

RECENZJE

**Terapia „ostatniej nadziei” czy eksperyment?**

John Kleining, *Ethical Issues in Psychosurgery*, George Allen and Unwin,  
London—Boston—Sydney 1985, s. 152

Nazwa „psychochirurgia” stanowi zbitkę dwu pojęć: *psyche* (grec. dusza) oraz *chirurgia* (od grec.: *cheir* — ręka i *ergon* — czynność) i sugeruje, że jest to rodzaj manualnej ingerencji w psychikę. Ale jak jest możliwa chirurgiczna ingerencja w psychikę? Wszak psychika nie jest częścią organizmu, jak np. noga lub serce. Oczywiście, zabiegu psychochirurgicznego dokonuje się nie na psychice, lecz na mózgu, ale dokonuje się go w celu wywołania pożądanych zmian w przeżyciach i zachowaniach człowieka. Nazwa nie jest więc nazbyt trafna; znacznie lepsze są takie określenia, jak: „chirurgia psychiatryczna”, „neurochirurgia psychiatryczna lub funkcjonalna” (por. J. Kleining, s. 1). Wywodzi się ona z założeń teoretycznych portugalskiego psychiatry, dr. Egasa Moniza, który w połowie lat trzydziestych naszego stulecia po raz pierwszy dokonał zabiegu leukotomii.

Podstawowy zabieg psychochirurgiczny zwany lobotomią przedczołową lub leukotomią polega na przecięciu części włókien istoty białej, które łączą płaty czołowe mózgu ze wzgórzem wzrokowym. Płaty czołowe odgrywają ważną rolę w życiu psychicznym człowieka — są one uważane za siedlisko struktur, od których zależą pojęcia abstrakcyjne i regulacja życia afektywnego. Leukotomię stosowano w leczeniu różnych zaburzeń psychicznych: od poważnych i przewlekłych stanów lękowych, stanów silnego podniecenia psychomotorycznego, często związanego z agresją, poprzez przewlekłe i niepodatne na inne formy terapii psychozy urojeniowe, natręctwa i schizofrenię, aż do nimfomanii, pedofilii i homoseksualizmu. W miarę rozwoju psychochirurgii doskonaliła się i ulegała licznym modyfikacjom technika tych zabiegów; poszerzał się zakres ich stosowania na inne strefy mózgu; zmieniał się także repertuar diagnoz psychiatrycznych traktowanych jako wskazanie do zabiegu psychochirurgicznego. Efekty tych zabiegów częściowo były pozytywne. Chory uspokajał się, przestawały go nękać straszliwe urojenia lub obłędny strach; znikwały natręctwa urojeniowe i obsesyjne myśli; zmniejszała się agresja. Ale jednocześnie u ludzi poddanych tym zabiegom występowały często daleko idące zmiany osobowości. Stawali się oni emocjonalnie obojętni, niewrażliwi na wartości, bezwolni i całkowicie zależni od rodziny lub opiekunów. Niekiedy w konsekwencji zabiegów pojawiały się napady padaczki, chorzy popadali w stany euforii lub rozhamowania seksualnego — manifestowali więc zachowania, których nie stwierdzono przed za-

biegiem. Efekty leczenia były więc bardzo kontrowersyjne. Dlatego m.in. psychochirurgia od początku aż po dzień dzisiejszy wywołuje poważne zastrzeżenia o charakterze medycznym i moralnym. W niektórych krajach (np. w Polsce) w ogóle zaniechano stosowania zabiegów psychochirurgicznych. W krajach zachodnich są one nadal wykonywane, choć w bardzo ograniczonym zakresie.

Prawdziwy rozkwit przeżywała psychochirurgia bezpośrednio po II wojnie światowej. Zdaniem J. Kleininga było to spowodowane wzrastającą ilością zaburzeń psychicznych, zwłaszcza tzw. „nerwic wojennych”, często niepodatnych na tradycyjne metody leczenia (warto to wspomnieć, że R. Moniz w roku 1949 otrzymał nagrodę Nobla za prace z dziedziny psychochirurgii). Odkrycie terapeutycznych właściwości chloropromazyny i zastosowanie jej w leczeniu poważnych zaburzeń psychicznych spowodowało spadek zainteresowania psychochirurgią. W porównaniu z farmakoterapią była ona zbyt drastyczną metodą leczenia. Dopiero w latach siedemdziesiątych nastąpiła druga fala zainteresowania psychochirurgią, jednakże jej społeczny rezonans był już zupełnie inny. Dostrzeżono bowiem niebezpieczeństwo wykorzystania metod psychochirurgicznych — dotychczas w zasadzie stosowanych w celach terapeutycznych — dla manipulacji politycznych lub ideologicznych. Huxleyowska wizja Nowego Wspaniałego Świata za sprawą psychochirurgii zaczęła nabierać zbyt realnych kształtów. Wzrosły obawy, że można posłużyć się psychochirurgią dla zapewnienia spokoju społecznego i stabilizacji politycznej — wszak osoby niespokojne, buntownicze lub nonkonformistycznie nastawione wobec *status quo* wystarczy tylko poddać zabiegowi leukotomii, by zapanował pożądaný spokój.

