

dr hab. Barbara Chyrowicz, prof. KUL

O ingerencjach w ludzką psychikę, wolności i moralnej odpowiedzialności

Moralnie odpowiedzialnym jest się zawsze za kogoś lub za coś. Kiedy zatem w tytule wystąpienia pojawia się problem moralnej odpowiedzialności bez żadnego dookreślenia, słuszne jest domaganie się od prelegenta wyjaśnień o jaką odpowiedzialność, tj. o odpowiedzialność czyją i za kogo chodzi. Spieszę zatem z wyjaśnieniem, że chodzi mi najpierw o odpowiedzialność psychologa względnie psychiatry za pacjenta, a następnie o moralną odpowiedzialność pacjenta za samego siebie. Przedmiotem zainteresowania jest zatem pacjent, a konkretnie jego wolność (autonomia). Wolność (lub autonomia) w tym sensie jest tu kluczowym pojęciem, że jakiegokolwiek ingerencje w ludzką psychikę winny mieć na uwadze szacunek dla autonomii pacjenta, on zaś sam pozostaje w pełni odpowiedzialnym za siebie jedynie wówczas gdy działa w sposób wolny. Co prawda zaburzenia osobowości i choroby psychiczne w różnym stopniu wolność tę ograniczają, jeśli jej jednak zupełnie nie eliminują (stwierdzenie czego będzie w pewnych przypadkach wprost niemożliwe), pozwalają na podejmowanie decyzji o charakterze moralnym. Uznanie kogoś za niepoczytalnego nie jest zatem równoznaczne z uznaniem go za nieodpowiedzialnego moralnie. Z drugiej strony - ponieważ to właśnie decyzje o charakterze moralnym pozwalają nam się samookreślić, ingerowanie w ludzką psychikę powodujące istotne zmiany owego samookreślenia (lub też zmiany samoświadomości) stają się moralnie kontrowersyjne. Poddani tego rodzaju ingerencjom możemy bowiem decydować wbrew temu, co skądinąd uznajemy za słuszne.

Podjmując problem autonomii pacjenta w kontekście ingerencji w jego psychikę przytaczam - za wieloma autorami - niepokoje podnoszone przez moralistów, a nie przedstawicieli profesji zawodowo związanych z tego rodzaju ingerencjami. Nie wykluczam, że są one wyolbrzymione pozostawiając specjalistom ich weryfikację. Jeśli etyka jest w tym miejscu nazbyt ostrożna, to wynika to z głębokiej troski o człowieka. Jeśli nie ma podstaw do niepokoju etykowi wypada się tylko cieszyć - w filozofii wszak, także w filozofii moralnej, chodzi o poszukiwanie prawdy, a nie próżne ambicje.

Problem autonomii pacjenta

(2)

Możliwość „zawodowego” ingerowania w ludzką psychikę kojarzy się zazwyczaj z dwiema profesjami: psychologa i psychiatry. Niniejsze wystąpienie nie wprowadzi nas w niewątpliwie fascynujący opis możliwych technik oddziaływania na ludzką psychikę (jego autorce brak zresztą po temu odpowiednich kompetencji), interesować nas będzie raczej skutek niż przyczyna, tzn. raczej skutek jaki techniki te mogą wyrzucić na psychikę pacjenta niż sposób ich przeprowadzania. Ocenie etycznej nie podlegają wprawdzie jedynie skutki ewentualnych interwencji w psychikę, lecz również same metody, poprzestając jednak na refleksji nad skutkami. Skutkom tym będziemy się chcieli przyjrzeć w perspektywie etyki, a nie pragmatyki - stawiamy zatem zasadniczo pytanie nie o to, czy terapia się powiodła, lecz czy jej zastosowanie nie naruszyło w jakimś wymiarze dobra pacjenta; w jakimś wymiarze, ponieważ z punktu widzenia terapeuty oczywistym dobrem pacjenta, któremu etyk absolutnie przeczyć nie będzie, jest przede wszystkim skutek terapeutyczny, np. wyprowadzenie pacjenta ze stanu depresji. Ze wstępu wynika, że dobrem zagrożonym może być autonomia pacjenta.

