה אנשים, יש חששות, זה הליך מסובך ואנשים שיקירם מת והולך לתרום איברים, רוצים להיות בטוחים ב-100% שהדבר נעשה כמו שצריך. ולכן הרבנות הראשית דרשה, שיהיו רופאים או אנשים אחרים אמינים על המערכת כולה, שישתתפו בהליך. כאשר הסיכום שאליו הגענו עם משרד הבריאות, שכל רופא שיקבל אישור לקבוע מוות מוחי, יעבור תהליך השתלמות מסודר. לא לומדים זאת בדרך כלל בבתי הספר לרפואה, זה נלמד בשטח, לא כולם יודעים לעשות זאת, אני כבר נתקל ברופאים שחתמו ולא ידעו בעצם על מה הם חותמים, הדברים האלה קורים. הדרישה היתה שזה יהיה אמין ככל הניתן.¹⁸

ח"כ הרב אברהם רביץ ז"ל, מושתל כליה,¹⁹ מוסיף לעניין שהתייחס במסגרת הדיון לשאלת האמינות כשאלה העומדת בבסיס הדרישות של הממסד הרבני מהממסד הרפואי:

אני לא רוצה להיכנס לפרטי ההלכה כי יש כאן מחלוקת, אבל לדעתם של הרבנים... צריך לבנות את האמינות בין חדרי הניתוח שמקבלים את האיברים לבין מקבלי האיברים. וחבל שזה לא נעשה. יש בתי חולים שבאופן פרטי מקפידים על הקריטריונים שנקבעו, אבל יש כאלה, שמסיבות שונות ומשונות לא מוכנים לקבל את התכתיב הזה.

רביץ מצביע על העובדה כי קביעת המוות אינה נערכת בישראל במנגנון אחיד ומסודר והיא נתונה במידה רבה לשרירותיות המובילה את האדם בשעתו האחרונה לקביעת מוות שונה בבית חולים זה או אחר.²⁰ כאמור, חוסר ההסכמה בין הממסד הדתי לממסד הרפואי על רגע המוות המוחי מנע חקיקה סדורה על אודות המוות המוחי במשך שנים רבות. חוזר מנכ"ל משרד הבריאות מ-1996 עדכן אמנם את חוק האנטומיה והפתולוגיה משנת 1953 באמצעות הוספת בדיקות עזר מעבדתיות, שמועצת הרבנות הראשית החליטה שישמשו כקריטריון לקביעת מוות מוחי, אך הותיר את השימוש בהן לשיקול דעת צוות בית החולים. כמו כן, אין בחוזר זה אזכור לנציג מוסכם על הרבנות שיהיה נוכח בעת קביעת המוות, או לוועדת בדיקה עליונה.

מעניין לציין, כי במהלך הוויכוח הפגין דווקא הממסד הרבני גמישות מחשבתית ופרגמטיות. למרבה ההפתעה, במהלך הוויכוח לא הייתה קיימת כמעט מחלוקת עקרונית בנוגע להגדרה עצמה של המוות המוחי. גם הממסד הרפואי וגם הרבנות הראשית הסכימו על מותו של גזע המוח כתנאי מספק להכרזת מוות. יתרה מכך, חוזר מנכ"ל משרד הבריאות אפשר מילוי מדוקדק של בדיקות העזר המעבדתיות שהרבנות רשמה כתנאי להסכמתה להגדרת מוות מוחי. המחלוקת התנתקה מהשאלות האנטומיות גרידא (המהוות, כפי שראינו, גם את הבסיס למחלוקת הפנים-הלכתית) ועברה למישור אחר, למישור הסוציולוגי של מאבק

18 מתוך פרוטוקול ועדת העבודה, הרווחה והבריאות לעידוד תרומות האיברים, 9 ביוני 2003.

19 ח"כ הרב רביץ קיבל את כלייתו מבנו ולא נזקק לאיבר מאדם שמת מוות מוחי.

20 היעדר חוק המסדיר מוות מוחי מאפיין מדינות שבהן קיימת מחלוקת על הגדרת המוות המוחי או שאין בהן השתלות איברים. לפירוט ראו ויג'דיקס (Wijdicks, 2002).