Wobec tego czym jest psychochirurgia? Czy jest ona metodą leczenia, czy pewnego rodzaju eksperymentem przeprowadzanym w dodatku na osobach psychicznie chorych? Jakie realne niebezpieczeństwo niesie z sobą jej rozwój? Czy powinna ona rozwijać się w sposób niekontrolowany, a jeżeli nie — to jakiego typu ograniczenia należałoby tu wprowadzić i dlaczego? Oto niektóre problemy omawiane przez J. Kleininga w recenzowanej pracy.

Rozprawa J. Kleininga nie jest łatwa w czytaniu nie tylko ze względu na zawile, nieco „ciężki” styl, ale przede wszystkim dlatego, że porusza się w niej zagadnienie wymagające dobrej znajomości anatomii i fizjologii układu nerwowego człowieka, a szczególnie mózgu, oraz umiejętności rozeznania w subtelnych technikach neuro- i psychochirurgicznych operacji. Tak np. laikowi trudno porównać efektywność różnych metod psychochirurgicznych oraz trafnie ocenić rozmiar ich wpływu na osobowość (por. rozdz. 5). Lekturę ułatwia jednak zamieszczony na wstępie schemat struktury mózgu z zaznaczonymi polami, których dotyczą poszczególne zabiegi psychochirurgiczne, takie jak: lobotomia przedczołowa, leukotomia transorbitalna, amigdalektomia, elektrokoagulacja wzgórze itd. Praca jest adresowana przede wszystkim do specjalistów: do neurochirurgów i psychiatrów, ale powinni się z nią zapoznać także znawcy etyki i deontologii lekarskiej oraz filozofowie prawa, próbujący ustalić jakieś granice lub normy dopuszczalności stosowania eksperymentalnych metod leczenia. Autor przedstawia bowiem najważniejsze problemy moralne, jakie wiążą się z ingerencją chirurgiczną w mózg w celu zmiany zachowania człowieka.

W rozdziale 1 poznajemy dzieje psychochirurgii, stosowane w niej techniki i metody. Autor uwypukla istotne różnice między psychochirurgią a chirurgią mózgu lub neurochirurgią. Jego zdaniem najważniejszy ze względów moralnych jest fakt, że o ile w chirurgii mózgu celem zabiegu jest usunięcie lub korekta patologicznie zmienionej tkanki (np. guza), by w ten sposób przywrócić mózgowi naturalną sprawność, której brak był przyczyną psychicznych zaburzeń, to celem zabiegu psychochirurgicznego jest przede wszystkim zmiana stanu psychicznego pacjenta i jego

zachowania osiągnąca poprzez — jak się twierdzi — „usunięcie, zniszczenie lub uszkodzenie zdrowej tkanki mózgowej” (s. 1). J. Kleining zwraca jednak uwagę, że wyrażenia „zdrowa tkanka mózgowa”, którym posługują się w dyskusji przeciwnicy psychochirurgii, jest nieściśle. Bowiem tkanka ta może być zdrowa pod względem histologicznym lub strukturalnym, lecz jednocześnie mogą w niej występować zaburzenia typu funkcjonalnego — jak to prawdopodobnie dzieje się w przypadku choroby Parkinsona lub płasawicy Sydenhama. Domniemanie o występowaniu zaburzeń funkcjonalnych w mózgu (metabolicznych lub elektrochemicznych) tworzy się w oparciu o analizę symptomów, obserwację przeżyć i zachowań pacjenta, a tylko w niektórych przypadkach można także odwołać się do wyników analiz laboratoryjnych. Wszystkie te dane są jednak zawodne i nie zawsze umożliwiają sformułowanie jednoznacznej diagnozy psychiatrycznej. Powstaje więc pytanie, jaki stopień pewności co do istnienia zaburzeń funkcjonalnych mózgu jest konieczny, by chirurgiczną interwencję uznać za uzasadnioną z medycznego punktu widzenia? Czy racje medyczne takiej interwencji pokrywają się z racjami moralnymi? J. Kleining podejmuje te pytania; stara się także określić warunki, które zabiegowi psychochirurgicznemu nadawałyby status uzasadnionej medycznie terapii i jednocześnie czyniłyby zadość podstawowej dyrektywie etyki lekarskiej: *primum non nocere*. Jego zdaniem ustalenie takich warunków pozwoliłoby uniknąć sytuacji, w których zabieg psychochirurgiczny, taki jak np. leukotomia, wyrządza pacjentowi większą szkodę niż sama choroba. Podane przez autora warunki są zarazem postulatami moralnymi.

