

## 뇌사 담론에 내포된 생명관\*

양재섭\*\*, 구미정\*\*\*

### I. 들어가는 말

영국 작가 윌리엄 서머셋 모옴(William Somerset Maugham)의 우화인 『사마라에서의 약속』은 죽음을 터부시하는 인간의 어리석음을 다음과 같이 묘사한다.<sup>1)</sup>

바그다드의 어느 상인이 하인을 시장에 보내 물건을 사오라고 한다. 그런데 시장에 갔던 하인은 새파랗게 질린 얼굴로 되돌아와 이렇게 말한다.

“저는 지금 사람들이 붐비는 시장에서 한 여인과 마주쳤는데, 바로 사신(死神)이었습니다. 저를 보고 위협하는 얼굴이 어찌나 무섭던지. 그러니 주인님, 제발 저에게 말을 내어주십시오. 바그다드를 떠나 멀리 사마라로 도망가서, 사신이 저를 찾지 못하게 숨겠습니다.”

상인은 하인에게 말을 내어주었고, 하인은 전속력으로 달려갔다. 하인이 떠난 후, 상인은 시장에 가서 사신을 찾아 물었다.

“오늘 아침 내 하인을 만났을 때, 어찌하여 그를 위협하셨습니까?”

그러자 사신이 대답하기를,

“위협한 적 없습니다. 단지 놀랐을 뿐이지요. 왜냐하면 그 친구를 오늘 밤 사마라에서 만나기로 되어 있었는데, 바그다드에서 보았기 때문입니다.”

이 이야기에서 사신이 여성으로 묘사된 것은 라틴어로 죽음을 뜻하는 ‘모르스(mors)’가 여성 명사이기 때문일 것이다. 이것은 아씨의 성 프란시스코가 죽음을 ‘나의 누이’라고 부른 것을 상기시킨다.<sup>2)</sup> 한편, 하인이 시장통에서 사신을 만났다고 한 것이나, 성 프란시스코가 죽음을 친숙한 가족언어로 부른 것은 모두 죽음의 일상성을 의미한다고 볼 수 있다. 죽음은 남의 일이거나 먼 장래의 일이기만 한 것이 아니다. ‘모든 인간이 죽는다.’는 명제만큼 공평하고도 자명한 것이 없다. 이러한 맥락에서 서머셋 모옴은 죽음 앞에서 필사적으로 도망치려고 발버둥치는 인간의 무모함과 우매함을 풍자적으로 폭로한다. 인간은 굳이 서둘러 달려가지 않아도, 태어나는 순간부터 모두 죽음을 향해 살고 있다. 누구나 어김없이 ‘사마라에서의 약속’을 지켜

\* 이 논문은 2004학년도 대구대학교 학술연구지원비 지원에 의한 논문임.

교신저자 : 양재섭, 053-850-6461, jsyang@daegu.ac.kr

\*\* 대구대학교 자연과학대학 유전공학과

\*\*\* 대구대학교 필휴먼생명명학연구소

1) 서머셋 모옴, 윤희목 역, 서머셋 모옴 단편집, 서울 : 청목, 2001. 줄거리는 필자의 요약이다.

2) 우리 문화에서는 전통적으로 생명을 점지해주는 ‘삼신할미’가 여성인 반면, 생명을 거두어가는 ‘저승사자’가 남성으로 묘사되어 왔다. 이렇게 죽음을 남성으로 그리는 것은 그리스어에서 죽음, 곧 ‘타나토스(thanatos)’가 남성인 것과 문화적 유사성이 있다.

야 한다. 그러므로 죽음을 기억하라(*memento mori*). 그래야 삶이 비로소 그 의미를 획득하게 될 것이다.

죽음은 모든 생명 있는 것들의 숙명이지만, 그것이 언제 어떻게 닥칠지 아무도 모른다는 점에서 불안과 공포를 동반하는 것도 사실이다. 집 밖에서 죽는 죽음이 '횡사(橫死)' 요 '객사(客死)' 로 불리던 시절, 잘 죽는 죽음, 그리하여 역으로 잘 살았다는 증거가 되는 죽음은 집 안에서 가족과 친지들에 둘러싸여 자신이 원하는 종교적 절차에 따라 편안하게 임종을 맞이하는 것이었다. 이러한 죽음은 삶의 일부이자 공동체적 경험의 일환으로서, '그의 죽음' 을 통해 '나의 죽음' 을 바라보는 죽음준비교육의 통로가 되기도 했다. 다니엘 칼라한(Daniel Callahan)은 이런 전근대적인 죽음을 일컬어 '유순한 죽음(*tame death*)' 이라 부른다.<sup>3)</sup>

그러나 과학기술사회, 곧 과학기술에 의해 일상세계가 관리되고 통제되는 사회로 들어오면서, 사람들은 더 이상 출산과 임종이라는 일생일대의 사건을 집 안에서 맞이하지 않는다. 태어나고 늙고 병들고 죽는(生老病死) 인간 실존의 근본 조건이 모두 병원에 의해 지배된다. 근대화란 결국 일상세계의 의료화라고 해도 과언이 아닌 것이다. 의료화된 죽음, 곧 근대적 죽음은 칼라한에 따르면 '난폭한 죽음(*wild death*)' 이다.<sup>4)</sup> 오늘날 대부분의 사람들은 병원에서, 중환자실이나 요양원에서, 가족이 미처 당도할 새도 없이, 혹은 심폐소생술을 실시해야 한다는 이유로 가족이 모두 쫓겨난 사이에, 낯선 의료진과 각종 생명유지장치들에 둘러싸여 쓸쓸하게 죽어간다. 죽음이 법률과 제도와 정책과, 무엇보다도 의사(신경전문의)의 권위 아래 귀속된 지금, 죽음은 그 어느 때보다도 더욱 물화(物化)된 양상을 띠고 있다.<sup>5)</sup>

뇌사 문제가 위치한 맥락이 정확히 그 지점이다. 일반인의 일상적 통념으로는 숨이 멈추고 맥박이 더 이상 뛰지 않아야 죽은 것이다(심폐사). 그런데 환자의 심장이 여전히 뛰고 있고 그의 몸이 아직 따뜻한데도, 의사는 그의 뇌가 완전히 죽었으므로 '의학적으로' 죽었다고 선고한다(뇌사). 일반인의 상식적 죽음과 전문인의 의학적 죽음 사이에 깊은 골이 있다. 이 골을 무엇으로 메울 것인가? 도대체 죽음의 새로운 정의로서 뇌사 개념이 등장한 배경은 무엇이며, 그것은 참으로 타당한 개념인가?

이 물음에 답하기 위하여 이 글은 전통적인 심폐사 대신에 죽음의 새로운 정의로서 뇌사가 대두된 맥락을 더듬어 본다. 아울러 뇌사 합법화 논의에 내포된 생명관 및 가치관에 대해 살펴보고, 덧붙여 종교적 차원에서 뇌사 담론이 갖는 독특한 딜레마를 검토해보고자 한다. 이러한 작업은 죽음의 의미를 깊이 있게 되새기는데 이바지할 뿐만 아니라, 우리 시대 생명관을 파악하는 데도 크게 기여할 것으로 본다.