בין שתי קהילות ידע על סמכות ולגיטימציה להגדרת מוות. באופן ספציפי, נגעה המחלוקת בעיקר בשאלת ה"משגיה מטעם", שאמור היה לפקח כביכול על קביעת רגע המוות ועל הבקרה הרטרואקטיבית שמשרד הבריאות אמור להפעיל באמצעות ועדת מעקב.

סיכום: חוק מוות מוחי-נשימתי (2008)

בשנת 2003 יזם משרד הבריאות הצעת חוק שתסדיר את שאלת המוות המוחי בישראל. הטיוטה הראשונה שיקפה במידה רבה את חוזר המנכ"ל משנת 1996 והוסיפה עליו את דרישת הרבנות להקמת ועדת מעקב ופיקוח. במהלך חמש שנות דיונים נדמה היה כי הוויכוח נקלע למבוי סתום: הממסד הרפואי מצד אחד והממסד הרבני מהצד השני לא הצליחו לגשר על הפערים ביניהם, שנגעו, כפי שראינו, בשאלות של אמון ושל תיחום גבולות פרופסיונליים. פריצת הדרך הושגה לבסוף רק ב-2007, ביוזמתם של ח"כ עתניאל שנלר והרב פרופ' מרדכי הלפרין. תהליך קביעת המוות המוחי, הציעו שנלר והלפרין, יהיה רב-משתתפים. בהצעתם, העומדת בבסיס החוק של 2008, יש ארבע נקודות חשובות לענייננו; ראשית, על מנת להבהיר את עמדת המחוקק בנוגע למהות המוות, הוצמדה המילה "נשימתי" לכותרת החוק כך שבישראל לא קיים מוות מוחי אלא רק מוות מוחי-נשימתי. כלומר, שום נזק מוחלט אחר הנגרם למוח אינו יכול להיחשב כסיבת מוות. שנית, רופאים המעורבים בקביעת המוות המוחי-נשימתי מחויבים לעבור תכנית הכשרה, הכוללת היכרות עם הדיונים ההלכתיים הנוגעים בהגדרת המוות. שלישית, הקמת ועדה בת עשרה חברים בראשות רופא שבה יהיו חברים, מלבד היו"ר, שלושה נציגי הרבנות הראשית, שלושה נציגי ציבור ושלושה נציגי ההסתדרות הרפואית. ועדה זו אמורה להיות אחראית הן לתכני ההכשרה של רופאים האחראים על קביעת המוות הן לפתרון בעיות מיוחדות הקשורות לקביעת מוות מוחי-נשימתי. רביעית, בכל מקרה של קביעת מוות מוחי-נשימתי מחויבים הרופאים לפעול לפי רצון המשפחה, כלומר קביעת רגע המוות תלויה בהסכמת המשפחה לקבל את הגדרת המוות המוחי-נשימתי.

הצעתם של שנלר והלפרין התקבלה בתיקונים קטנים כחוק המוות המוחי-נשימתי בקריאה שלישית בכנסת בחודש מרס 2008. החוק אמור להיכנס לתוקפו לאחר תום תקופת ההכשרה, במאי 2009. לקראת יישום החוק אני מבקש להצביע על שלושה אתגרים מרכזיים העומדים בפניו. מטרת החוק היא ליצור הסכמה רחבה בין דתיים וחילונים על אודות הגדרת המוות המוחי. ממאי 2009 תתקיים בישראל הגדרה של מוות מוחי לפי ההלכה. המבחן המרכזי הוא לפיכך האם ציבור שומרי המצוות יקבל הגדרה זו כהגדרה קבילה. לאור המגמות שבהן התנהל הוויכוח אפשר להעריך כי הגדרת המוות המוחי-נשימתי תהיה מקובלת יותר על הציבור הדתי-מסורתי מאשר על הציבור החרדי. למעשה, כמה שבועות בלבד לאחר חקיקת החוק הצהירו רבני היהדות החרדית כי הם אינם מקבלים את הגדרת המוות המוחי-נשימתי. גם הרב עובדיה יוסף, שנחשב מתון ביחס לרבנים האשכנזים בעניין זה, נע בין עמדה נחרצת נגד החוק להבעת תמיכה כללית בפתרון.