W rozdziale 2 J. Kleining podejmuje problem wskazań lekarskich do zabiegu psychochirurgicznego, uznając go za najistotniejszy z medycznego i moralnego punktu widzenia. Stwierdza, że ogólnie rzecz biorąc wskazaniem do zabiegu powinno być „psychiatrycznie zdefiniowane zaburzenie” (*psychiatrically defined disorder* — s. 15). Ale jakie zaburzenie można uważać za „psychiatrycznie zdefiniowane”? Poszukując odpowiedzi na to pytanie, J. Kleining sięga do naukowych podstaw diagnoz psychiatrycznych i od razu stwierdza, że znakomita większość psychiatrycznych procedur diagnostycznych nie posiada dobrze uzasadnionych, naukowych podstaw, zaś kluczowe dla tej dyscypliny pojęcia nie są etycznie neutralne. Jak wcześniej dowodził T. Szasz, diagnoza psychiatryczna staje się wskutek tego wyrazem negatywnej oceny moralnej, a zachowania dewiacyjne nabierają cech występku. Dotyczy to nie tylko podstawowych kategorii psychiatrii, takich jak pojęcie zdrowia lub choroby psychicznej, ale także wielu spośród ustalonych i tradycyjnie stosowanych jednostek nozologicznych. Wszystko to sprawia, że leczenie zaburzeń psychicznych, zwłaszcza tak drastyczną metodą jak operacja psychochirurgiczna, może być poczytywane za formę karaniania tych, którzy nie zachowują się w sposób społecznie aprobowany i dlatego są uważani za osoby „nienormalne”. J. Kleining występuje przeciwko jakimkolwiek próbom wykorzystania psychiatrii do represjonowania zachowań niekonformistycznych; podkreśla np., że hospitalizacja pacjenta powinna być uzależniona od zgody wyrażonej przez niego samego lub przez jego pełnomocnika. Powinno to dotyczyć także chorych groźnych dla otoczenia lub dla siebie samych. Mimo tych zastrzeżeń autor zdaje sobie sprawę z tego, że aksjologiczne uwikłania wielu kategorii psychiatrycznych, także społeczny kontekst funkcjonowania psychiatrii sprzyja wykorzystywaniu jej do celów pozaterapeutycznych — do kontroli zachowania.

Brak rzetelnych naukowych podstaw psychiatrycznego diagnozowania oraz wartościujące zabarwienie wielu kategorii nozologicznych jest przyczyną często daleko idącej rozbieżności orzeczeń lekarskich stawianych tym samym pacjentom przez specjalistów o różnych teoretycznych orientacjach, a formułowana diagnoza czasem więcej mówi o „szkole” psychiatrycznej, do której należy dany lekarz, niż o pacjen-

cie i jego schorzeniu. Dowolność diagnozowania jest w psychiatrii niepokojąco duża. Podejmowane próby zmniejszenia tego obszaru dowolności poprzez różne zabiegi definicyjnego uściślenia pojęć (tu J. Kleining powołuje się na przykłady), w celu wyrugowania z nich elementów wartościujących, nie zawsze kończą się sukcesem. Zdaniem autora, niemożność całkowitego zneutralizowania etycznego psychiatrii wpływa stąd, że z jednej strony zaburzeniom psychiatrycznym na ogół towarzyszą różne formy nieprzystosowania społecznego, a z drugiej — nieprzystosowanie społeczne nierzadko staje się przyczyną poważnych zaburzeń psychicznych. Z tego względu przynajmniej niektóre zaburzenia psychiczne muszą być definiowane w kategoriach braku przystosowania, co pozwala łatwo przejść od diagnozy do oceny moralnej. Sytuacja ta stwarza więc możliwość narzucania innym pod pozorem leczenia takiego stylu życia, który dominuje w społeczeństwie albo który jest pożądany z punktu widzenia jakiegoś ośrodka dyspozycyjnego, zdolnego podporządkować sobie psychiatrię, a stąd już blisko do modelowania osobowości za pomocą technik psychochirurgicznych.