## II. 죽음의 새로운 정의로서의 뇌사

### 1. 죽음 규정의 어려움

죽음은 전통적으로 호흡과 심장박동의 정지로 '규정' 되어 왔다. 여기서 '규정' 이라는 단어는 사실상 인위적인 용어임을 짚고 넘어갈 필요가 있다. 규정은 말하자면 어떤 사물이나 사건을 이러저러하게 인식하고 넘어가기로 약속하는 것으로, 일종의 타협된 결정이라 할 것이다. 하나의 규정이 다수를 만족시키며 무리 없는 설명으로 안착하게 되면, 그것은 마치 그 사물이나

3) 토마스 A 쉘던. 구미정, 양재섭 공역. 기초생명윤리학 : 대구대학교출판부, 2003 : 102.

4) 토마스 A 쉘던. 앞의 글.

5) 물화(物化)된 죽음에 관해서는 필자들의 논문 참조. 양재섭, 구미정. 물화(物化)된 죽음으로서의 자살. 한국의료윤리교육학회지 2006 ; 9(1) : 28-43.

『한국의료윤리교육학회지』 제9권 2호(통권 제16호) : 2006년 12월

사건을 바라보는 유일한 잣대인 양 균립하게 된다. 소위 성공적인 설명 모델이 되는 것이다. 그러나 이렇게 성공한 모델조차 출발은 인위적이고 작위적임을 기억해야 한다. 규정이든 모델이든 편의상 채택된 것일 뿐, 본래 그런 것(自然)은 아니다.

이러한 맥락에서 데미언 키온(Damien Keown)의 말은 대단히 의미심장하다. 그는 “자연 자체는 모든 것이 끝나는 ‘미של적인 순간’ 을 제공하지 않는다.”<sup>6)</sup>는 말로써, 죽음을 규정하는 일의 어려움을 토로한 바 있다. 죽음은 한순간에 갑작스럽게 일어나는 하나의 ‘사건’ 이라기보다는 유기체 기능의 일부 파괴에서 시작되어 심장박동과 호흡의 정지에 이르는 일련의 ‘과정’ 임에 틀림없다.<sup>7)</sup> 심지어 심장과 폐의 활동이 정지된 다음에도 일정시간 동안 머리카락이 자라고 손톱이 자라는 등 생명활동이 지속되기도 한다. 그러므로 완전히 죽었다는 말은 전조직(全組織) 세포의 생명기능의 정지, 곧 ‘세포사’ 를 의미할 것이다. 그럼에도 불구하고 죽음을 심장과 폐의 활동의 정지로 규정하는 이른바 ‘심폐사 모델(cardiopulmonary model)’ 이 오랫동안 성공을 거둘 수 있었던 까닭은, 이 두 가지 기능의 정지가 개체 전조직 세포의 죽음을 가져오는 필수조건이기 때문이다. 심폐 기능이 완전히 정지되고, 이후에 어떤 소생수단으로도 다시 살아나는 것이 불가능할 때 비로소 죽음이 ‘선언’ 된다.

요컨대 죽음은 죽어가는 과정의 최종점이라고 통상 이해할 수 있다. 그러나 이것도 그리 만족스러운 표현

은 아닌데, 왜냐하면 ‘죽어가는 과정’ 이라는 것이 신체의 다양한 기관들의 점진적인 소멸 과정을 의미하는 바, 순간적으로 일어난다기보다는 지속적이며 연속적으로 발생하기 때문이다. 도대체 어느 기관 혹은 기능의 정지를 죽음으로 볼 것인가? 이렇게 되면, 죽음을 규정하는 일은 죽음이 일어나는 ‘부위’ 와 죽음의 ‘기준’ 을 결정하는 문제로 귀착된다.<sup>8)</sup> 자연스럽게 발생하는 일련의 죽음의 과정에 인위적으로 개입하여, 작위적인 잣대로 죽음의 시점을 결정한 것이 바로 죽음의 개념이 되는 것이다.

그러므로 죽음을 규정하는 일은 결국 관점의 문제이고, 해석의 문제라고 정리할 수 있다. 여기서 관점이나 해석은 특정한 시대 상황 내지 생명에 대한 집단무의식에서 나올 것이기에, 죽음의 규정은 비단 의학만의 과제가 아니라, 형이상학을 포함한 포괄적인 간학문적 연구 과제가 된다.

## 2. 뇌사 기준의 등장 배경 및 뇌사의 개념

죽음 규정의 성공적 모델로서 오랫동안 수용되어온 심폐사가 도전받게 된 배경에는 무엇보다도 현대 문명의 축복이자 재앙인 과학기술의 발전이 놓여있다. 뇌 및 뇌기능에 대한 해부학적 지식의 축적과 인공호흡기 등 생명유지장치의 개발이 그것이다.<sup>9)</sup>

뇌는 인간의 독특한 구성 요소로서, 모든 의식적·무의식적인 신체 정보를 취급하는 중심부이다. 뇌는 크게 대뇌와 소뇌, 그리고 뇌간으로 구성되어 있다. 대

6) 데미언 키온, 허남결 역, 불교와 생명윤리학, 서울 : 불교시대사, 2000 : 240.

7) 죽음을 ‘사건(event)’으로 볼 것인가, 아니면 ‘과정(process)’으로 볼 것인가의 논란이 있다. 구인화는 ‘죽어가는 것’은 과정이지만, ‘죽음’은 ‘하나의 인격체의 삶의 종말에 이루어지는 일회적 사건’이라고 규정함으로써 이 논쟁을 정리한다. 구인화, 뇌사 찬반론에 대한 고찰, 사회이론 2003 : 가을/겨울 : 58 ; 김상득은 죽음을 과정으로 이해하면, 죽음의 시점을 정확하게 선포하는 일이 불가능하기 때문에, 그리고 죽음의 명확한 시점 설정은 의학적·법적·사회적·종교적 이유에서 매우 중요한 의미를 지니기 때문에, 죽음은 과정이 아니라 사건으로 보아야 한다고 주장한다. 김상득, 생명윤리학회지, 서울 : 철학과 현실사, 2001 : 331.

8) 로버트 비치는 죽음을 규정하는 데는 세 가지 요소, 곧 죽음의 개념(concept), 죽음의 부위(locus), 죽음의 기준(criteria)이 필요하다고 한다. 죽음에서 발생하는 본질적으로 의미있는 변화가 무엇이나에 따라 죽음을 확인할 수 있는 신체부위가 결정되고, 다시 그 부위의 어떤 변화를 죽음의 징후로 볼 것인가가 죽음의 기준이 된다는 것이다. Robert Veatch, Death, Dying, and the Biological Revolution, New Haven : Yale University Press, 1976 ; T 사노, J 디지아코모, 황경식, 김상득 공역, 생의윤리학이란? 서울 : 서광사, 1989 : 64-69 참고.

9) 인공호흡기 등 생명유지장치의 개발은 과거 수세대 동안 사용되어온 전통적인 죽음 개념에 필연적인 변화를 동반하였다. 그러나 이러한 기술의 등장으로 죽음은 유순한 죽음에서 난폭한 죽음으로 이행하였다는 지적이 있다. 위의 각주 3) 참고.

뇌는 사고·의식·의지·언어·기억·정서 등의 정신 활동을 관장하는 기관이다. 소뇌에는 무엇보다도 운동 조절중추가 있어서 몸의 평형을 유지하고 운동을 원활하게 하는 기능을 한다. 뇌간에는 신체의 모든 장기 기능을 통합적으로 조절하는 신경중추와 반사중추가 있으며, 특히 생명유지에 가장 중요한 호흡과 혈액 순환을 조절하는 기능을 한다.