Zgodzimy się, że ingerencje w ludzką psychikę dotyczą niezwykle głęboko istoty naszej psychofizycznej natury czyniąc nas nadto, zdawałoby się, bezbronnymi w rękach terapeuty. Powaga problemu wynika stąd, że ingerencje w psychikę, jakkolwiek mogą wiązać się z jakimś konkretnym, biologicznym układem ludzkiego organizmu, to dotyczą istotnie „osobowego ja”, wpływają na to kim jesteśmy i jak się identyfikujemy w obszarze naszych racjonalnych wyborów. Powagi tego problemu świadome jest również środowisko zainteresowanych wymienionymi wyżej rodzajami terapii profesjonalistów. Jedną z podstawowych zasad przyjmowanych przez kodeksy psychologiczne i psychiatryczne głosi, że we wszelkiego rodzaju terapii należy zachować respekt dla godności i autonomii pacjenta, co w praktyce wyklucza podejmowanie interwencji wbrew jego woli, nakazuje natomiast uznanie prawa pacjenta do prywatności i obowiązek dochowania tajemnicy zawodowej przez psychologa i psychiatrę. Interwencje psychiatryczne mogą być przeprowadzane wbrew woli pacjenta tylko wówczas, gdy ciężki stan mentalny nie pozwala na uzgodnienie z pacjentem terapii, która - wedle wiedzy terapeuty - może przynieść dobroczynne skutki. Zawieszenie zasady autonomii jest zatem usprawiedliwione jedynie w kontekście niekompetencji pacjenta - odzyskanie przez pacjenta zdolności do decydowania o sobie samym jest równoznaczne z przywróceniem mu wszelkich praw

wynikających z zasady autonomii¹. Tak sformułowana zasada autonomii nie budzi moralnych niepokojów. Ponieważ choroby natury psychicznej często wiążą się z zaburzeniami świadomości, ograniczenie autonomii pacjenta jest zrozumiałe. Jest dla nas przy tym oczywiste, że pacjenta należy leczyć, a rezygnacja z pytania go o zgodę na prowadzenie działań terapeutycznych jest podyktowana jego dobrem - chodzi nam wszak nie o co innego, jak właśnie o przywrócenie pacjentowi zdolności do samodzielnych decyzji. Można wprawdzie stawiać tu dalsze pytania, np. o rodzaj dopuszczalnych terapii i o sposób ich przeprowadzania, ale pojawiają się one na bazie dopuszczenia terapeutycznych ingerencji w psychikę człowieka. Mam tutaj na uwadze zarówno metody stosowane w psychologii, jak i w psychiatrii.

Podkreślenie zasady autonomii pacjenta ma w odniesieniu do interwencji w ludzką psychikę szczególne znaczenie. Interesujące nas terapie z zasady mają bowiem prowadzić do zmian osobowościowych. Nie będzie nam zatem chodziło jedynie o autonomię pacjenta rozumianą jako funkcjonującą w etyce medycznej zasadę domagającą się świadomej zgody pacjenta na terapię, lecz również o autonomię rozumianą jako zasadę wewnętrznej autodeterminacji i samostanowienia pacjenta. Oba aspekty autonomii ściśle się ze sobą łączą: pacjent ma bowiem prawo - w granicach wyznaczonych jego kompetencją - wiedzieć jak dalece jego zachowanie może ulec zmianie pod wpływem terapii. Psycholog będzie tu dyskutował raczej zaburzenia osobowości, etyk natomiast zapyta o to, jak dalece zmiany świadomości powstałe na skutek stosowania terapii biomedycznych i psychoterapii mogą wpływać na racjonalność i wolność decyzji. A ponieważ to one właśnie konstytuują nas moralnie wyznaczając zarazem obszar moralnej odpowiedzialności, to zmiana czy naruszenie świadomości, które filozof określi mianem naruszenia autonomii, stają się problemem natury moralnej, pytamy o to, czy i jak dalece ponosimy odpowiedzialność za działanie pozostające pod wpływem owych zmian. Problemu nie stanowią zasadniczo zmiany osobowościowe, polegające na przywróceniu pacjentowi pełni władz umysłowych, ponieważ chodzi w nich właśnie o przywrócenie utraconej autonomii, lecz głównie o te, których zadaniem jest usprawnienie naszego skądinąd mieszczącego się w granicach zdrowia

¹ *Ethical Principles of Psychologists and Code of Conduct*, w: G.P. Koocher, P. Keith-Spiegel, *Ethics in Psychology. Professional Standards and Cases*, New York - Oxford: Oxford University Press 1998, s. 446; *The Code of Professional Ethics of the Psychiatrist*, w: *Psychiatric Ethics*, red. S. Bloch, P. Chodoff, S.A. Green, Oxford: Oxford University Press 1999, s. 528-529.

(4)

psychicznego działania. Wydaje się bowiem, że istnieje różnica pomiędzy wyprowadzeniem pacjenta ze stanu depresji, a zmianą melancholicznego temperamentu, poprawieniem nastroju lub usprawnieniem intelektu. Te ostatnie nie mają wymiaru terapeutycznego, lecz meliorystyczny. Wziąwszy pod uwagę jak bardzo sfera poznawcza i uczuciowa oddziałuje na nasze decyzje, postawiony wyżej problem autonomii działań łączy się z pytaniem o to, jak dalece postulat zmagania się ze samym sobą - nastrojem, zmęczeniem, zniechęceniem - wolno zastąpić środkami farmakologicznymi. W przypadku tych drugich nie mielibyśmy do czynienia z odzyskaniem utraconej bądź zaburzonej świadomości, lecz z poprawą lub zmianą natury jakościowej stanu mentalnego człowieka zdrowego. Gdybyż tylko różnicę między świadomością chorą, a zdrową można było wyraźnie i precyzyjnie określić?

