

redakcja naukowa  
JOANNA RÓŻYŃSKA  
WERONIKA CHAŃSKA

# BIO ETY KA



LEX

a Wolters Kluwer business

Warszawa 2013

Witold Orski

## Granice ingerencji w ludzkie ciało

Ciało żywego człowieka w przeciwieństwie do większości przedmiotów fizycznych ma moralne znaczenie. Jest tak za sprawą nierozzerwalnego związku ciała z osobą, która niejako „w nim” żyje<sup>1</sup>. Związek ten jest w pełni zgodny z naszymi intuicjami. W języku potocznym nie odróżniamy siebie od własnego ciała. Mówimy „ja siedzę”, a nie „moje ciało siedzi” itd. W większości sytuacji nie pojmujemy naszego ciała jako obcej biologicznej powłoki, w którą zostaliśmy zamknięci. Myślimy o nim jako o nas samych. **Utożsamiamy się** z nim. Podobnie gdy odnosimy się do ciał innych ludzi, nie dokonujemy rozróżnienia na ich cielesne i niecielesne ja. **Utożsamiamy** ludzi z ich ciałami. Wypowiedzi: „nie uderzyłem tego pana, tylko jego szczękę” raczej nie uznalibyśmy za uprawnioną linię obrony przed zarzutem o pobicie. Oceniając czyn dokonany na żywym ludzkim ciele, oceniamy go jako czyn dokonany na osobie, o której ciele mowa.

### 1. Status ludzkiego ciała

Skoro żywe ludzkie ciało traktujemy jako podmiot moralny, kwestię ingerowania we własne ciało musimy rozpatrywać w kategoriach samostanowienia o sobie, zaś działanie na ciele drugiego człowieka analizować jako rodzaj ingerencji w osobę drugiego. W konsekwencji zagadnienie, co wolno, a czego nie wolno mi uczynić z moim ciałem, jest pytaniem o zakres swobody postępowania względem samego siebie, czyli o granice prawa do autonomii. Z kolei relacje z ciałem drugiego człowieka normować winien powszechny obowiązek nieingerencji w cudzą sferę osobistą bez wyraźnego przyzwolenia, wynikający z prawa do nietykalności. Wytyczenie granic ingerencji we własne oraz cudze ciało wymaga nieco szerszego omówienia powyższych uprawnień.

Tak zwana **autonomia jako zdolność** jest obecna w niemal wszystkich teoriach moralnych uprawnień<sup>2</sup>. Konstatacja, że dany człowiek jest odpowiedzialnym za

<sup>1</sup> Zagadnienie metafizycznej natury „połączenia” osoby z jej ciałem, będące od wieków przedmiotem filozoficznych oraz religijnych refleksji i debat, nie będzie stanowiło przedmiotu poniższych rozważań. Bliżej zob. np. M. Drwięga, *Ciało człowieka. Studium z antropologii filozoficznej*, Kraków 2005.

<sup>2</sup> Bliżej o pojęciu i koncepcjach autonomii zob. P. Łuków, *Zgoda na świadczenie zdrowotne i autonomia pacjenta*, w tym tomie.

swoje czyny podmiotem moralnym, wymaga założenia, że sprawuje on władzę nad sobą samym, *ergo* jest istotą autonomiczną. Posiadanie zdolności do samowładztwa stanowi warunek konieczny do uznania danego człowieka za posiadacza autonomii rozumianej jako prawo. **Prawo do autonomii** to negatywne prawo *prima facie* (takie, które może zostać uchylone w sytuacji konfliktu z mocniejszym prawem bądź obowiązkiem). Głosi ono, że każda dojrzała i zdrowa psychicznie jednostka może w niezakłócony sposób korzystać ze swej autonomii jako zdolności wyboru. Wobec tego nikomu nie wolno bez dostatecznego uzasadnienia ingerować w jej wybory, decyzje i działania. W tym sensie działania autonomiczne należy rozumieć jako działania swobodne. Wszelkie próby ograniczenia tej swobody są *prima facie* nieuprawnione.