뇌사(brain death)는 일반적으로 ‘(모든) 뇌의 기능이 더 이상 되돌릴 수 없게 정지된 상태’라고 정의된다.<sup>10)</sup> 즉, 뇌사는 대뇌와 소뇌 및 뇌간의 전체기능이 돌이킬 수 없게 소멸한 것을 말한다. 따라서 우리가 흔히 사용하는 뇌사의 개념은 엄밀히 말하면 전뇌사(whole-brain death)인 셈이다.<sup>11)</sup> 이는, 대뇌의 기능장애가 있기는 하지만 뇌간의 기능이 살아 있어, 뇌간이 관장하는 호흡과 순환, 대사와 체온조절 등 생명유지에 필수적인 기능이 아직 살아있는 장기적인 식물상태(persistent vegetative state, PVS)와 구분된다. 식물상태의 특징은 의식은 없으나 깨어 있다(chronical wakefulness)는 점이다.<sup>12)</sup> 인공영양과 수액을 적절히 공급해주고 잘 돌보아주면, 장기적인 식물상태로 수개월 내지 수년간 생존하는 일이 가능하다.

인간의 살아있음과 죽었음을 구분 짓는 가장 큰 경계를 ‘의식’으로 잡는다면, 그리고 한 개인이 된다는 것은 적어도 자기가 누구인지를 아는 ‘자의식’이 있다는 점이라고 규정한다면, 식물상태 역시 죽은 상태라고 말할 수 있을 것이다. 이렇게 죽음의 외연을 넓게 잡는 관점이 오늘날 가장 급진적인 입장인 바, 죽음의 기준을 대뇌의 활동 정지로 보는 ‘대뇌사(cerebral death

or higher brain death)’ 모델이다. 대뇌사 모델을 주장하는 사람들은 ‘인간’의 본질적인 특징으로 의식(consciousness)을 꼽는다. 의식이 없으면, 다시 말해 영구적인 무의식 상태가 되면, 인간으로서의 삶도 끝났다고 보는 것이다. 물론 대뇌사 상태에서도 뇌간은 여전히 기능을 하고 있기 때문에, 호흡도 가능하고 외부 자극에 대한 무의식적인 반응이 일어나기도 한다. 그러므로 대뇌사 모델의 난점은 대뇌 기능의 영구적 상실을 진단하는 데 따른 의학적 어려움은 말할 것도 없고, 일반인의 눈에는 아직 살아있는 것처럼 보이는 환자를 죽은 것으로 선언하는 데 따른 일상적 혼란을 어떻게 해결할 것이냐의 문제가 크다고 하겠다.

한편, 영국 왕립의과대학의 의사들은 뇌간사(brain stem death)를 제안한다.<sup>13)</sup> 뇌간의 기능이 회복 불가능하게 정지되면 뇌 전체의 기능도 상실되므로, 뇌간의 기능 정지를 죽음의 기준으로 잡자는 주장이다. 어차피 전뇌사가 뇌간의 기능 정지를 포함하므로 뇌간사와 전뇌사는 동등한 개념이라는 것이다. 그럼에도 불구하고 굳이 뇌간사라는 용어를 채택한 이유로는, 우선, 뇌간이 전뇌(全腦)의 ‘생리학적 핵심(physiological kernel)’이라는 전제와, 둘째로, 전뇌사 모델에 따르면 죽음을 확인하기 위해 뇌 전체의 기능 정지를 판단해야 하는데, 그것이 그렇게 명확하거나 간단한 일이 아니라는 점을 들 수 있다. 하지만 현대 의학이 뇌의 신비를 전부 다 파헤쳤다고 말할 수 없는 상황에서, 혹시 뇌간의 기능이 정지했음에도 불구하고 대뇌의 기능이 살아있는 경우가 있을 수 있다면, 뇌간사는 대뇌사보다도 더 급진적인 주장이 될 수 있을 것이다.<sup>14)</sup> 따라서

10) 그러나 뇌사에 대한 의학적 개념 정의는 아직 단일하게 합의되지 않은 측면이 있다. 문국진, 죽음의 선고, 대한의학협회지 1988 ; 31(9) : 953.

11) Alexander M Carpron, Definition of Death, Encyclopedia of Applied Ethics, Vol. 1, New York : Academic Press, 1988 : 717.

12) 그런데 사실상 ‘깨어 있음’과 ‘의식 있음’의 구분이 어렵기 때문에, PVS 진단은 숙련된 임상 전문의에게도 난제라고 한다. 김상득, 앞의 글 : 337.

13) 김상득, 앞의 글 : 338.

14) 김상득, 앞의 글 참고.

『한국의료윤리교육학회지』 제9권 2호(통권 제16호) : 2006년 12월

전뇌사와 뇌간사가 동등한 개념이라고 말하기는 곤란하다.

### 3. 부르스 터커 사건과 뇌사 기준의 확립

1967년 5월 29일 남아프리카 공화국 케이프타운 대학의 크리스천 버나드(Christian Bernard) 박사에 의해 세계 최초로 심장이식수술이 이루어진 이후, 죽음의 새로운 정의로서 뇌사를 합법화하자는 논란이 거세게 일어났다. 이후 세계 의학계에서는 인공호흡이나 인공영양공급을 받아야만 생명을 유지하는 식물상태의 환자들도 뇌사자로 보아야 하는지의 숙고가 줄을 이었다. 의식이 돌아올 가능성이 전혀 없는, 따라서 이미 죽은 것이나 마찬가지인 환자들에게 들어가는 의료 자원을 다른 중환자를 위해 사용하는 것이 훨씬 더 효율적이라는 실용주의적 논변이 제기되었고, 심지어는 그들로부터 일부 장기를 취해 다른 환자들을 살리는 것이 훨씬 더 고귀한 일이라는 종교적 재가(裁可)까지 뒤따랐다.

사실상 뇌사는 장기이식술의 눈부신 발전이 없었더라면, 그리 촉박한 사안이 아니었을 지도 모른다.<sup>15)</sup> 우리 몸의 기관 중 신장이나 골수는 살아있는 상태에서 적출이 가능하고, 뼈나 혈관, 각막 등은 사체로부터 이식할 수 있다. 그러나 심장·간·폐·췌장 등 주요 장기는 현실적으로 뇌사자로부터 취할 수밖에 없다. 우리나라의 현행 장기이식법에서도 장기기증을 전제로 한 경우에만 유족이 뇌사판정 신청을 할 수 있다고 되어 있어, 뇌사와 장기이식을 노골적으로 연결시키는 양상을 보인다. 뇌사자의 장기를 이용하는 문제와 뇌사를 죽음으로 인정하는 문제는 논리적으로 별개이고, 또 실천적으로 오용을 방지하기 위해서도 별개로 다루

어져야 마땅함에도 불구하고, 양자를 연결시키는 데서 뇌사 담론의 순수성을 의심케 된다.

다음의 사례<sup>16)</sup>는 뇌사가 죽음의 새로운 정의로서 본격적으로 논의된 계기와 이를 통해 확립된 뇌사의 기준, 그리고 근본적으로 뇌사를 둘러싼 윤리적 문제를 짐작케 하는 하나의 모범이다.