Kłopoty z normalnością

Dostępne nam dzisiaj technologie spowodowały, że granice pomiędzy stanem określanym jako patologiczny i jako takim podlegającym w sposób oczywisty leczeniu, a normalną kondycją psychofizyczną człowieka stają się coraz to mniej wyraźne. Zanim zaczęto stosować metody wspomaganej reprodukcji niepłodność była defektem ludzkiej natury - dzisiaj jest problemem medycznym. Słaby wzrok był na pewnym etapie życia zrozumiąłem objawem starzenia - dzisiaj uciekamy się w tej sytuacji do pomocy specjalisty. Coraz częściej szeroko pojęte służby medyczne powoływane są do zapobiegania uwarunkowaniom, które nie są wprost objawami choroby. I tak *estrogen* podaje się kobietom po okresie menopauzy, *minoxidil* oferuje się łysiejącym mężczyznom, (nie mówiąc już o osławionej *viagrze*) a operacje plastyczne poleca się osobom niezadowolonym ze swojego wyglądu. Nie inaczej jest w psychiatrii. Rozwój psychoterapii sprawił, że znacznie poszerzył się zakres stanów określanych jako patologiczne - włączono do niego różnego rodzaju fobie, obsesje i zaburzenia osobowości. Powstały na gruncie projektów związanych z rozwojem terapii genowej termin „wzmocnienie”, odnoszący się do ingerencji polegających nie tyle na terapii, co doskonaleniu organizmu, znalazł swoje zastosowanie w odniesieniu do wszelkich ingerencji o nieterapeutycznym charakterze. Nazywa się je dzisiaj ogólnie „technologiami wzmocnienia”. Mieści się w nich zarówno stosowanie antydepresantów (*Prozac*) i środków doskonalących zdolność koncentracji (*Ritalin*) oraz pamięci, jak i kosmetyka chirurgiczna, stosowanie hormonu wzrostu lub anabolików dla poprawy atletycznej sylwetki. Moralny niepokój wywołany tego rodzaju

ingerencjami wiąże się z pytaniem o to, jak czy i dalece powodowane przez nie zmiany naruszają identyczność osoby². Nie dyskutuję tutaj niezmiernie złożonego problemu identyczności osoby, skoncentrujemy uwagę na pewnym jego aspekcie - kwestii ewentualnego naruszenia autonomii poddanej leczeniu psychicznemu osoby.

W praktyce określenie czy dana ingerencja w psychikę człowieka ma charakter typowo terapeutyczny czy też meliorystyczny napotyka na nie lada trudności. Nawet pobieżna lektura klasyfikacji zaburzeń psychicznych pozwala zorientować się, że wyznaczenie granicy pomiędzy „normalnością” a „nienormalnością” - i stosownie do tego kwalifikacja zachowań psychopatologicznych - nie poddaje się jednoznacznej definicji. Diagnozy nie zawsze odpowiadają rzeczywistości, bywają wypadkową postępu badań, nowych teorii, postanowień instytucji ubezpieczeniowych i finansowej presji. Postawienie diagnozy i ustalenie terapii podlega w psychiatrii w większym stopniu wpływom lekarza niż w jakiegokolwiek innej dziedzinie medycyny. Relacja między diagnozą a terapią nie jest jednolita ponieważ nie ma jednej, zaakceptowanej etiologii chorób umysłowych. Diagnoza i terapia zależą zatem od tego, jak lekarz rozumie patologię³. Istnieją dość dokładne opracowania symptomów zaburzeń umysłowych zebrane w tzw. DSM (*Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, aktualnie DSM-IV), nawet one nie rozwiązują jednak wszystkich problemów diagnostycznych, w ponad połowie przypadków zawarte jest *implicite* odniesienie do wartości, np. poprzez wskazanie na wartość norm społecznych⁴. Obecność sądów wartościujących w diagnostyce psychiatrycznej wiąże się z tym, że źródło zaburzeń umysłowych bywa najogólniej sytuowane pomiędzy medycyną a moralnością rozumianą jako sfera życiowych problemów pacjenta. Medyczna czy raczej biomedyczna koncepcja chorób umysłowych postrzega ich źródło w zaburzeniach natury organicznej⁵ - ich alternatywą miałyby być właśnie życiowe

² C. Elliot, *Bioethics, Culture and Identity. A Philosophical Disease*, New York - London: Routledge 1999, s. 25-28.

³ J.Y. Hattab, *Psychiatric Ethics*, w: *Encyclopedia of Applied Ethics*, red. R. Chadwick, t. 3, Academic Press 1998, s. 711.

⁴ K.W.M. Fulford, *Closet logics: hidden conceptual elements in the DSM and ICD classifications of mental disorders*, w: *Philosophical Perspectives on psychiatric diagnostic classification*, red. J.Z. Sadler, O.P. Wiggins, M.A. Schwartz, Baltimore: John Hopkins University 1994, rozdz. 9.