השאלה המרכזית היא האם לצד המסלול הממלכתי של פשרה יכריזו הרבנים החרדים על עמדה עצמאית השוללת פשרה זו. כפי שראינו באופן התנהלותו של הרב לאו בפרשת איילה-יחיה אבוקסיס, יכול בהחלט להיווצר מצב שבו תתנהל מגמת פסיקה רבנית מקבילה

לצד החוק, השומטת את הקרקע מתחת לחוק. לפיכך, האתגר השני העומד בפני יישומו של החוק הוא האחדה ממלכתית של קבלת הגדרת המוות. מבחן זה קשה במיוחד לאור המבנה המיוחד של ניהול סכסוכי דת ומדינה בחברה הישראלית. כפי שראינו קודם לכן, קיימת נטייה בציבוריות הישראלית להיצמד דווקא לקו המחמיר ביהדות בסוגיות הקשורות למוות. טווח סמכותם של הרבנים "הלא-ממלכתיים" רחב יותר במקרים אלה מטווח סמכותה של הרבנות הראשית או של גופים ממלכתיים אחרים. המבחן אפוא הוא האם יצליח חוק המוות המוחי-נשימתי לתרגם סוגיה טעונה ומרובת פלגים לקונצנזוס רחב.

נדמה שאפילו המחוקקים לא מאמינים ביכולת יישומו החד-משמעי של החוק. הסעיף המחייב את הרופאים לקבוע מוות מוחי-נשימתי רק לאחר הסכמת המשפחה מצביע על חוסר יכולת בקביעת הגדרות אוניברסליות להגדרת החיים והמוות. הפנייה למשפחה מאפשרת "פתח מילוט" בעבור קבוצות שאינן מקבלות את הגדרת המוות המוחי-נשימתי. כך מכשיר החוק באופן עקיף את כשלונו שלו ויוצר מסלול עוקף שבו למעשה אין לפשרה שהגיעו אליה לבסוף הממסד הרפואי והרבני תוקף מחייב. חששותיו של פרופ' רכס ממוות שונה לחילוני ולדתי עלולים אפוא להתממש; ללא הפטרנליזם של הממסד הרפואי והדגש על נטיות הלב ועל האמונות של הפרט, קביעת המוות המוחי הופכת להיות תלויה ברשות הפרט. למעשה תהליך זה הוא תהליך מובהק של דה-מדיקליזציה, שבו המוות, שבמשך מאות שנים היה נחלתה הבלעדית כמעט של הרפואה המערבית, מוגדר כעת לא רק בידי הרופא, אלא גם בידי החברה עצמה, כלומר היחיד, המשפחה או הקהילה.

האתגר השלישי של החוק נוגע לשאלת השתלות האיברים. כאמור, הגדרת המוות המוחי קשורה להשתלות איברים באופן ישיר. המבחן המעשי של החוק אינו רק ביצירת קונצנזוס בעניין הגדרת המוות המוחי-נשימתי, אלא גם בהגברת תרומות האיברים. יוזמי החוק אף טענו כי חלק ממטרתם היא להכשיר את הגדרת המוות המוחי כדי לסלק את אחד המכשולים המרכזיים ביותר בתרומת איברים, אך לאור הסייגים ופתחי המילוט שהחוק מעניק, לא ברור כלל אם סוגיית המוות המוחי אכן נפתרה. ייתכן מצב שבו, למרות הפשרה שהושגה, ההתנגדות להגדרת המוות החדשה ובעקבותיה להשתלות איברים לא תפחת, אלא תסתמך על ההתנגדות של הגורמים החוץ-ממלכתיים ברבנות האורתודוקסית.

יתרה מכך, הפנייה הכפולה למשפחה – פעם ראשונה כדי שתסכים לקביעת המוות המוחי, ופעם שנייה כדי שתסכים לתרומת איברים – מהווה אמנם דה-מדיקליזציה של המוות, אך עלולה להפחית משיעור ההסכמות לתרום איברים מחמת העומס הרגשי שבו תהיה מצויה משפחה אשר אמורה להחליט גם על מות יקירה וגם על תרומת איברים. האם משפחה שזה עתה הסכימה לקביעת המוות המוחי תסכים גם לתרום איברים? זה המבחן השלישי של חוק המוות המוחי-נשימתי.