부르스 터커라는 흑인 노동자가 공사장에서 추락하여 머리에 중상을 입었다. 그는 즉시 대학병원으로 옮겨져 두개골 골절과 경뇌막하혈종, 뇌간좌상이라는 진단을 받고, 뇌수술을 한 다음, 다시 호흡곤란을 막기 위한 기관절개술을 받았다. 그는 인공호흡기로 생명을 유지하고 있었다. 담당의사는 그가 소생할 가능성이 전혀 없으며 죽음에 임박하였다고 하였다. 당시 병원에는 심장이식 수술을 기다리고 있는 환자 J. 크렐이 입원하고 있었다. 터커는 뇌파검사 결과 뇌파가 편평하였으며, 따라서 뇌피질의 기능이 완전히 정지된 것으로 판명되었다. 뇌파가 편평하면, 대량의 약물 또는 저온에 의한 경우를 제외하고는, 그것이 여러 시간 동안 되풀이해서 계속적으로 나타난다면, 의식이 다시 회복되지 않을 것이라는 게 대부분의 신경과 의사들의 의견이었다. 터커는 심장과 양쪽 콩팥을 제거하기 위해 수술실로 옮겨졌으며, 인공호흡기가 제거되고, 5분 뒤 죽음이 선고되었다. 그의 심장은 크렐에게 이식되었다. 의사들은 그의 동생 전화번호를 알고서도 보호자의 승낙 없이 일방적으로 심장을 제거한 것이다. 또한 죽음이란 '모든 신체기능의 정지'라고 정의하고 있는 버지니아주의 법이 있는데도, 의사들은 독자적으로 심장을 제거한 것이다. 그 후 심장 공여자의 동생인 W. 터커는 심장이식 수술을 시행한 외과 의사를 상대로 소송을 제기했다.

15) 장기이식의 방법에는 자가이식(autograft)·동종이식(allograft)·이종이식(xenograft)·인공장기이식(artificial organs transplant)이 있다. 이 중에서 가장 흔한 것이 동종이식으로, 이것은 다시 기증자의 생사 여부에 따라 생체이식과 사체이식으로 세분된다. 그 각각의 윤리 문제를 살펴보면, 김상득, 앞의 글 : 212-220 참고 ; 토마스 A 쉐넨, 앞의 글 참고.

16) 김중호, 의학윤리란 무엇인가? 서울 : 바오로딸, 1996 : 105-106 ; 김상득, 앞의 글 : 327-328에서 재인용.

위의 사례는 1968년 5월에 미국 버지니아주에서 일어난 실제 사건이다. 이 사례에서도 뇌사는 장기이식과의 연장선상에서 논의되고 있다. 당시 버지니아주 법원은, 이 환자의 경우 심폐소생술을 실시하더라도 회복될 가능성이 전혀 없으며, 뇌사자로부터 장기이식에 적합한 장기를 얻는 것이 부족한 장기를 공급하는 대안이 될 수 있다는 의사들의 주장을 받아들여, 의사들에게 유리한 판결을 내렸다. 이후 ‘뇌사가 곧 죽음’이라는 법원의 판단이 정당한 것인가에 대한 논의가 활발하게 이어지면서, 마침내 8월에는 하버드 의과대학 특별위원회<sup>17)</sup>가 구체적인 뇌사 판정의 기준을 발표하기에 이른다. 그리고 1981년에는 의료윤리문제 대통령 자문위원회<sup>18)</sup>에서 이를 법령화할 것을 제안하였다. 현재 미국 대부분의 주와 프랑스, 호주, 이탈리아 등 여러 나라에서는 의학적으로뿐만 아니라 법률적으로도 뇌사를 인정하고 있으며, 우리나라의 경우에는 의학계의 요구에 따라 법률적 논의가 전개 중이다. 하버드의과대학 특별위원회의 뇌사판정 기준을 고려한 각국의 뇌사 판정 기준안은 대체로 다음의 사항들을 포함한다.<sup>19)</sup>

- ① 무반응성 혼수
- ② 자가호흡의 소실
- ③ 뇌간의 신경학적 반사소실
- ④ 무호흡검사

- ⑤ 뇌파검사의 필요유무
- ⑥ 뇌사판정 시간 간격

신경전문의의 관점에서 보면 뇌사는 사실상 뇌간사와 같은 의미이다. 뇌간기능의 완전소실이 임상적으로 진단된 환자는 ‘이미’ 죽은 자이다. 따라서 이후에 행하는 각종 검사절차(④⑤⑥)도 사실상 불필요하지만, 단지 환자 가족들에게 뇌사를 설명하고 뇌사를 죽음으로 이해시키기 위한 방편으로 사용된다. 이 경우, 뇌사의 임상적 현상(①②③)은 일반인이 판단하기 어렵고, 신경계통 전문의의 판단에 전적으로 의존할 수밖에 없기 때문에, 죽음은 사실의 문제라기보다는 해석의 문제로 남게 된다.

### Ⅲ. 뇌사 담론에 내포된 윤리문제들

#### 1. 기능론적 접근에 따른 문제

죽음의 정의로서 심폐사에 의존하던 아니면 뇌사에 의존하던, 이 입장들은 모두 관련기능의 완전한 정지와 그에 따른 소생 불가능성을 전제한다는 점에 주목할 필요가 있다. 즉, 뇌사 담론에서 죽음의 문제는 ‘한 인간의 완전한 소멸’이나 ‘영혼과 육체의 분리’ 등과 같은 문학적 혹은 형이상학적 언술로 표현되지 않고, 예

- 17) 하버드 의과대학 특별위원회(Ad Hoc Committee of the Harvard Medical School to Examine the Definition of Brain Death)는 13명의 위원으로 구성되었는데, 법률가·역사가·신학자가 각 1명이고, 나머지는 모두 의사이다.
- 18) 미국 의료윤리문제 대통령 자문위원회(President's Commission for the Study of Ethical Problems in Medicine)에서 제출한 “죽음 선언 통일안”(Uniform Declaration of Death Act, 1980)에 따르면, 죽음은 ‘순환 및 호흡 기능의 불가역적인 정지나 또는 뇌간을 포함하여 전 뇌의 모든 기능의 불가역적인 정지’가 있을 때 발생한다고 정의된다. 통일안은 또한 죽음을 결정하는 것은 의학적 기준에 따라 이루어져야 한다고 천명하고 있지만, 그러한 기준이 무엇이여야 하는지는 명시하지 않고 있다.
- 19) 이상돈, 뇌사와 인권 : 죽음 개념의 의사소통이론적 재구성, 법철학연구 1999 ; 2 : 254 ; 한편, 우리나라 대한의사협회의에서 제시한 뇌사판정 기준안(1998. 10.)에 따르면, 뇌사를 판정하기 위한 선행조건에 다음과 같은 내용이 포함된다. ① 원인 질환이 확정되어 있고, 치료될 가능성이 없는 기질적인 뇌병변이 있어야 한다. ② 깊은 혼수상태(deep coma)로서 자발호흡이 없고 인공호흡기로 호흡이 유지되고 있어야 한다. ③ 치료 가능한 급성 약물중독(마취제, 수면제, 진정제, 근육이완제 등 기타 독극물), 대사성 또는 내분비성 장애 (간성혼수, 유독성 혼수, 저혈당 혼수, 뇌병중 등)의 증거가 없어야 한다. ④ 저체온 상태(직장온도 32°C 이하)가 아니어야 한다. ⑤ 쇼크(shock) 상태가 아니어야 한다. 그리고 뇌사판정의 조건은 다음과 같다. ① 외부 자극에 대해서 전혀 반응이 없는 깊은 혼수상태 ② 자발호흡의 비가역적 소실 ③ 양안 동공의 확대 고정 ④ 뇌간반사의 완전 소실(광반사 소실, 각막반사 소실, 안구두부반사 소실, 전정안구반사 소실, 모양체 척수반사 소실, 구역반사 소실, 기침반사 소실) ⑤ 자발운동, 제뇌강직, 제뇌피질강직, 경련 등이 나타나지 않는다. ⑥ 무호흡검사. 이상 여섯 가지 검사를 6시간 경과 후에 재확인한 후, ⑦ 뇌파검사를 하여 평탄뇌파가 30분 이상 지속됨을 신경과 전문의가 확인한다.