Chroniące przed ingerencją zewnętrzną negatywne uprawnienie do nieetykalności głosi, że bez dostatecznego uzasadnienia lub upoważnienia nikomu nie wolno wkroczyć w sferę osobistą drugiego człowieka, w szczególności przez intencjonalne wejście w niepożądany fizyczny kontakt z jego ciałem. Z prawa do nieetykalności wynika powszechny negatywny obowiązek nieingerowania w ciało drugiego człowieka. Aby ingerencja była moralnie dopuszczalna, co do zasady konieczna jest jednoznaczna zgoda osoby, o której ciele mowa. W przypadku interwencji medycznych oznacza to obowiązek uprzedniego uzyskania świadomej zgody pacjenta na poddanie się danemu zabiegowi.

W obliczu powyższych rozważań pytanie o etyczne granice ingerencji we własne ciało można sformułować następująco: **czy istnieją ingerencje we własne ciało, w przypadku których należy uchylić prawo do autonomii dojrzałego, zdrowego psychicznie człowieka?** Zaś pytanie o granice ingerencji w ciało drugiej osoby, a w szczególności etyczne granice ingerencji terapeutycznej w ciało pacjenta, można sformułować następująco: **czy istnieją ingerencje w ciało drugiego człowieka, które mimo że wyrażono na nie (świadomą) zgodę, uznamy za moralnie niedopuszczalne?**

Na powyższe pytania nie ma jednoznacznych odpowiedzi. Kwestie te są bowiem przedmiotem wciąż trwających debat i polemik etycznych. Poruszane zagadnienia zostają postawione najbardziej ostro i wyraźnie, gdy ingerencje, o których mowa, mają charakter ekstremalny, tj. w przypadku inwazyjnych i nieodwracalnych nieterapeutycznych modyfikacji własnego ciała oraz w przypadku niektórych szczególnie radykalnych ingerencji terapeutycznych w ciało pacjenta.

## 2. Etyczne granice nieterapeutycznych modyfikacji własnego ciała

Większość nieterapeutycznych modyfikacji ciała nie budzi w nas moralnego sprzeciwu. Być może sami nigdy nie zrobilibyśmy sobie tatuażu, nie przekłulibyśmy ucha ani nie poddali jakiegokolwiek kosmetycznemu zabiegowi chirurgicznemu. Ludzi ingerujących w ten sposób w swe ciała jednak nikt – z wyjątkiem naprawdę skrajnych rygorystów moralnych – nie uważa za złoczyńców, a samych praktyk za na tyle naganne, żeby ich zakazać.

Za nieterapeutycznymi modyfikacjami ciała najczęściej stoją względy kulturowe, w szczególności względy estetyczne. Niewinne przebicie płatka małżowiny usznej szlachetnym metalem czy ozdobienie skóry dekoracyjnym tatuażem, opera-

cyjne wygładzenie kształtu nosa, odespowiększenie doł własnego ciała dożenia o ciele doskpoprawienia urod o poddaniu się mo np. kiedy za pomo zaznacza się swą p

Zdaniem zna mało inwazyjnych czalności wszelkich mawiające za uznan w ciało za naganne stanowiska wolą na ale przypadkami tzw dyskutowane przez dopuszczalne są nas własnego ciała; (2) nieokaleczania włas

Pierwszy z tyo terapeutyczna inger nikt przy zdrowych tzw. dobrowolne o Zabraniając ekstrem na niczyje prawo do bowiem dostateczny Czy jednak faktycz może być racjonalnie wyobrazić osoby, kt siebie celów) decydu

Thomas Schram jący hipotetyczny prz zgłasza się (prywatn prawej piersi. Pani A łuczniczką i pragnie Zanim zdecydowała Amazonek. Stąd nabr nanie cięciwy łuku.