⁵ R.E. Kendell, *The concept of disease and its implications for psychiatry*, „British Journal of Psychiatry”, 127(1975), s. 305-315.

(6)

problemy pacjenta⁶. Ostatecznie obie koncepcje wzięte z osobna nie wydają się podawać satysfakcjonującej definicji zaburzeń umysłowych, co przy braku jednej, powszechnie uznanej definicji choroby w medycynie i złożoności etiologii chorób umysłowych stanowi trudny problem dla etyka próbującego uznać w definicji choroby kryterium moralnie dopuszczalnych ingerencji medycznych z jednej - i kontrowersyjnych z drugiej strony. Jeśli pojęcia choroby i zdrowia, szczególnie choroby i zdrowia psychicznego, nie są pojęciami czysto teoretycznymi, lecz związanymi z sądami wartościującymi, to teoretycznie ustalone, obiektywne symptomy choroby nie muszą korespondować z odczuwanymi przez pacjenta dolegliwościami. Doświadczenie przez pacjenta bólu ma charakter subiektywny i jako takie wymyka się czysto teoretycznym normom. Takie symptomy chorób psychicznych, jak lęk lub złudzenie wykraczają dalece poza możliwość obiektywnej kwalifikacji. Pojęcie choroby psychicznej może być zatem teoretycznie zdefiniowane, ale w praktyce posługujemy się nim zawsze w kontekście związanym z jakimś wartościowaniem. W ten sposób godzimy niejako koncepcję czysto medycznych i koncepcję środowiskowych przyczyn chorób umysłowych. Jakie są tego konsekwencje?

Przede wszystkim taka, że nawet jeśli w przyszłości naukowcom uda się dokładnie poznać strukturę i działanie ludzkiego mózgu, w debacie na temat etiologii chorób umysłowych pozostanie miejsce na przyczyny związane z moralnym, tj. rozumnym i wolnym działaniem pacjenta⁷. Nie można by zatem uznać biologicznej struktury mózgu za wyłączne źródło decyzji podejmowanych tak przez zdrowego, jak i przez chorego człowieka. Złudzenia pacjenta mogą mieć źródło w zaburzeniach percepcji, mogą jednak też wynikać z błędnie przyjętych racji działania. Skoro zaś jesteśmy biologicznie uwarunkowani, ale nie zdeterminowani, pozostajemy odpowiedzialni w sferze naszych moralnych wyborów. Nasz organizm funkcjonuje - my natomiast działamy, chociaż neurolog może dokładnie opisać związane z działaniem funkcjonowanie naszego organizmu. Jeśli nie jesteśmy zdeterminowani, to istnieje różnica między szaleństwem i smutkiem z jednej strony, a działaniem szaleńca i złoczyńcy z drugiej, nawet jeśli ten ostatni dość chętnie godzi się na miano szaleńca jeśli może ono zwolnić go z moralnej odpowiedzialności za popełnione zło. Szaleńca będziemy leczyć, złoczyńcę karać, a ogarniętemu smutkiem spróbujemy pomóc

⁶ T.S. Szasz, *The myth of mental illness*, "American Psychologist", 15(1960), s. 113-118.

⁷ Tamże, s. 172-178.

szukając raczej przyczyn życiowych niż organicznych. Powyższe refleksje wskazują na wagę diagnozy stawianej przez psychiatrę - stanowi ona nie tylko problem natury zawodowej, lecz również etycznej. Od niej bowiem zależy rodzaj podejmowanych interwencji, także tych, które wstępnie określiliśmy jako kontrowersyjne.

Moralny wymiar diagnozy

Zgodnie z powyższym, wydawana przez psychologa lub psychiatrę diagnoza ma obok czysto medycznego również wymiar moralny. Diagnoza służy nie tylko wyjaśnianiu etiologii choroby, obok jej zasadniczo terapeutycznych celów wykorzystywana bywa ona również do usprawiedliwiania „pacjenta”, a w pewnych skrajnych przypadkach nawet do dyskredytowania pacjenta w jego człowieczeństwie. W jakich kontekstach pojawiają się tego rodzaju diagnozy?