『한국의료윤리교육학회지』 제9권 2호(통권 제16호) : 2006년 12월

컨대 심장이나 뇌 같은 ‘특정 신체 기관의 기능 정지’라고 하는 생물학적·의학적 언술에 귀속되고 있다는 점이 중요하다.

이렇게 죽음을 총체론적 시각에서 접근하지 않고 기능론적 시각에서 접근하는 것은, 필연적으로 특정 신체 기관이 인간을 구성하는 여타 기관들보다 더 중요하다는 인식을 낳게 된다. 말하자면 신체 기관의 서열화가 이루어지는 것이다. 이것은 순차적으로 특정 신체 기관의 특정한 기능이 다른 기능들보다 더 중요하다는 인식으로 이어져, 인간의 정체성 물음에 영향을 미치게 된다.

이러한 맥락에서 뇌사 모델은 뇌를 인간 존재의 본질적인 부분으로 이해하도록 강요하며, 뇌를 제외한 다른 신체 부위들은 상대적으로 그 중요성이 덜한 것으로, 그리하여 마치 기계 부품처럼 아무 때나 얼마든지 대체할 수 있는 것처럼 간주하게 만든다. 그런데 인공 두뇌하이 발달하여, 영화 <토타리콜 Total Recall> (1989)이나 <공각기동대>(1995)에서처럼 마음대로 뇌를 옮길 수 있고 날조된 기억을 이식시킬 수 있는 시대가 온다면 어떻게 될까? 아니, 멀리 갈 것 없이 오늘 날에도 2천 명 당 1명꼴로 태어나는 무뇌아의 경우는 어떻게 보아야 하나? 무뇌아에게는 뇌간이 있기는 하지만, 신뢰질이 없다. 그래서 자가호흡과 일부 반사활동이 가능한 반면, 의식을 비롯한 일체의 정신활동이 불가능하다. 그렇다면, 무뇌아는 산 사람이 아닌가? 인간됨의 기준을 ‘의식’으로 잡는 대뇌사 모델을 따를 경우, 무뇌아와 식물인간에 대한 안락사가 성행할 위험은 없겠는가?<sup>20)</sup>

소위 과학적 방법이라는 것이 환원론적·기계론적 관점에 기초하고 있는 한, 뇌사 담론에 내포된 이러한 철학적·윤리적 문제는 해소되기가 어려울 것이다.

## 2. 전문가 집단의 독점적 지위 및 오류판정의 문제

죽음의 정의로 뇌사를 받아들여지게 되면, 뇌사를 확인하는 절차가 대단히 중요하게 부각된다. 뇌사를 판정하는 임상적 검사로는 무호흡검사와 뇌파검사, 그리고 뇌혈류검사가 있다.<sup>21)</sup> 물론 이 중에서 어느 한 가지 또는 두 가지 방법을 선택적으로 사용하는가, 아니면 세 가지 모두를 전부 사용해야 하는가에 따라 뇌사자로 판정되는 환자의 범위는 달라질 것이다. 그러나 현실적으로 이 세 가지를 전부 사용하기에는 무리가 있으며, 또한 각각의 방법마다 어려움이 있기 때문에, 사실상 완벽하게 뇌사 여부를 확정하기는 어렵다.

우선, 무호흡검사의 경우에는 검사 도중 혈압의 급강하와 같은 생체징후(vital sign)의 변화가 발생하여 심폐사의 우려가 있기 때문에 중단할 수밖에 없는 경우도 있다. 둘째, 중환자실에서 뇌파검사가 이루어질 경우 교류파의 전파차단이 안되어 있고, 신경외과 수술을 받은 환자의 경우에는 두부(頭部)의 철사봉합 등 여러 장치로 인한 잡파(雜波)가 발생할 수 있다. 셋째, 뇌혈류검사는 뇌혈류가 흐르는데도 초음파검사로서는 추적되지 않는 경우가 있으며, 뇌광단자 방출 단층촬영도 뇌혈류량은 측정할 수 있지만 뇌세포의 산소소비량은 측정하지 못할 뿐만 아니라, 현재 우리나라 종합병원 가운데 그 기기를 보유한 병원이 그리 많지 않기 때문에, 검사비용이 많이 든다는 점을 차치하고라도, 인공호흡기를 부착한 상태에서 환자를 검사기가 있는 곳으로 이동시켜야 하는 불편함이 있다.

더 나아가 이들 각각의 검사가 이루어진 다음에는 그 결과를 놓고 해석함에 있어서 전문의료인 사이에 견해차가 있을 수 있다.<sup>22)</sup> 첫째, 무호흡검사의 경우, 뇌사를 인정하는 기준이 되는 동맥혈탄산가스(PaCO<sub>2</sub>)의

20) 토마스 A 쉐넌. 앞의 글 : 206-209.

21) 이하는 이상돈. 앞의 글 : 255-256 참고.

22) 이상돈. 앞의 글 : 256-257 참고.

분압이 어느 정도여야 하는지, 만약 기준치에 약간 미달될 경우에 뇌사로 인정해도 좋은지 등에 관해 이론적 판단이 다르다.<sup>23)</sup> 둘째, 뇌파검사에서도 파고(波高)의 높이가 어느 정도 낮을 때 뇌사의 기준이 되는 평탄뇌파(flat EEG)로 볼 것인지는 약간씩 차이가 있다.<sup>24)</sup> 셋째, 뇌혈류검사에 의해 측정된 뇌혈류량의 수치를 놓고도 뇌사를 인정할 것인가의 견해가 다를 수 있다.

그러므로 뇌사는 검사결과를 통해 ‘객관적으로’ 확인 가능한 사실적 현상이 아니라, 다만 해석의 결과이며, 그 해석은 기술력과 생명에 대한 가설에 좌우된다고 말할 수 있다. 따라서 우리는 뇌사 판정의 오류 가능성을 항상 염두에 두지 않으면 안 된다. 그런데 어쩌면 이보다 더 심각한 문제는, 설령 뇌사 판정의 절차가 아무리 정당하게 이루어진다고 해도, 판정 자체가 특정 전문의 집단에게 내맡겨져 있다는 점일 것이다.<sup>25)</sup> 뇌사라는 개념 자체도 일반인이 이해하기에는 복잡하고 어려운데, 뇌사 판정을 둘러싼 수많은 전문 용어들까지 가세하니, 일반인은 글자 그대로 ‘문외한’이 되기 십상이다. 즉 죽음의 정의로서 뇌사 모델은 일반인의 생활세계로부터 죽음의 경험과 그것을 표현하는 언어를 박탈하여 전문인의 기술세계로 이전시키는 역할을 한다.