Kazus opisany p nomiczna jednostka p gowi, wskutek któreg nieodwracalnej i niete mianem dobrowolneg

<sup>3</sup> T. Schramme, *Show Bioethics* 2008, vol. 1, nr 3, s

cyjne wygładzenie zmarszczek, implantację silikonu w piersi lub pośladki, korekcję kształtu nosa, odessanie tłuszczu, wydłużenie szyi miedzianymi naszyjnikami czy powiększenie dolnej wargi kawałkiem drewna łączy jeden cel – upodobnienie własnego ciała do funkcjonującego w danym społeczeństwie lub grupie wyobrażenia o ciele doskonale pięknym. Uzasadnienie ingerencji w ciało dążeniem do poprawienia urody uznajemy za racjonalne i akceptowalne. Podobnie jest z decyzją o poddaniu się modyfikacji, za którą stoją względy kulturowe i tożsamościowe, np. kiedy za pomocą tatuażu, skaryfikacji bądź operacyjnego usunięcia napletka zaznacza się swą przynależność do subkultury, plemienia czy grupy religijnej.

Zdaniem znacznej części etyków z powszechnej akceptacji dla powyższych mało inwazyjnych praktyk nie należy jednak wyprowadzać wniosku o dopuszczalności wszelkich dobrowolnych modyfikacji ciała. Istnieją racje moralne przemawiające za uznaniem wyjątkowo ekstremalnych nieterapeutycznych ingerencji w ciało za naganne, a ich praktykowanie za niedopuszczalne. Zwolennicy tego stanowiska wolą nazywać takie ekstremalne ingerencje w ciało nie modyfikacjami, ale przypadkami tzw. dobrowolnego okaleczenia (*voluntary mutilation*). Najczęściej dyskutowane przez nich argumenty za uznaniem takich praktyk za moralnie niedopuszczalne są następujące: (1) argument z patologicznego charakteru okaleczenia własnego ciała; (2) argument z krzywdy; (3) argument z moralnego obowiązku nieokaleczenia własnego ciała.

Pierwszy z tych argumentów opiera się na założeniu, że ekstremalna nieterapeutyczna ingerencja we własne ciało jest zawsze patologiczna, ponieważ nikt przy zdrowych zmysłach z własnej woli poważnie nie okaleczyłby się, ergo tzw. dobrowolne okaleczenie nie jest i nie może być faktycznie dobrowolne. Zabraniając ekstremalnych modyfikacji ciała, nie dokonujemy zatem zamachu na niczyje prawo do samostanowienia. Sama chęć okaleczenia własnego ciała jest bowiem dostatecznym dowodem upośledzenia autonomii decyzyjnej jednostki. Czy jednak faktycznie mamy pewność, że ekstremalna modyfikacja ciała nie może być racjonalnie uznana za dobrowolną? Czy rzeczywiście nie możemy sobie wyobrazić osoby, która świadomie i racjonalnie (relatywnie do obranych przez siebie celów) decyduje się na taką ingerencję?

Thomas Schramme, etyk zajmujący się tym problemem, przedstawia następujący hipotetyczny przykład<sup>3</sup>. Pani A – dorosła, pełnosprawna umysłowo kobieta zgłasza się (prywatnie) do chirurga i prosi go o przeprowadzenie mastektomii prawej piersi. Pani A nie cierpi na nowotwór, natomiast jest niezwykle ambitną łuczniczką i pragnie dzięki amputacji znacznie poprawić swoje osiągi sportowe. Zanim zdecydowała się na zabieg, dokładnie studiowała historię mitycznych Amazonek. Stąd nabrała przekonania, że usunięcie piersi istotnie ułatwi jej napięcie cięciwy łuku.

Kazus opisany przez Schramme'a ilustruje sytuację, w której dorosła autonomiczna jednostka pragnie na własne życzenie poddać się poważnemu zabiegowi, wskutek którego straci część ciała; to klasyczny przypadek ekstremalnej, nieodwracalnej i nieterapeutycznej modyfikacji ciała, którą niektórzy określiliby mianem dobrowolnego okaleczenia. Czy pragnienie pani A ma charakter pato-

<sup>3</sup> T. Schramme, *Should We Prevent Non-Therapeutic Mutilation and Extreme Body Modification?*, *Bioethics* 2008, vol. 1, nr 3, s. 8–15.