Nagane z punktu widzenia moralności postępowanie może być wprawdzie wynikiem choroby umysłowej, bywa jednak, że orzeczenie o chorobie wydawane jest wówczas gdy wpływ zaburzeń świadomości na postępowanie był marginalny lub w ogóle nie miał miejsca, diagnoza psychiatry ma natomiast służyć osłabieniu odpowiedzialności złooczyńcy i zamianie więzienia na przymusowe leczenie⁸. Skutkiem diagnozy nie jest wtedy naruszenie autonomii „pacjenta”, lecz zaprzeczenie jakoby „pacjent” działał autonomicznie w trakcie popełniania czynu przestępczego. Orzeczenie o zaburzeniach świadomości jest tutaj jawnym nadużyciem. Podobną rolę diagnoza psychologa lub psychiatry może pełnić w sytuacjach, gdy chcemy usprawiedliwić czyjeś błędy lub niekonwencjonalne zachowanie. Orzeczenie o chorobie psychicznej ma wówczas stanowić obronę przed kompromitacją - zdrowych przedstawia się więc jako chorych. Jako chorych przedstawia się też czasem społecznie szkodliwych. Na podstawie utopijnego przekonania o naturalnej dobroci ludzi wyciąga się mianowicie wnioski, iż źródłem społecznie szkodliwych zachowań, np. nadużyć seksualnych, może być jedynie choroba, co z góry miałoby wykluczać karę więzienia za pedofilię lub gwałt. W ich miejsce zalecane jest natomiast leczenie psychiatryczne, np. przy pomocy środków farmakologicznych. Teza o chorobie „społecznie niedostosowanych”, czy raczej kontestujących zastany porządek społeczny wykorzystana została szczególnie drastycznie przez komunistyczny reżim Związku Radzieckiego. Polityczni dysydenci zapełniali nie tylko więzienia,

⁸ W. Reich, *Psychiatric diagnosis as an ethical problem*, w: *Psychiatric Ethics*, red. S. Bloch, P.. Chodoff, S.A. Green, Oxford: Oxford University Press 1999, s. 207.

lecz również szpitale psychiatryczne. Komunistyczny opozycjonista nie mógł być, wedle Nikity Chruszczowa, człowiekiem normalnym⁹. Diagnoza psychiatryczna może być zatem rodzajem broni: przy jej pomocy można dyskredytować przeciwników politycznych, niewygodne poglądy lub inicjatywy społeczne. Można też przeprowadzać eugeniczne czystki. „Ofiarą” diagnozy psychiatrycznej bywa nie tylko sam pacjent. Popularne w Stanach Zjednoczonych na początku lat dziewięćdziesiątych minionego wieku tłumaczenie psychicznych problemów pacjenta poprzez odwoływanie się do zapomnianych i zepchniętych w podświadomość, traumatycznych wspomnień z dzieciństwa, stało się okazją do oskarżania rodziców i pedagogów o wychowawcze błędy, a nawet o seksualne nadużycia¹⁰. W ostatnim z wymienionych przypadków mielibyśmy do czynienia nie tyle z nadużywaniem diagnozy, lecz z błędnym jej stawianiem, a raczej z fatalnymi skutkami prowadzonej „terapii”. Diagnoza pozostaje tu kluczowym problemem, ponieważ od niej zależą wszelkie dalsze ingerencje w psychikę, także te, które budzą kontrowersje. Uznanie stanu pacjenta za patologiczny pozwala na zastosowanie terapii, a ta mogłaby się czasem okazać gorsza od choroby.

Lekarstwo gorsze od choroby?

Zgodnie z postawionym w artykule problemem, interesują nas przede wszystkim tego rodzaju ingerencje, które wydają się powodować naruszenie autonomii pacjenta. Jedną z funkcji spełnianych względem pacjenta przez prowadzącego psychoterapię psychologa jest „funkcja technologiczna”. Polega ona na wykorzystaniu rozmaitych technik w celu zmiany lub modyfikacji zachowania pacjenta¹¹. Terapie modyfikujące zachowanie wchodzą w szerszy zakres tzw. terapii behawioralnych. Definiuje się je jako próbę zastosowania zasad uczenia się oraz innych wyprowadzonych na drodze eksperymentalnej zasad psychologicznych do zachowania problemowego. Celem terapii jest zwiększenie częstości pożądanых zachowań i (lub) zmniejszenie częstości zachowań problemowych. Stosuje się ją zasadniczo przy aktywnym uczestnictwie i zgodzie pacjenta (mogą zaistnieć sytuacje, w których pacjent będzie

⁹ S. Bloch, *Psychiatry: An impossible profession?*, „Australian and New Zealand Journal of Psychiatry”, 31(1997), s. 172-183.

¹⁰ Reich, *Psychiatric diagnosis as an ethical problem*, s. 210-217.

¹¹ H.H. Strupp, *On failing one's patient*, „Psychoterapy: Theory, Research and Practice”, 12(1975), s. 39-41.