전문의료인에게 요구되는 생명윤리의 기본 원칙인 ‘충분한 설명에 근거한 동의(informed consent)’<sup>26)</sup>가 이 부분에서 어떻게 효력을 발휘할지는 미지수이다. 게다가 일반인이 그 모든 전문용어를 다 알아들었다손

치더라도, 그렇기 때문에 뇌사를 죽음의 정의로 채택해야 할 이유는 없다. 어차피 죽음에 대한 절대적이고 객관적인 기준이 부재한 상황에서, 심폐사이든 뇌사든 그것은 어디까지나 “이해집단들의 상호작용 내지 조정을 통한 사회적 산물”<sup>27)</sup>일 뿐이므로, 죽음의 유일한 혹은 통일된 정의로서 뇌사 모델을 채택할 것이냐 아니냐의 여부는 좀 더 폭넓은 의견 수렴 과정을 거쳐 가다 을 잡을 필요가 있다.

### 3. 공리주의적 가치관의 문제

뇌사에 빠지면 인공호흡기로 일시적인 생명유지는 가능하나, 대사기능이 저하되어 통상 1주일 이내에 일상적인 의미의 죽음, 곧 심폐사에 이르게 된다. 이와 같이 그대로 두면, 어차피 짧게는 몇 시간 이내에, 길어봤자 1주일 이내에 죽음에 이르게 될 사람에게 ‘미리’ 죽음을 선고해야 할 이유는 무엇일까? 여기에 환자 가족의 경제적 부담과 장기이식의 필요라고 하는 현실적 문제가 개입된다. 그뿐만 아니라, 뇌사자에 대한 ‘치료’가 무의미함에도 불구하고 그런 치료를 ‘합법적으로’ 중단할 수 없는 의사들의 고뇌도 중요한 변수로 작용한다. 의사들이 뇌사를 의학적 죽음의 개념으로서 만족하지 않고 법적 죽음으로까지 인정해야 한다고 주장하는 것은 현행법상 뇌사자에 대한 치료중단이 살인으로 간주되기 때문이다.

뇌사를 죽음의 정의로 받아들이면, 많은 문제가 단

23) 현재 대한의학협회의 뇌사판정기준에서는 PaCO<sub>2</sub>의 분압이 50mmHg 이상일 것을 요구한다. 이것은 스위스 의학아카데미가 1969년에 만든 ‘죽음의 정의와 판정에 관한 가이드라인’ 과도 일치하는 기준이다. 그러나 대만 행정원 위생성에서 1987년에 공고한 ‘뇌사판정조례’와 일본 후생성 뇌사연구반이 1985년에 작성한 ‘뇌사의 고려방법 및 뇌사판정절차’에서는 PaCO<sub>2</sub>의 분압이 40mmHg 이상이면 충분하다고 본다. 한편, 미국신경학회의 뇌사판정기준은 원칙적으로 60mmHg 이상이거나 기본수치보다 검사 후 약 20mmHg 이상 증가된 경우로 한정한다.

24) 대한의학협회의 뇌파기록술에 대한 지침(1990)에 따르면, 전극간의 거리가 10cm 이상이고 전극간의 저항이 10-20KOhm보다 적고 100hm보다 큰 상태에서 2uV(microvoltage) 이상의 뇌파가 기록되지 않으면 뇌사로 인정한다. (참고로 정상인의 경우, 뇌파는 대략 50uV의 파고를 보인다.) 그러나 뇌파검사가 기술적으로 향상되면, 더 낮은 파고의 뇌파를 뇌사판정의 기준으로 설정할 수 있을 것이다.

25) 우리나라의 경우, 뇌사판정위원회의 위원 자격은 의료법에 의한 의료인, 변호사의 자격을 가진 자, 공무원, 교원, 종교인, 기타 학식과 사회적 역량이 풍부한 자로 하고 있다. 뇌사판정위원회는 전문의사 3인 이상(그 중에 반드시 신경과 전문의가 1인 이상 포함되어야 함)이 반드시 포함되어야 하되, 총 위원은 6인 이상 10인 이하로 구성하도록 되어 있다.

26) 토마스 A 쉐넌. 앞의 글 : 38-42.

27) 천선영. 종교윤리적 생명담론의 논리적 딜레마 : ‘뇌사’와 ‘뇌사 후 장기기증’ 담론을 중심으로. 125.

『한국의료윤리교육학회지』 제9권 2호(통권 제16호) : 2006년 12월

숨에 해결되는 것처럼 보인다. 우선 뇌사자에게서 인공호흡기를 제거하는 행위가 소극적 안락사인지, 적극적 안락사인지의 논의가 무의미해질 것이다.<sup>28)</sup> 뇌사 모델을 채택하면, 뇌사자는 이미 죽은 자이기 때문에, 논리적으로 안락사 개념이 아예 성립되지 않기 때문이다.<sup>29)</sup> 또한 뇌사자에게서 장기를 적출하는 행위도 크게 문제될 것이 없다. 뇌사자는 사체(死體)로 분류될 것이므로, 사체 장기이식에 따른 절차상의 요건만 갖추면 그만이다.

흥미로운 사실은, 앞서 언급한 것과 같이, 그간 뇌사에 관한 논의가 주로 장기이식과의 연관선상에서 이루어져 왔다는 점이다.<sup>30)</sup> 심지어 생명윤리적 쟁점이 새롭게 떠오를 때마다 가장 극단적인 보수주의 입장을 표명한 가톨릭교회조차 뇌사 문제만큼은 ‘조건부 허용’이라는 어중간한 입장을 취하고 있다. 교황 비오 12세는 “의식을 회복하지 못하고 죽어가는 환자의 죽음과 죽음의 순간에 대한 분명하고도 정확한 정의를 내리고 확인하는 일은 의사들의 영역에 속하며, …… 그것은 교회의 권한 밖에 있는 문제”<sup>31)</sup>라고 천명함으로써, 전문의료인에 의한 죽음 개념의 독점을 방치 내지 격려하기도 했다. 교회가 이렇게 처신하는 가장 큰 이유는 역시 뇌사 후 장기이식의 가능성 때문이다. “죽음이 생긴 후에 이식을 위한 자신의 기관을 기증함으로써 중환을 앓고 있는 사람에게 연장된 삶의 기회를 제공하

는 일은 윤리적으로 받아들일 수 있는 일일 뿐만 아니라, 가혹한 행위이기까지”<sup>33)</sup> 하기 때문에, 이를 위해 뇌사를 인정할 필요가 있다는 것이다.<sup>34)</sup> 이 인용문에서도 ‘죽음’은 뇌사와 동일시되고 있다.

뇌사를 죽음 개념으로 인정하는 실제적인 목표는 뇌사자의 장기이식을 합법화하기 위함이라는 데 뇌사 담론의 공리주의적 함의가 있다. 그런데 이때의 공리주의는 따지고 보면, ‘최대 다수의 최대 행복’이라는 식의 막연한 관념론적 공리주의가 아니라 ‘소수 특권층의 최대 행복’이라는 구체적인 자본주의적 공리주의라는 점에서, 뇌사 담론 역시 현 사회의 지배적 가치로부터 자유로울 수 없다는 인식을 갖게 된다. 뇌사 판정이 ‘단지’ 장기이식을 위해서만 내려진다는 것은 인격이 도구화된 사회의 서글프고 비정한 일면이 아닐 수 없다. 아마도 그런 연유로 사랑의 장기기증운동 같은 단체에서는 “뇌사가 장기기증을 위해 법적으로 인정되어야 한다고 생각한 적은 단 한번도 없다.”고 주장하고 싶을지 모르나, 현실적으로 장기이식의 필요가 없다면 서둘러 뇌사를 죽음으로 인정할 필요도 없는 것이다. 더 나아가 만약 부족한 장기를 충당하기 위해 뇌사를 합법화하게 된다면, 죽음은 그 자체로 본래적 가치가 있는 인간 경험의 일부로 간주되기보다는 오로지 도구적 측면에서만 의미성을 갖게 되는 빈곤한 개념이 될 것이다.