המאבק על הגדרת המוות המוחי לא תם. את מעשיותו של חוק המוות המוחי-נשימתי אפשר יהיה לבדוק ממאי 2009. המאמר הצביע על שיבוצו של מאבק זה בתרבות הפוליטית של יחסי דת ומדינה בישראל, ואופיו המיוחד של הוויכוח מאפשר חידוד תיאורטי ואמפירי של תהליכי מדיקליזציה ודה-מדיקליזציה. את המאבק נגד המדיקליזציה של המוות מובילים בארצות המערב קואליציה של פילוסופים, מבקרים חברתיים ואתיקנים, וטיעונם העיקרי, כפי שהובא בחלקו הראשון של מאמר זה, מבקר את השתלטותו ההולכת וגוברת של המבט הרפואי על תחומים שעיקרם תרבותי, מוסרי או דתי. המאבק נגד המדיקליזציה של המוות נערך בדרך

כלל מעל במות אקדמיות ומנוהל בעיקר בידי אנשי שמאל חברתי, המעלים טיעונים בדבר זכויות אדם ובדבר הריבונות האוטונומית של האדם על גופו אשר מופקעת בידי הממסד הרפואי (Fox, 1977; Jonas, 1974). בישראל וגם מחוצה לה מערערים מתנגדי הגדרת המוות המוחי על המונופול שהרפואה לקחה לעצמה לקבוע בנושאים שעיקרם תרבותי ומוסרי. למעשה, הקמת הוועדה למעקב אחר יישום חוק המוות המוחי נשימתי וקביעת תכנית הכשרה לרופאים, הכוללת תכנים לא-רפואיים, חופפות לדרישה שמעלים ביו-אתיקנים להקים ועדות אתיקה שיבררו את ההיבטים של הגדרת המוות המוחי ואת השלכותיה (Veatch, 1972).

בישראל הוויכוח על אודות הגדרת המוות המוחי מתנהל במסגרות שיח שונות לחלוטין. הטיעונים בעניין ריבונותו העצמית של האדם על גופו לא נשמעו כלל מהמתנגדים להגדרת המוות המוחי. זאת ועוד, בזמן שמתנגדי המדיקליזציה של המוות בארצות המערב מנהלים קרב מאסף נגד חוקים קיימים, הרי שמתנגדי הגדרת המוות המוחי בישראל הצליחו עד כה למנוע חקיקה גורפת בנושא ולהותיר את הנושא תלוי. בטיעונם נגד המדיקליזציה נוהגים אתיקנים להזכיר את הצו הקטגורי של קאנט, המורה להתייחס לאנשים כאל מטרות ולא כאל אמצעים. העברת הדיון מהמישור העקרוני, המתבסס על תפיסות קנטיאניות של מוסר, למישור הפרקטי, המתבסס על תפיסות תועלתניות של כדאיות הנמדדת בכלים רפואיים, עומדת בבסיס הפרקטיקה של המדיקליזציה של החברה (Beauchamp & Childress, 1989).

המתנגדים למוות מוחי בישראל אינם זקוקים כלל לצו הקטגורי של קאנט כדי להעלות טיעון עקרוני נגד הגדרת המוות המוחי. כאמור לעיל, הוויכוח הוא עקרוני, משום שהוא מצביע על דילמה שיש לה השלכות חמורות על היהודי המאמין. בישראל מנווטת המחלוקת העקרונית על הגדרת המוות לנתיבי התרבות הפוליטית של מנגנוני ההסדרה בין דת למדינה.