niekompetentny)¹². Modyfikacja zachowania osiągnięta w wyniku terapii behawioralnych nie wydaje się naruszać osobowej tożsamości pacjenta. Można sobie wprawdzie wyobrazić sytuację, w której psychoterapeuta wykorzystuje umiejętność kierowania ludzkim zachowaniem dla niegodziwych celów, ale będzie to problem psychoterapeuty, a nie wymienionych wyżej terapii. Niebagatelną rolę w odzyskiwaniu utraconej autonomii miałyby odgrywać również psychoanaliza. Dla twórcy psychoanalizy, Zygmunta Freuda, zalecenie wyroczni delfickiej: „poznaj samego siebie” miało fundamentalne znaczenie¹³. Zyskanie wiedzy o samym sobie stanowi, w przekonaniu Freuda, warunek wolności działania, jeśli ma być ono działaniem autonomicznym. Poznanie samego siebie jako warunek owej autonomii umożliwiające jest natomiast przez psychoanalizę. Skuteczna terapia winna doskonalić autonomię pacjenta dając mu poczucie posiadania większej kontroli nad własnym życiem oraz niezależności od innych. Owemu subiektywnemu poczuciu własnej autonomii towarzyszą zmiany natury obiektywnej, np. większa skuteczność pracy i uwolnienie od różnorodnych fobii¹⁴. Problemy związane z naruszaniem autonomii zaczynają się zasadniczo dopiero przy zastosowaniu terapii biomedycznych: środków farmakologicznych i ograniczonych dzisiaj do specjalnych przypadków operacji neurochirurgicznych.

Problemy ze środkami farmakologicznymi stymulującymi zachowanie pojawiły się już w latach trzydziestych minionego wieku. Dotyczyły leczenia nadpobudliwości u dzieci. W latach sześćdziesiątych rozpoczęto produkcję środka o nazwie *Ritalin*, stosowanie którego osiągnęło najwyższy poziom w połowie lat dziewięćdziesiątych. Na zwiększenie jego zastosowania wpłynęły najpierw zmiany w diagnozowaniu: różnica pomiędzy ocenieniem temperamentu dziecka jako normalny, spontaniczny i podatny na kierowanie a temperamentem wskazującym na zaburzenia psychiczne okazała się niewyraźna. Podkreślanie znaczenia biologicznej psychiatrii i wpływu genetycznego uposażenia na zachowanie „zepchnęło” na drugi plan rolę czynników środowiskowych i spowodowało, przy zwiększających się wymaganiach stawianym dzieciom (także studentom), że środki psychofarmakologiczne stały się popularnym sposobem

¹² P.G. Zimbardo, *Psychologia i życie*, Warszawa: PWN 1999, s. 676.

¹³ P.. Reiff, *Freud: the mind of the moralist*, Chicago: University of Chicago Press 1959.

¹⁴ J. Holmes, *Ethical aspects of the psychoterapies*, w: *Psychiatric Ethics*, red. S. Bloch, P.. Chodoff, S.A. Green, Oxford: Oxford University Press 1999, s. 325-326.

rozwiązywania osobowościowych problemów. Psychofarmakologia zdawała się znacznie szybciej i łatwiej prowadzić do ich rozwiązania niż terapia wymagająca dokładnego poznania dziecka i jego środowiska¹⁵. Mając świadomość tego, jak wiele czynników wpływa na nasze zachowanie można żywić poważne wątpliwości odnośnie do tego, czy psychofarmakologia może ostatecznie rozwiązać problemy związane z postępowaniem pacjenta, a osiągnięty dzięki jej stosowaniu skutek (np. zwiększona uwaga dziecka) jest rzeczywistym zachowaniem dziecka.

Kiedy w roku 1988 na rynku ukazał się środek antydepresyjny o nazwie *Prozac*, dyskusja na temat moralnych aspektów stosowania antydepresantów rozwinęła się na dobre. Peter Kramer, autor słynnej książki *Listening to Prozac*, pisze wprost o „kosmetyce psychofarmakologicznej” mając na uwadze sytuacje, w których *Prozac* przepisywany jest dla poprawienia nastroju lub doskonalenia postępowania, a więc w kontekstach nie mających nic wspólnego z klinicznymi objawami depresji¹⁶. Znamienne stały się przy tym statystyki wykazujące nagły wzrost ludzi cierpiących na depresję. Ponieważ skuteczność leku nie wydaje się tłumaczyć jego popularności, można domniemywać, że w grę wchodzi tutaj zyski producenta, a nie rzeczywiste dobro pacjentów¹⁷. W debacie jaka wywiązała się wokół nieterapeutycznego stosowania leku stawiano pytania o moralną dopuszczalność stosowania leków dla poprawy dobrego samopoczucia oraz - znacznie głębiej - o moralne prawo człowieka do kreowania samego siebie. „*Prozac*” stał się hasłem wywoławczym tej dyskusji. Naukowcy zwracali uwagę, że służy on raczej poprawianiu własnego „ja” niż leczeniu powodując nadto zmiany osobowości „pacjenta”; reklama wokół środka miałaby być natomiast spowodowana amerykańską obsesją sukcesu - każdy środek, nawet mechanicznie rozwiązujący psychiczne problemy, jest uznany za dobry, jeśli jego stosowanie sprzyja życiowym osiągnięciom¹⁸. Wystarczającym powodem sięgnięcia po *Prozac* stało się stąd stwierdzenie alienacji psychicznej pacjenta lub melancholicznego charakteru. Krytyce poddano zarówno pierwszy

¹⁵ L.H. Diller, *The Run on Ritalin: Attention Deficit Disorder and Stimulant Treatment in the 1990s*, “Hastings Center Report”, 26(1996), nr 2, s. 12-14.