28) 안락사는 환자 본인의 동의 여부에 따라 자의적/반자의적 안락사로 구분되고, 환자의 죽음을 야기한 원인의 직접성에 따라 직접적/간접적 안락사로 구분되며, 시행 주체의 작위성에 따라 적극적/소극적 안락사로 구분된다.

29) 안락사는 개념 정의상 ‘살아있는’ 환자의 극심한 고통을 덜어주기 위해 시행하는 자비사이다.

30) 김형철, 뇌사와 장기이식, 구영모 역음, 생명의료윤리, 서울 : 동녘, 1999 : 105-131 ; 임종식, 안락사의 정당화에 대한 윤리학적 연구 : 뇌사 및 장기이식 문제와 관련하여, 77-100 ; 김학태, 뇌사와 장기이식에 관한 법철학적 연구, 외법논집 2004 ; 16 : 391-420 ; 정성근, 뇌사와 장기이식에 관련된 형법적 문제, 대한소화기병학회지 1993 ; 25(1) : 23-29 ; 김유선, 장기이식을 위한 뇌사환자의 관리, 대한이식학회지 1993 ; 7(1) : 27-28 ; 유승근, 뇌사 및 뇌사자 장기이식 관리, 대한의사협회지 1999 ; 42(4) : 334-337 ; 이영균, 한국에서의 뇌사문제와 장기이식, 사법행정 1993 ; 34(5) : 6-14 등을 참고.

31) 이창영, 뇌사에 관하여, 사목 2002 ; 284 : 149.

32) 이창영, 앞의 글 : 303-304.

33) 1993년 당시 사랑의 장기기증운동 본부장이었던 박진탁의 말이다. 그러나 곧이어 그는 “가족들에게 심리적 부담과 고통, 그리고 막대한 경제적 손실을 가져다 주는 것을 막고, 엄청난 의료진의 헛수고를 정당한 진료를 위해 활용할 수 있도록 뇌사를 죽음으로 인정하자.”고 주장함으로써 여전히 자본주의적 경제 논리와 효율적 가치를 옹호하는 선상에서 뇌사 모델을 강조하고 있다. 박진탁, 뇌사는 인정되어야 한다, 대한사회기학회지 1993 ; 35(1) : 30.

34) 여기서 다시 한번 우리나라의 현행 장기이식법에서는 장기기증을 전제로 한 경우에만 유족이 뇌사판정 신청을 할 수 있다고 되어 있음을 언급하지 않을 수 없다.

이러한 맥락에서 천선영은 우리 사회에서 뇌사가 다소 긍정적으로 검토되는 근거에는 “인간론적인 차원이전에 지극히 실용적인, 도구목적합리적인 사고의 논리가 우선적으로 작동하고 있다.”<sup>35)</sup>고 올바르게 지적한다. 사실상 뇌사와 장기이식을 연관 짓는 것은 ‘이미 죽은’ 사람에게서 ‘아직 살아있는’ 장기를 꺼낸다는 비논리적이고 몰상식한 발상이 전제되어 있는데도, 그것을 가늠한 구제의 행위로 승화시키는 종교적 논리가 동원되면, 그러한 비논리성과 몰상식성 짙은 간단히 무마되는 것이 문제라고 하겠다.<sup>36)</sup> 어쩌면 우리는 종교가 시장의 논리를 파악하기에는 너무나 순진하기 때문에, 뇌사자의 장기이식 문제에 대해 이토록 너그러운 것인가, 반문하는 편이 문제를 보다 명료화하는 길 이 될 것이다.

그뿐만 아니라, 가톨릭 진영 내에서도 낙태나 배아 줄기세포 연구 등 생명에 대한 인위적 개입과 조작이 문제시되는 맥락에서는 언제나 보수적으로 ‘절대 불가’의 입장을 고수하면서, 뇌사 문제에 있어서만큼은 ‘조건부 허용’이라는 중도적 입장을 취하는 근거에 대해 보다 주의 깊은 반성이 요구된다. 왜냐하면 뇌사 후 장기이식이 아름다운 윤리적 실천이라는 가치판단과 뇌사를 합법적으로 인정해야 한다는 사실판단은 별개의 문제이기 때문이다. 그리고 아이러니하게도 뇌사를 인정하게 되면, 뇌사자의 장기기증은 ‘사랑의 실천’이라고 보기 어려운 자가당착에 빠지게 된다. 사랑의 실천이라는 윤리적 행위는 의식과 의지가 동원된 ‘산 자’의 행위인데, 뇌사자는 이미 죽은 자이기 때문에, 엄밀한 의미에서 죽은 자가 타인에게 의식적·의지적으로 사랑을 베풀 수는 없는 노릇이다.<sup>37)</sup>

#### IV. 나가는 말

죽음이란 무엇인가? 이 질문은 전형적인 형이상학적 물음으로서 여기에 답하려면 몇 권의 책으로도 부족할 것이다. 아니, 현대인들은 이런 질문을 철학자나 종교인의 몫으로 떠넘긴 채 아예 사유 자체를 포기하고 산다고 해도 과언이 아니다. 현대인들의 관심은 보다 실용적인 데 있다. 예컨대, 사람이 태어난다는 것은 무엇을 뜻하는가, 사람은 왜 태어나는가 따위의 골치 아픈 물음보다는 ‘언제부터’ 생명으로 볼 것인가에 더 매료된다. 한 생명의 시작점을 언제로 잡을 것이냐의 문제는 그리 간단한 것이 아님에도 불구하고, 대개는 ‘~을 위해’ ‘편의상’ 언제로 정하자는 식의 논변들이 무성하게 전개된다. 인간배아줄기세포 연구와 관련하여 ‘수정 후 14일 논쟁’이 제기된 것도 그러한 편의주의적 생명관의 발로일 뿐, 생명 자체의 본래적 특성과는 무관하다고 하겠다.

죽음과 관련해서도 마찬가지로 ‘언제’를 묻는 것이 오늘날 죽음 담론의 핵심을 이룬다. 한 인간이 죽는 시점은 과연 언제인가, 우리는 언제 그 사람이 죽었다고 선언할 수 있는가? 이러한 물음의 배후에는 생명을 연속적 혹은 총체론적으로 보지 않고, 단절적으로 파편화해서 보는 환원주의적 시각이 놓여 있다.

뇌사와 관련하여 환원주의적 의학은 뇌와 인간을 동일시하도록 몰아간다. 만약 이것이 논리적합성을 가지려면, 인간의 시작점 또한 뇌가 형성되는 시점으로 잡아야 할 것이다. 그렇게 되면 수정 후 8주 이내의 배아는 인간이 아니므로, 그 기간에 행해지는 낙태에 대해서는 윤리적 물음이 성립되지 않는다.<sup>38)</sup> 하물며 수정

35) 천선영. 앞의 글 : 127.