Mając świadomość moralnie negatywnych konsekwencji, jakie może spowodować nietrafna i naukowo nieuzasadniona diagnoza oraz wpływ wartości społecznie akceptowanych na treść podstawowych kategorii psychiatrycznych, J. Kleining optymistycznie stwierdza, że tylko w niewielkim stopniu dotyczy one psychochirurgii. Pomimo wspomnianej rozbieżności w diagnozach istnieje bowiem „cały szereg przeżyć i zachowań, co do których nikt nie ma wątpliwości, że mają one charakter dewiacyjny (*disordered character*), a tylko takie zaburzenia mogą stać się przedmiotem zainteresowania psychochirurgii” (s. 16). Zauważmy tutaj, że wbrew pozorom J. Kleining nie stwierdza faktów ani nie konstatuje możliwości, lecz w zakamuflowanej formie wyraża pewien postulat, będący świadectwem jego moralnych przekonań i propozycji. W rzeczywistości — o czym świadczy niezbyt długa historia psychochirurgii — niejednokrotnie stosowano zabiegi psychochirurgiczne w przypadkach psychiatrycznie wątpliwych, co potwierdza sam autor. Tak więc pierwszym postulatem moralnym, a zarazem warunkiem, od spełnienia którego powinno zależeć wykonanie zabiegu psychochirurgicznego nie jest jakiegokolwiek „psychiatrycznie zdefiniowane zaburzenie”, lecz tylko takie, co do którego uzyskano psychiatryczny *consensus omnium*. Autor jest przekonany, że zgodne orzeczenie grona specjalistów zminimalizuje dowolność diagnozowania i dlatego tylko takie orzeczenie może stanowić gwarancję słuszności zastosowania operacji psychochirurgicznej. Ale bynajmniej nie jest to warunek wystarczający zakwalifikowania chorego do tego zabiegu.

Laikowi mogłoby się wydawać, że koniecznym warunkiem zastosowania tej draztycznej terapii powinno być niewątpliwe stwierdzenie zmian patologicznych w mózgu. Okazuje się jednak, że warunek ten nie zawsze może być spełniony. W przypadku niektórych, nawet poważnych zaburzeń, brak jest wyraźnych zmian anatomicznych lub dysfunkcji neurologicznych, które można by powiązać przyczynowo z zaburzeniami psychicznymi. Dlatego próby interpretacji wszystkich zaburzeń psychicznych w kategoriach anatomofizjologicznych dysfunkcji mózgu, prowadzące do konstruowania „modelu chorób psychicznych na podobieństwo chorób fizycznych”, nie mogą stanowić niezawodnej podstawy psychiatrycznego diagnozowania (s. 17 i n.). Autor sądzi ponadto, że przesadne przywiązanie lekarzy do medycznego modelu myślenia skłania do poszukiwania przyczyn zaburzeń psychicznych wyłącznie w organizmie, co sprzyja pomijaniu — często nie mniej istotnych — środowiskowych czynników etiogennych. Mimo tych zastrzeżeń kierowanych pod adresem tzw. psychiatrii biologicznej, które mają na celu raczej uwrażliwienie lekarzy na błędność

jednostronnych interpretacji przyczyn choroby, J. Kleining stwierdza, że odkrycie koincydencji danego zaburzenia psychicznego ze zmianami patologicznymi w mózgu może być powodem rozważenia możliwości użycia terapii psychochirurgicznej. Ale także i to nie jest warunkiem wystarczającym.

W przekonaniu autora wątpliwy status naukowy psychiatrii oraz wartościujące zabarwienie wielu jej podstawowych kategorii wypływa ze złożoności, wieloaspekto-wości i skomplikowanego charakteru zjawisk, z którymi ma ona do czynienia. „Większość zaburzeń psychicznych jest uwarunkowana całym kompleksem różnorodnych, biologicznych i społecznych czynników i nie ma tylko jednej przyczyny. (...) Powinno się o tym pamiętać, poszukując właściwych form terapii” (s. 20). Ponieważ zaburzeniom psychicznym towarzyszą zazwyczaj jakieś formy nieprzystosowania społecznego, to „często pojawia się nieodparta pokusa, by trudności społecznej interakcji wyjaśniać, odwołując się do psychiatrycznie zdefiniowanego zaburzenia” (s. 21). Powoduje to ze strony rodziny pacjenta wzrost presji wywieranej na lekarza, by ten zastosował w terapii metody niekonwencjonalne, często eksperymentalne — z psychochirurgią włącznie. Należy jednak pamiętać — podkreśla J. Kleining — że zabiegi psychochirurgiczne nie są dobrą receptą na trudności adaptacyjne, chociaż, jak już wiemy, mogą być do tego celu wykorzystane.

Wszystkie wspomniane wyżej wątpliwości dotyczące statusu psychiatrii skłaniają autora do wniosku, że zabiegi psychochirurgiczne powinny być traktowane jako „terapia ostatniej nadziei”, czyli jako taki sposób leczenia, do którego można się odwołać tylko w ostateczności. Z pewnym odcieniem desperacji i niewiary w możliwość ustalenia naukowo rzetelnych podstaw psychiatrycznego diagnozowania J. Kleining stwierdza, że „bez względu na to, czy [pacjent — E.K.] cierpi z powodu choroby w medycznym sensie tego słowa, czy też nie — jest on ofiarą emocji i myśli, nad którymi obecnie nie potrafi zapanować i które uniemożliwiają mu podejmowanie jakichkolwiek decyzji i sensowne działanie (s. 20). Psychochirurgia jako terapia ostatniej nadziei będzie więc medycznie uzasadniona i moralnie aprobowana tylko wtedy, gdy zostaną spełnione następujące warunki:

1. Zanim rozważy się możliwość zabiegu psychochirurgicznego, należy wcześniej wypróbować inne odpowiednie dla danego przypadku formy leczenia, np. psychofarmakoterapię. Gdy okażą się one nieskuteczne, wówczas zabieg psychochirurgiczny wolno uznać za ostatnią szansę poprawy stanu chorego.