¹⁶ P. Kramer, *Listening to Prozac*, London: Fourth Estate Limited, 1994.

¹⁷ D. Healy, *Good Science or Good Business?*, “Hastings Center Report”, 30(2000), nr. 2, s. 20.

¹⁸ C. Elliot, *Pursued by Happiness and Beaten Senseless. Prozac and the American Dream*, “Hastings Center Report”, 30(2000), nr. 2, s. 7-8.

jak i drugi powód stosowania leku wychodząc z założenia, że alienacja stanowi wprawdzie barierę przeciw dobremu samopoczuciu, którego odzyskanie jest celem psychoterapii, dobre samopoczucie nie jest jednak wszystkim¹⁹, a uznanie, że *Prozac* jest lekarstwem na melancholię wprowadza niczym nie uzasadnione wartościowanie samych temperamentów²⁰. Ostatecznie *Prozac* w opinii krytyków miałby powodować nową, „nieautentyczną” osobowość²¹. Człowiek zyskuje wprawdzie lepsze psychiczne samopoczucie, ale to nie jest właściwie jego samopoczucie, tylko skutek zmienionej osobowości²².

Czy można zgodzić się na stosowanie antydepresantów w celu zmiany osobowości? Mamy prawo do kreowania własnej osobowości, a to zakłada, że może ona podlegać zmianom. Zmiany, których autorami jesteśmy my sami nie dokonują się jednak mechanicznie, jak ma to miejsce w przypadku antydepresantów, są wynikiem naszych świadomych decyzji. Zaburzeń emocjonalnych nie można zawsze traktować podobnie jak traktuje się ból głowy. Jakkolwiek przy pomocy antydepresantów można osiągnąć ten sam efekt psychicznego zdrowia, jaki osiągnęlibyśmy starając się zrozumieć pacjenta i pomóc mu w odzyskaniu równowagi, w pierwszym przypadku traktujemy go jak automat, w drugim - na miarę odpowiedzialnego podmiotu. Emocje mają charakter intencjonalny - uczucia gniewu nie można odseparować od jego źródła. Emocji nie można zatem likwidować podobnie jak likwiduje się fizyczny ból. Wprawdzie zarówno fizyczny ból, jak i budzące się w nas emocje mogą znaleźć swoje wyjaśnienie, emocje jednak nie tylko wyjaśniamy, staramy się je usprawiedliwić. Mają dla nas nie tylko wymiar fizyczny, ale - przynajmniej w pewnych sytuacjach - głęboki wymiar moralny²³.

¹⁹ Tamże, s. 9-12.

²⁰ P.D. Kramer, *The Valorization of Sadness. Alienation and the Melancholic Temperament*, "Hastings Center Report", 30(2000), nr 2, s. 13-18.

²¹ D. Degrazia, *Prozac, Enhancement and Self-Creation*, "Hastings Center Report", 30(2000), nr 2, s. 35-37.

²² C. Elliot, *The Tyranny of Happiness: Ethics and Cosmetic Psychopharmacology*, w: *Enhancing Human Traits: Ethical and Social Implications*, red. E. Parens, Washington, D.C.: Georgetown University Press 1998, s. 177-188.

²³ C. Freedman, *Aspirin for the Mind? Some Ethical Worries about Psychopharmacology*, w: *Enhancing Human Traits: Ethical and Social Implications*, red. E. Parens, Washington D.C.: Georgetown University Press 1998, s. 136-140.

Lepiej czy inaczej? Ku eugenicie pozytywnej

Chcielibyśmy pamiętać więcej, myśleć szybciej, lepiej rozumować, posiadać zdolność większej koncentracji. Wydaje się, że to również można osiągnąć przy pomocy farmakologii. Doskonalenie poznawczych właściwości wydaje się ze wszech miar pożądane kiedy jest skutkiem wysiłku zainteresowanego maksymalizowaniem własnych możliwości podmiotu. Jak jednak ocenić owo doskonalenie w sytuacji, gdy osiągamy je jako efekt farmakologicznego wspomagania naszego organizmu? Czym np. genetyczne wzmocnienie inteligencji miałyby się różnić od akceptowanych przez nas metod podnoszenia mentalnych kwalifikacji dzieci?