מקורות

- אשכנזי, ת' (2001). הגורמים המעוררים והמעכבים את הנכונות לתרומת איברים להשתלה: ההשלכות השיווקיות. חיבור לשם קבלת תואר מוסמך, בית הספר למנהל עסקים, אוניברסיטת תל אביב.
- בועז, ח' (2001). הסטטוס קוו: תרבות, פוליטיקה וחברה ביחסי דת ומדינה בישראל. חיבור לשם קבלת תואר מוסמך, החוג לסוציולוגיה ואנתרופולוגיה, אוניברסיטת תל אביב.
- גודמן, י' ויונה, י' (2004). מבוא: דתיות וחילוניות בישראל – אפשרויות מבט אחרות. בתוך י' גודמן וי' יונה (עורכים), מערבולת הזהויות: דיון ביקורתי בדתיות ובחילוניות בישראל (עמ' 38-9). ירושלים ותל אביב: מכון ון ליר בירושלים והקיבוץ המאוחד.
- דון-יחיא, א' (1989). מוסדות פוליטיים במערכת הפוליטית: המועצות הדתיות בישראל. ירושלים: המרכז הירושלמי לענייני ציבור ומדינה.
- (1997). הפוליטיקה של ההסדרה: יישוב סכסוכים בנושאי דת בישראל. ירושלים: מכון פלורסהיימר למחקרי מדיניות.
- הלפרין, מ' (1986). האם מותרת השתלת לב לפי ההלכה? בתוך ספר אסיא, כרך ה' (עמ' 79-55).

- ועדת העבודה, הרווחה והבריאות של הכנסת (2003). פרוטוקול דיון אודות עידוד תרומות איברים, 9 ביוני 2003. אוחזר מתוך אתר הכנסת <http://www.knesset.gov.il/protocols/data/html/avoda/2003-06-09.html>
- זיסר, ב' וכהן, א' (1998). בין הסכמיות שבירה לשבירת הסכמיות. בתוך מ' מאוטנר, א' שגיא ור' שמיר (עורכים), רב-תרבותיות במדינה יהודית ודמוקרטיה (עמ' 702-672). תל אביב: רמות.
- לביא, י' (2005, 25 בינואר). מכתב גלוי לרב לאו. *Ynet*. אוחזר מתוך <http://www.ynet.co.il/articles/0,7340,L-3036852,00.html>
- לוז, א' (1985). מקבילים נפגשים. תל אביב: עם עובד.
- לוי, ש', לוינסון, ח' וכ"ץ, א' (2002). יהודים, ישראלים – דיוקן: אמונות, שמירת מסורת של יהודים בישראל 2000. ירושלים: מרכז גוטמן, המכון הישראלי לדמוקרטיה.
- מאוטנר, מ' שגיא, א' ושמיר, ר' (עורכים) (1998). רב תרבותיות במדינה דמוקרטית ויהודית. תל אביב: רמות.
- עילם, י' (2000). היהדות כסטטוס קוו. תל אביב: עם עובד.
- פוקו, מ' (2008). הולדת הקליניקה: ארכיאולוגיה של המבט הרפואי. תל אביב: רסלינג.
- פרידמן, מ' (1988). יחסי דתיים-חילוניים לקראת הקמת המדינה. בתוך א' שפירא (עורכת), סוגיות בתולדות הציונות והיישוב – הזרם הדתי בציונות (עמ' 69-87). תל אביב: הקיבוץ המאוחד.
- קימרלינג, ב' (1994). דת, לאומיות ודמוקרטיה בישראל. זמנים, 51-50, 116-131.
- קרמר, מ' (עורך) (2001). השתלות איברים. תל אביב: ידיעות אחרונות.
- רביצקי, א' (1997). דתיים וחילוניים בישראל: מלחמת תרבות פוסט-ציונית? אלפיים, 14, 80-96.
- שטיינברג, א' (2001). עמדת ההלכה היהודית. בתוך מ' קרמר (עורך), השתלות איברים (עמ' 106-116). תל אביב: ידיעות אחרונות.
- שנהב, י' (2003). היהודים-הערבים: לאומיות, אתניות ודת. תל אביב: עם עובד.
- Agamben, G. (1995). *Homo sacer: Sovereign power and bare life*. Stanford: Stanford University Press.
- Baruch, A., Brody, L. A., Engelhardt, T. & McCullough, L. B. (Eds.) (1997). *Bioethics yearbooks: Theological development in bioethics 1900-1992* (pp. 93-119, 178-180, 228-229). Dordrecht: Kluwer Academics.
- Bauman, Z. (1992). *Mortality, immortality and other life strategies*. Stanford: Stanford University Press.
- Beauchamp, T. L. & Childress, J. F. (1989). *Principles of biomedical ethics* (3rd ed.). New York: Oxford University Press.
- Belkin, G. S. (2003). Brain death and the historical understandings of bioethics. *Journal of the History of Medicine and Allied Sciences*, 58, 325-361.
- Bernat, J. L. (1992). How much of the brain must die on brain death? *Journal of Clinical Ethics*, 3(1), 21-26.
- Carson, A. M. & Kass, L. (1972). A statutory definition of the standards for determining human death: An appraisal and a proposal. *University of Pennsylvania Law Review*, 121, 87-118.