2. Zaburzenie proponowane do leczenia psychochirurgicznego musi mieć poważny i przewlekły charakter. Jeżeli istnieją jakiegokolwiek podstawy do przypuszczenia, że może się ono samoistnie cofnąć lub że będzie nasilać się tylko okresowo — nie ma powodu do użycia „terapii ostatniej szansy”.

3. „Zaburzenie musi być niemożliwe do zniesienia dla pacjenta”, nie zaś dla rodziny lub personelu leczącego; musi ono także być tego rodzaju, że „jeśli cokolwiek można dla niego zrobić, powinno się to uczynić”.

4. Niezbędne jest podanie wiarygodnego uzasadnienia medycznego, dowodzącego trafności zastosowania zabiegu psychochirurgicznego w danym konkretnym przypadku (s. 23). Ten ostatni warunek wynika z przekonania, że dla pacjenta „nie zawsze lepsze jest cokolwiek, niż w ogóle nic” — zwłaszcza, gdy owym „cokolwiek” ma być operacja psychochirurgiczna o nieodwracalnych i trudnych do przewidzenia skutkach w sferze osobowości.

Mimo licznych zastrzeżeń i nieustannie zalecanej ostrożności w posługiwaniu się psychochirurgią jako „terapią ostatniej szansy”, J. Kleining zastanawia się nad tym, jakie jednostki diagnostyczne mogłyby stanowić wskazanie do zabiegu psycho-

chirurgicznego. Nie wnikając w szczegóły wymagające specjalistycznych kompetencji, ograniczę się do wymienienia kilku z nich. Są to: *anorexia nervosa* (jadłowstręt), niektóre odmiany schizofrenii, psychoz afektywnych, manii prześladowczych i paranoi oraz niektóre dewiacje seksualne połączone z agresją (por. s. 27—37).

Jak wiadomo, pacjent któremu proponuje się przeprowadzenie operacji chirurgicznej musi wyrazić zgodę na taki zabieg. Aby zgoda miała moc prawną, muszą być spełnione pewne warunki. W rozdziale 3 J. Kleining omawia zagadnienia koncentrujące się wokół pytania, jakie warunki muszą być spełnione, aby zgoda na zabieg psychochirurgiczny otrzymana od pacjenta psychiatrycznie leczonego mogła być uznana za zgodę „prawomocną” lub „odpowiedzialną”? Zgoda wyrażana przez chorego fizycznie na ogół bywa poprzedzona rozmową lekarza z pacjentem, w trakcie której zostają mu przedstawione informacje dotyczące konieczności dokonania tego zabiegu, rokowań i stopnia ryzyka. Na tej podstawie pacjent podejmuje odpowiedzialną decyzję (por. s. 43—45). Jakże jednak uzyskać świadomą i odpowiedzialną zgodę od pacjenta, który — jeżeli nawet nie jest prawnie ubezwłasnowolniony — to jest „ubezwłasnowolniony” przez chorobę i wskutek tego nie może podejmować jakichkolwiek świadomych i odpowiedzialnych decyzji ani tym bardziej zrozumieć istoty zabiegu psychochirurgicznego, któremu miałby być poddany? Który w imieniu takiego pacjenta może podejmować decyzję o zabiegu i wyrazić nań zgodę? Czy w takich przypadkach zgoda jest w ogóle potrzebna? Rozważywszy niebezpieczeństwa, jakie mogłyby grozić choremu, gdyby prawo do wyrażania zgody w jego imieniu automatycznie przysługiwało członkom jego rodziny lub samym lekarzom — wszak rodzina nie zawsze ma na uwadze dobro pacjenta, lecz np. własną wygodę, lekarz zaś mógłby się kierować dążeniem do sławy lub pasją badawczą — J. Kleining dochodzi do wniosku, że zgodę na zabieg psychochirurgiczny powinien wyrażać prawnie ustalony i niezależny od zespołu leczącego pełnomocnik chorego, na którym spoczywałaby także odpowiedzialność za dalsze losy pacjenta. Jednocześnie autor podkreśla, że w każdym przypadku otrzymanie takiej zgody jest niezbędne, ponieważ stanowi ona m.in. czynnik zapobiegający nadużyciom.