Zauważmy, że w każdym gatunku mieszczą się określone, organicznie uwarunkowane możliwości, których przekroczyć nie sposób. Istnieją zatem określone możliwości poznawcze człowieka i chociaż poszczególne jednostki będą je w różnym stopniu reprezentować (istnieją wszak jednostki wybitne), to istnieje granica właściwego dla gatunku stopnia słyszalności dźwięków i widzenia barw, poza którą poznawanie jest po prostu niemożliwe²⁴. Ludzki mózg zdaje się też mieć określone możliwości „magazynowania i przesyłu danych”. Próbuując przy wykorzystaniu osiągnięć współczesnej biomedycyny wykraczać poza pułap ludzkich możliwości dokonywalibyśmy więc w pewnym sensie zmiany w obrębie samego gatunku. Możliwości te przekraczamy wprawdzie np. przy pomocy kalkulatorów lub komputerów, ale nie doskonałą one nas samych, lecz efektywność naszego działania. Korzystanie z najlepszego nawet komputera w niczym nie zmieni naszych zdolności poznawczych jako takich, a można wskazać sytuacje, w których właśnie od naszych zdolności poznawczych bardzo wiele zależy, np. w trakcie stawiania diagnozy przez lekarza. Czy jednak psychiatria i biomedycyna, przy pomocy której podjęlibyśmy próbę doskonalenia naszych poznawczych możliwości zmieni jedynie stopień naszych umiejętności, czy też w pewnym sensie nas samych?

W ramach debaty nad ewentualną poprawą naszych poznawczych umiejętności pojawiają się również projekty ingerowania wprost w strukturę mózgu. W kontekście rozwoju bioelektroniki rozważa się dzisiaj możliwość implantowania do mózgu chipów, które nie tylko pomagałyby przewyciężyć barierę głuchoty i ślepoty, lecz również doskonaliły pamięć lub pozwalały na

²⁴ P.J. Whitehouse E. Juengst, M. Mehlman, T. H. Murray, *Enhancing Cognition in the Intellectually Intact*, „Hastings Center Report”, 27(1997), nr 3, s. 14-16.

dostrzeganie barw i słyszenie dźwięków niedostępnych dla naszego gatunku. Ingerencje tego rodzaju bywają - analogicznie do nieterapeutycznej kosmetyki chirurgicznej oceniane jako moralnie niedopuszczalne naruszanie natury i bożych przeznaczeń oraz naruszanie cielesnej integralności. Obok nich pojawia się również zarzut naruszania osobowej identyczności. Wprowadzenie chipów do mózgu postrzegane jest bowiem jako możliwość istotnej zmiany naszej psychiki. W wyniku ingerencji mielibyśmy otrzymywać kogoś kto jest znacznie bardziej sprawny, ale zarazem trochę inny. Pytanie etyka dotyczyć będzie zatem i tego, jak dalece ów inny moralnie odpowiada za działanie, czy nieprzeciętne możliwości, w jakie został wyposażony, mogą stanowić podstawę do przypisywana mu jakichkolwiek zasług, czy funkcjonuje jako w pełni autonomiczny podmiot, czy też jako cyborg? Czy lepsze funkcjonowanie wskazuje na zmiany o charakterze osobowościowym? Czy „sprawniej” oznacza „lepiej” w sensie moralnym? Inna kwestia to oczywiście możliwości sterowania i kontrolowania bioelektronicznie wspomaganym osobom²⁵. Można by tu snuć iście orwellowskie wizje totalitarnego świata, będzie to jednak problem wykorzystywania techniki, a nie techniki jako takiej.

Możliwości poprawiania naszych funkcji poznawczych wiązane są dzisiaj również z rozwojem genetyki. Rozważa się możliwość wspomaganie przy pomocy inżynierii genetycznej naszej pamięci i inteligencji²⁶. Inna tu będzie - jeśli się powiedzie - technika wspomaganie naszych możliwości poznawczych, zgłaszane niepokoje moralne nie odbiegają od powyższych.

Dyskutując nad kontrowersyjnymi skutkami różnorodnych ingerencji w ludzką psychikę nie można zapominać o ich terapeutycznym wymiarze. Nie chodzi zatem o wykluczenie wszelkich ingerencji, lecz o ich dopuszczalny zakres. Zastanawiamy się nad dopuszczalnością moralną, ewentualne regulacje prawne nie stanowią zatem rozwiązania problemu. Filozoficzna próba odpowiedzi na pytanie o moralną dopuszczalność ingerencji w psychikę człowieka prowadzi nas do fundamentalnych dla etyki kwestii: relacji osoby do posiadanej przez nią natury - we współczesnej filozofii analitycznej, tzw. *mind-body* problem, normatywnego statusu tejże, wolności człowieka próbującego w miarę dostępnych mu możliwości kreować własną naturę, postulatu

²⁵ G.Q. Maguire, E.M. McGee, *Implantable Brain Chips? Time for Debate*, "Hastings Center Report", 29(1999), nr 1, s. 7-13.

²⁶ L. Walters, J.G. Palmer, *The Ethics of Human Gene Therapy*, New York-Oxford: Oxford University Press 1997, s. 119-123.

(14)

samosdoskonalenia. Osiągnięcia naukowców zajmujących się w różnych aspektach ludzką osobą zmuszają filozofa do ponownego przemyślenia fundamentalnych kwestii stanowiąc niezwykle cenne źródło inspiracji.