36) 물론 이것은 뇌사 후 장기이식이 윤리적으로 가치가 없는 일이라거나 더 나아가 뇌사를 인정하지 말아야 한다는 식의 극단적인 주장이 아니다. 다만 종교나 윤리, 그리고 법은, 그것이 아무리 아름다운 윤리적 실천이라고 해도, 뇌사 후 장기기증을 ‘강요’해서는 안 된다는 뜻이다.

37) 김상득. 앞의 글 : 347 참고. 여기서의 논지는 뇌사자가 생전유언 등의 방식으로 장기기증을 의뢰한 경우는 예외로 한다.

38) 1973년 유명한 ‘로 대 웨이드’(Roe vs. Wade) 판결을 통해 제시된 미국 대법원의 낙태 허용 범위는 임신 전체 기간의 첫 삼분의 일 지점, 곧 수정 후 12주로 한정되었다. 그런가 하면, 같은 해 제정된 우리나라의 모자보건법에서는, 합법적인 낙태의 경우 임신 28주 이내를 허용 범

『한국의료윤리교육학회지』 제9권 2호(통권 제16호) : 2006년 12월

후 2주(14일) 이내의 전배아에 대해서는 더 말해 무엇 하겠는가? 그것이 생식을 위해 자궁착상용으로 만들어진 전배아이든, 아니면 줄기세포 연구를 위해 실험용으로 만들어진 전배아이든, 배아의 존재론적 지위는 다만 ‘세포 덩어리’에 불과할 뿐, 생명이 아니라는 점에서 동일하다는 논리가 성립될 수 있다.

우리가 ‘모든 것은 모든 것과 연결되어 있다.’는 생태학적 원리를 진지하게 받아들인다면, 생명의 끝에서 야기되는 뇌사 문제를 생명의 시작에서 야기되는 낙태·배아줄기세포·맞춤아기 등의 문제와 분리해서 다루어서는 안 될 것이다. 이렇게 총체론적·유기체적 관점에서 뇌사 문제를 재검토하면, 현실적으로 뇌사를 인정할 수밖에 없는 여러 가지 납득할 만한 이유들이 있다고 해도, 뇌사를 합법화하는 데 신중하지 않을 수 없다. 의학계의 주장대로 “뇌사자를 아직 산 사람이라고 보는 경우, 뇌사자에 대한 고의적 치료중단은 형식 논리적으로는 살인의 구성요건에 해당하지는 하지만, 이미 소극적 안락사라는 개념에 의해 또는 뇌사자에 대한 의사의 생명유지의무를 배제하는 방식으로 합법화될 수 있기”<sup>39)</sup> 때문에, 굳이 뇌사 자체를 합법화할 필요까지는 없다고 본다. 물론 의사의 입장에서는 뇌사자에 대한 치료중단을 두고 ‘안락사’라고 표현하는 것이 내키지 않을 수 있을지 모르지만, 그렇다고 해서 의사들의 부담을 덜어주기 위해 일반인의 ‘생활세계적 죽음 개념’을 희생시킬 필요는 없을 것이다.<sup>40)</sup>

이렇게 되면, 뇌사와 안락사 논의는 다시 제자리로 돌아온 느낌이 들 수도 있다. 뇌사는 여전히 죽음의 정의로서 만족스럽지 못한 모델로 남아 있고, 뇌사의 합법화는 아직 시기상조로 간주되며, 따라서 뇌사자, 더

나아가 식물인간에 대한 안락사를 어떻게 볼 것인가의 문제는 더 많은 의학적·법적·윤리적·종교적 토론과 대화가 필요한 사안으로 남게 된다. 이 글에서는 다만, 우리가 무엇보다도 합법화에 따른 오·남용 및 악용의 가능성을 전부 다 예측할 수 없을 뿐만 아니라, 막을 방도도 뚜렷하게 없다는 한계를 인식하는 것으로 만족하고자 한다. 아직 자연이 우리에게 죽음의 신비를 전부 다 노출하지 않은 상태에서 성급히 죽음의 빗장을 열어 재끼는 행위는 어리석은 오만 내지 객기에 불과할 것이다. ‘모르는 게 약’이라고 체념하는 태도도 바람직하지 않지만, ‘아는 것이 힘’이라고 무작정 돌진하는 행위도 무모하기는 마찬가지다.

혹자는 불평할 지도 모른다. 어차피 죽을 목숨, 몇 시간 먼저 죽음을 선고한들 무엇이 달라지겠는가? 하지만 북경 나비의 날개 짓이 뉴욕의 폭풍을 야기할 수 있는 법이다. 죽음의 개념을 새롭게 설정하는 하나의 작업이 생명 전체에 지진을 일으킬 수도 있다. 또 혹자는 종교나 윤리가 아무리 제동을 걸어도, 과학기술은 그에 아랑곳없이 제 길을 따라 놀라운 속도로 달려갈 것이고, 편민주의와 실용주의와 공리주의에 기댄 법적 정비가 그 뒤를 따를 것이라고 자조적으로 말할 지도 모르겠다. 그러나 그럼에도 불구하고 종교와 윤리는 여전히 생명을 위한 최후의 안전망이 되어야 한다. 그것이 과학기술사회에 유배된 종교와 윤리의 운명이다. **ME**

**색인어** : 죽음의 정의, 뇌사, 장기이식, 공리주의, 총체론적·유기체적 관점, 생명관

위로 잡고 있어, 생명관의 혼란을 야기한다. 이러한 혼란은 결국 생명의 연속적이고 총체론적인 현실과 낙태의 현실적 필요 사이의 괴리를 메우기 위한 ‘편민주의적’ 조처에서 야기된 것으로 풀이할 수 있다.

39) 이상돈, 앞의 글 : 264.

40) 생활세계적 죽음 개념이란 일반인이 일상생활에서 경험하는 죽음의 기준, 곧 심폐사를 가리키는 것으로, 일종의 사회문화적 죽음 개념이라고 하겠다.

## A View of Life in the Discourse on Brain-Death

YANG Jae-Sub\*, KOO Mi-Jung\*\*

The invention of respirators and other life support systems has challenged the traditional definition of death. If the absence of a heartbeat and spontaneous breathing are the signs of death, how do these criteria apply when one is on a respirator? Alongside these technical inventions, the field of organ transplantation continues to develop and has become a significant factor in forcing us to rethink the traditional definition of death, that is, the death of the heart and lungs. The definition of death is further complicated by the fact that dying is a continual and gradual process, although life and death are often considered to be distinct states. For all of these reasons, the definition of death involves an essential interpretive component. Accordingly, this article examines contemporary responses to the new definitions of death, such as whole brain death, neocortical death, and brain stem death. The authors claim that attempts to define death in terms of the loss of a particular function of the brain derive from a mechanical, reductionist, and hierarchical view of life, which has also given rise to the idea that human life begins 14 days after fertilization. It is argued that, from a holistic or organic perspective, the concept of brain death must be treated with caution, although there are pragmatic considerations in support of its use.

● **Keywords** : Definition of death, Brain death, Organ transplant, Utilitarianism, Holistic/organic view

---

\* Department of Genetic Engineering, Daegu University: *Corresponding Author*

\*\* Philhuman Institute of Life Studies, Daegu University