Ale pełnoprawna zgoda, otrzymana nawet od samego pacjenta (gdy jest on do tego zdolny), nie jest wystarczającym warunkiem przeprowadzenia operacji psychochirurgicznej. Zdaniem J. Kleininga taka operacja nie może bowiem opierać się na „zwykłej umowie pomiędzy psychiatrą lub neurochirurgiem a pacjentem; jest to przecież działanie o charakterze społecznym” (s. 59). I oto ku zdumieniu czytelnika, który w tym miejscu mógłby spodziewać się rozważań o społecznym funkcjonowaniu pacjentów leczonych psychiatrycznie, zwłaszcza po zabiegu psychochirurgicznym, dowiadujemy się, że przeprowadzenie takiego zabiegu (po spełnieniu wszystkich innych warunków) powinno także zależeć od analizy jego opłacalności (por. s. 60 i s. 129—131). Prawda, że co kraj, to obyczaj, ale polski czytelnik nie przywykł, by do rozważań dotyczących problemów moralnych wplatać analizy kosztów leczenia i sposobów jego finansowania.

W rozdziale 4 recenzowanej książki autor omawia problem, który moim zdaniem powinien znaleźć się na początku rozprawy. Chodzi tu mianowicie o pytanie, czy psychochirurgia to zespół względnie ustalonych sposobów leczenia pewnych psychiatrycznych zaburzeń, czy też raczej jest to eksperyment medyczny, wymagający specjalnego potraktowania i określenia dokładnych warunków jego stosowania? Biorąc pod uwagę cały dotychczasowy wywód autora możemy zasadnie przypuszczać, że będzie on psychochirurgię uważał za metodę eksperymentalną. Zanim jednak wyrazi jasno swój pogląd, analizuje różne znaczenia, jakie w praktyce medycznej nadaje się pojęciu „eksperyment”. Nie pretendując do wyczerpującego przedstawienia

sprawy, wyróżnia kilka najbardziej w środowisku lekarskim rozpowszechnionych sposobów rozumienia tego słowa:

1. Często się twierdzi, że wszyscy lekarze eksperymentują, bo eksperymentowanie nieuchronnie wiąże się z każdą, nawet pozornie błahą terapią. Wszak każdy pacjent — to inny organizm i inna osobowość, nigdy więc lekarz nie może być absolutnie pewny, że to, co ogólnie wskazane i stokroć sprawdzone w praktyce, w tym konkretnym przypadku będzie równie skuteczne i nie wywoła skutków zgoła odmiennych niż spodziewane. Przeto w najbardziej nawet rutynowym leczeniu występuje pewien element ryzyka, a wzrasta on tym bardziej, im bardziej drastyczna jest stosowana terapia. To pojęcie eksperymentowania w medycynie jest bardzo szerokie. Zdaniem autora wiąże się ono z relacją lekarz—pacjent, a eksperymentalny charakter każdej terapii wypływa ze wspomnianego elementu ryzyka. Jeżeli celem zabiegu jest wyleczenie pacjenta i jeżeli przy tym lekarz nie popełnił żadnego błędu w sztuce lekarskiej, a mimo to skutek zastosowania medycznie ustalonej terapii jest inny niż zazwyczaj i z punktu widzenia aktualnej wiedzy o człowieku był niemożliwy do przewidzenia — lekarz na ogół nie ponosi odpowiedzialności za taki fatalny zbieg okoliczności. Czy jednak to samo można powiedzieć o zastosowaniu metod psychochirurgicznych? Według autora — nie, ponieważ wbrew temu, co głoszą zapaleni zwolennicy psychochirurgii, nie wiadomo na pewno, czy tego typu zabiegi mogą już uchodzić za „medycznie ustaloną procedurę leczenia”. Biorąc pod uwagę kontrowersje, jakie w środowisku psychiatrów wywołują operacje psychochirurgiczne, autor zwraca uwagę, że znaczna część sporu obraca się wokół pytania, jakie procedury mogą w medycynie uchodzić za „ustalone”. Po omówieniu najważniejszych stanowisk w tych sporach o charakterze raczej metodologicznym, J. Kleining pozostawia problem otwarty, ponieważ nie czuje się kompetentny do orzekania w tej sprawie (s. 66).

2. Eksperyment w drugim znaczeniu dotyczy samej techniki i procedury zabiegów psychochirurgicznych. Z działaniem eksperymentalnym w tym znaczeniu mamy do czynienia wówczas, „gdy nie można w pełni przewidzieć jego skutków, gdy mechanizm jego oddziaływania nie jest zbyt dobrze poznany, ryzyko wystąpienia niepożądanych skutków jest wysokie a afektywność podlega dyskusji w środowisku specjalistów” (s. 64). W tym znaczeniu psychochirurgia jest eksperymentalną metodą leczenia, ale niektóre zabiegi psychochirurgiczne są w większym stopniu eksperymentalne niż inne. Zdaniem autora, do obowiązków lekarzy należy ustalenie w każdym konkretnym przypadku stopnia ryzyka związanego z ewentualnym przeprowadzeniem danego zabiegu oraz jego przypuszczalnej efektywności. Jeżeli jednak w interesie pacjenta leżałoby sięgnięcie do takiego jeszcze nie ustalonego i niezupełnie sprawdzonego sposobu leczenia, byłoby to moralnie dopuszczalne właśnie jako terapia „ostatniej szansy”. Podsumowując omówienie dyskusji nad eksperymentalnym charakterem poszczególnych zabiegów psychochirurgicznych, J. Kleining pisze, że „status psychochirurgii jako ustalonej procedury leczenia pewnych chronicznych zaburzeń może być tylko chwilowy”; nie jest bowiem wykluczone, że medycyna odkryje mniej ryzykowne metody ich leczenia (s. 67).