- Fletcher, J. (1979). Cerebration. In *Humanhood: Essays in biomedical ethics* (pp. 159–165). Buffalo, NY: Prometheus Books.
- Fox, R. (1977). The medicalization and demedicalization of American society. *Daedalus*, 106, 9–22.
- Harvard Medical School (1968). A definition of irreversible coma: Report of the ad-hoc committee of the Harvard Medical School to examine the definition of brain death. *Journal of American Medical Association*, 205, 337–340.
- Hertz, R. (1960). *Death and the right hand*. New York: Free Press.
- Jonas, H. (1974). Against the stream: Comments on the definition and redefinition of death. In *Philosophical essays: From ancient creed to technological man* (pp. 132–140). New Jersey: Prentice Hall.
- Korf, H. W. & Wicht, H. (2004). The public cadaver. *Nature*, 428, 805–806.
- Latour, B. (1987). *Science in action*. Cambridge: Harvard University Press.
- (1993). *We have never been modern*. Cambridge: Harvard University Press.
- Lock, M. (2002). *Twice dead: Organ transplants and the reinvention of death*. California: University of California Press.
- Luckman, T. (1967). *The invisible religion: The problem of religion in modern society*. New York: The Macmillan Co.
- Medical Consultants (1981). *Defining death: Medical, legal and ethical issues in the definition of death*. Report on the diagnosis of death to the president's commission for study of ethical problems in medicine and biomedical behavioral research. Washington DC: U.S. Government Printing Office.
- O'Brien, M. D. (1990). Criteria for diagnosing brain stem death. *British Medical Journal*, 301, 108–110.
- Park, K. (1995). The life of the corpse: Division and dissection in late Medieval Europe. *Journal of the History of Medicine and Allied Science*, 50, 111–132.
- Pernick, M. S. (1999). Brain death in the cultural context: The reconstruction of death 1967–1981. In S. J. Younger, R. M. Arnold & R. Schapiro (Eds.), *The definition of death: Contemporary controversies* (pp. 3–33). Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Porter, R. (2004). *Flesh in the age of reason*. New York: Norton and Company.
- Sheehy, E., Conrad, S. L., Brigham, L. E., Luskin, R., Weber, P., Eakin, M. et al. (2003). Estimating the number of potential organ donors in the United States. *New England Journal of Medicine*, 349(7), 667–674.
- Siminoff, L. A. & Arnold, R. (1999). Increasing organ donation in the African-American community: Altruism in the face of untrustworthy system. *Annals of Internal Medicine*, 130(7), 607–610.
- Syed, J. (1998). Islamic views on organ donation. *Journal of Transplant Coordination*, 8(3), 157–160.

- Turner, B. (1996). *Body and society*. London: Sage.
- Turner, V. (1969). *The ritual process: Structure and anti structure*. Chicago: Aldine.
- Veatch, R. M. (1972). Brain death: Welcome definition or dangerous judgment. *Hastings Center Report*, 47(10), 779–785.
- (2000). *Transplantation ethics*. Washington DC: Georgetown University Press.
- Weber, M. ([1919] 1946). Science as vocation. In H. H. Gerth & C. W. Mills (Trans. and Eds.), *From Max Weber: Essays in sociology* (pp. 124–156). New York: Oxford University Press.
- Wijdicks, F. M. E. (2002). Brain death worldwide. *Neurology*, 58(1), 20–25.
- Williams, J. J. & Calnan, M. (1996). The limits of medicalization? Modern medicine and the lay populace in late modernity. *Social Science and Medicine* 42(12), 1609–1620.