3. Najważniejsze wszakże jest trzecie znaczenie pojęcia „eksperyment”, znane z metodologii nauk, z nim bowiem wiążą się najtrudniejsze problemy moralne. Eksperyment w tym znaczeniu — to celowe wywołanie określonego zjawiska (albo jego celowa zmiana) dokonana w warunkach ściśle wyznaczonych dla zbadania jego przebiegu lub dla sprawdzenia hipotezy. Dominuje tu cel poznawczy, którego realizacja w kontekście medycznym może popadać w konflikt z dobrem indywidualnego pacjenta i prowadzić do instrumentalnego traktowania ludzi psychicznie chorych.

W tym znaczeniu psychochirurgia może, lecz nie musi mieć charakteru eksperymentalnego. W przekonaniu J. Kleininga, nie zawsze bowiem musi występować sprzeczność między celem terapeutycznym a celami badawczymi. Jeżeli bowiem psychochirurg ma na widoku dobro pacjenta a tylko niejako „przy okazji” realizuje swój program badawczy, jest to moralnie dopuszczalne — przy założeniu, na które autor kładzie nacisk, że pacjent lub jego pełnomocnik wyraził prawomocną i świadomą zgodę na przeprowadzenie eksperymentalnego zabiegu.

Trudno jednak bez żadnych zastrzeżeń zgodzić się z rozumowaniem autora. Jak wiemy, zabiegi psychochirurgiczne powodują nieodwracalne skutki w sferze osobowości, a z moralnego i medycznego punktu widzenia wcale nie jest pewne, czy są to zmiany na lepsze. Zabiegów tych dokonuje się w większości na pacjentach „ubezwłasnowolnionych” przez chorobę. Czy wobec tego jest moralnie dopuszczalne przeprowadzanie tych eksperymentalnych przeciw zabiegów na ludziach, którzy sami nie mogą o sobie decydować, a w ich imieniu zgodę wyraża tylko ich pełnomocnik? Ryzyko popełnienia nadużyć jest tu wyjątkowo duże, na co zwraca uwagę także J. Kleining (s. 69). Z drugiej jednak strony — zabieg psychochirurgiczny lub inna eksperymentalna procedura może stanowić jedyną drogę poznania mechanizmów choroby, jej przebiegu i skutków; eksperymentowanie może więc stanowić jedyną szansę odkrycia właściwej metody leczenia. Czy takie cele nie usprawiedliwiają eksperymentów przeprowadzonych na osobach psychicznie chorych — zwłaszcza, gdy się weźmie pod uwagę, że w sferze zjawisk psychicznych nie jest możliwa ekstrapolacja na człowieka wyników badań prowadzonych na zwierzętach?

Autor nie jest radykalnym przeciwnikiem eksperymentowania na ludziach. Twierdzi, że takie eksperymenty — nawet podejmowane w celach wyłącznie poznawczych — są koniecznością i warunkiem postępu w medycynie. Wszak daleko siężny cel eksperymentów medycznych ma charakter terapeutyczny, chodzi bowiem o odkrycie bardziej skutecznych metod walki z chorobą, co bynajmniej nie oznacza, że eksperymentowanie nie powinno podlegać kontroli — zwłaszcza, gdy chodzi o zabiegi psychochirurgiczne (por. s. 68—69).

W dyskusjach dotyczących moralnej dopuszczalności zabiegów psychochirurgicznych często przewija się argument o „świętości” i nietykalności mózgu człowieka. Autor stara się z tego argumentu wydobyć jego racjonalne treści, jest bowiem przekonany, że racji kryjących się za tą metaforyczną szatą słowną nie można zlekceważyć tak, jak to uczynił autor artykułu wstępnego, zamieszczonego w „British Medical Journal” (vol. 1, s. 909), pisząc, że „jeżeli dusza może przetrwać śmierć, to przetrwa także leukotomia” (cyt. za J. Kleiningiem, s. 72).

J. Kleining stwierdza, że ze względu na „osobotwórczą” funkcję mózgu, ze względu na jego związek z tym, co przesądza o tożsamości człowieka, mózg powinien być traktowany inaczej, niż wszystkie pozostałe części organizmu ludzkiego. Utrata ręki lub nogi nie powoduje zmiany tożsamości pacjenta; natomiast operacje psychochirurgiczne stawiają przed nami niezwykle istotny problem zachowania tożsamości chorego, ciągłości jego osobowego „ja”. Nie jest bowiem pewne, czy fizycznie ten sam człowiek po przeprowadzeniu zabiegu psychochirurgicznego jest tą samą osobą, którą był przedtem. Problem tożsamości osobowej człowieka jest bardzo trudny, a jego wyczerpujące omówienie wymagałoby napisania odrębnej rozprawy. Z tego względu autor ogranicza swe zadanie tylko do tego aspektu, który bezpośrednio wiąże się z psychochirurgią i wpływa na moralnie negatywne jej oceny. Dowodzi, że skoro argument o „świętości” i nietykalności mózgu nie jest wysuwany w odniesieniu do „zwykłych” operacji na mózgu, przeprowadzanych dla usunięcia jakiegś patologicznie zmienionej części, to nie ma powodu, by zabiegi psychochirurgiczne



traktować inaczej. Wszak w obu przypadkach chirurgiczna ingerencja w tkankę mózgową powoduje pewne zmiany w osobowości, przeżyciach i zachowaniach pacjenta. Twierdzenie, do którego odwołują się przeciwnicy psychochirurgii, że w pierwszym przypadku chodzi o usunięcie zmienionej chorobowo tkanki, w drugim zaś (tj. w przypadku zabiegu psychochirurgicznego) — o usunięcie lub zniszczenie zdrowej tkanki mózgowej, jest po prostu fałszywe. Jedyne problem, który zdaniem autora jest tu istotny, dotyczy rozmiaru i rozległości zmian osobowościowych, będących skutkiem zabiegu psychochirurgicznego. Dlatego w trakcie podejmowania decyzji o potrzebie przeprowadzenia tego zabiegu należy zachować szczególną rozwagę i przeczność.

Ale czy rzeczywiście następstwa obu typów ingerencji chirurgicznej w mózg człowieka różnią się tylko ilościowo? Na to pytanie J. Kleining nie udziela zdecydowanej odpowiedzi. Pomija je, ponieważ prawdopodobnie jest przekonany, że zagadnienie zachowania tożsamości osobowościowej traci nieco na znaczeniu w przypadku osób cierpiących na poważne zaburzenia psychiczne (por. np. s. 76 i n.) Wszak osobowość tych ludzi to czasem jedno pasmo straszliwych cierpień. Czy wobec tego nie miałyby racji ktoś, kto by twierdził, że odstąpienie od zabiegu psychochirurgicznego ze względu na szacunek należy ludzkiej osobie lub ze względu na dążenie do zachowania tożsamości osobowej psychicznie chorego, jest moralnie gorszym wyborem niż przeprowadzenie tej operacji nawet kosztem radykalnej zmiany tej chorej przeciw osobowości?

W rozdziale 6, moim zdaniem najsłabszym, J. Kleining omawia społeczne reperkusje psychochirurgii. Zwraca tu uwagę na możliwość wykorzystania operacji i technik psychochirurgicznych do celów pozaterapeutycznych i pozanaukowych: do modelowania człowieka według z góry przyjętego planu. Niejako przy okazji porusza zagadnienie narastającej „technologizacji jednostki i społeczeństw współczesnych”. Zastanawia się także nad problemem słuszności finansowania badań w zakresie psychochirurgii oraz koniecznością wprowadzenia pewnych ograniczeń finansowych i organizacyjnych, które zapewniłyby społeczeństwu możliwość kontrolowania tego, co się dzieje w laboratoriach badawczych i klinikach, i które jednocześnie mogłyby zapobiec niebezpieczeństwu dowolnego manipulowania człowiekiem. Niestety, wszystkie te zagadnienia zostały potraktowane zbyt pobieżnie w stosunku do ich społecznego znaczenia, przeto wcale nie jestem przekonana, czy groźba urzędywistnienia Nowego Wspaniałego Świata zostanie kiedykolwiek zażegnana. Moim zdaniem, autor jest przesadnym optymistą: wierzy w postęp nauki i medycyny, w postęp społeczny, w możliwość pogodzenia dobra indywidualnego pacjenta z potrzebami rozwoju medycyny, w mądrą i skuteczną kontrolę społeczeństwa nad rozwojem nauki i medycyny oraz nad państwem — w kontrolę, która zapobiegałaby możliwości wykorzystywania osiągnięć medycznych dla celów kontroli zachowania obywateli. Pełna i rzetelna informacja o dokonanych odkryciach w dziedzinie nauki lub medycyny oraz o możliwościach ich praktycznego wykorzystania stanowi jego zdaniem warunek sprawowania skutecznej kontroli społecznej i taki właśnie cel przyświecał J. Kleiningowi w trakcie pisania recenzowanej pracy.

*Ewa Klimowicz*