logiczny? A przede wszystkim: jakie mamy podstawy, aby uznać decyzję pani A za mniej autonomiczną i racjonalną niż na przykład decyzję pani B, która, aby zwiększyć swoją atrakcyjność, pragnie operacyjnie skorygować kształt nosa? Być może łatwiej przychodzi nam zaakceptować modyfikację ciała pani B, ponieważ łatwiej nam empatyzować z kierującymi nią motywami. Możemy przy tym założyć, że nie jesteśmy w tym przekonaniu osamotnieni – z całą pewnością więcej ludzi chce mieć piękną twarz, niż zostać mistrzem łucznictwa. Czy jednak wyjątkowość obieranych przez panią A życiowych celów wystarczy, by odmówić jej zdolności do autonomicznego podejmowania decyzji? Wydaje się, że nie.

Szacunek dla pluralizmu życiowych celów, dążeń i planów jest fundamentem współczesnych społeczeństw demokratycznych i liberalnych. Wszelka nieuzasadniona ingerencja w wolność realizowania owych planów musi zostać uznana za niesprawiedliwą. Niemożność empatyzowania ze światopoglądem drugiego człowieka (nawet jeśli dotyczy znacznej większości społeczeństwa) nie może stanowić dostatecznego uzasadnienia dla uznania kogoś za jednostkę nie w pełni autonomiczną. Nie chcielibyśmy przecież powrotu do znanych z historii praktyk hospitalizacji poetów jako niesprawnych umysłowo, bo dziwnych lub irracjonalnych. Pani A, która – zapewne słusznie – sądzi, że amputacja piersi poprawi jej możliwości łucznicze, ma być może nietypowe pragnienia, lecz aby móc uznać modyfikację ciała, do której dąży, za moralnie naganną, musimy wykazać, że w samym akcie (dobrowolnego) usunięcia zdrowej piersi jest coś moralnie złego.

Proponenci drugiego z powyższych argumentów, a mianowicie argumentu z krzywdy, bronią właśnie takiego poglądu. Ich zdaniem nawet ktoś, kto dobrowolnie poddaje się ingerencji trwale uszkadzającej ciało, doznaje na skutek tej ingerencji krzywdy. Z tego przekonania oraz tezy paternalistycznej głoszącej, że dążenie do uchronienia drugiej osoby przed dobrowolnym zadaniem sobie krzywdy uzasadnia ograniczenie jej swobody działań i prawa do samostanowienia, wyciągają wniosek o niedopuszczalności dobrowolnego okaleczenia ciała. O ile problem uzasadnienia paternalizmu daleko wykracza poza interesujący nas zakres rozważań, o tyle pojawiające się w tym rozumowaniu zagadnienie krzywdy wymaga dokładniejszej analizy.

Pojęcie krzywdy jest od lat szeroko dyskutowane w literaturze etycznej. Przedmiotem kontrowersji jest definicja krzywdy, a w szczególności to, czy owo pojęcie odnosi się do obiektywnego stanu rzeczy czy też ma sens subiektywny, zrelatywizowany do interesów i dążeń podmiotu.

Zwolennicy obiektywistycznej definicji krzywdy sądzą, że istnieją kryteria, które pozwalają nam uznać dane działanie za jednoznacznie krzywdzące dla osoby, bez względu na to, jakie są jej interesy i dążenia. Mówiąc inaczej, uważają, że dane działanie może być krzywdzące dla osoby X, nawet jeśli X go za takie nie uważa (także przy założeniu, że X jest kompetentny i autonomiczny). Jako takie kryterium podają na przykład powszechny konsensus w tej sprawie: skoro powszechnie za krzywdę uważa się ból, cierpienie, niepełnosprawienie i przedwczesną śmierć<sup>4</sup>, należy uznać je za krzywdzące nawet w przypadku osoby, która tak ich nie postrzega. Z kolei zwolennicy subiektywistycznego definiowania krzywdy

<sup>4</sup> Ch. Culver, B. Gert, *Philosophy in Medicine: Conceptual and Ethical Issues in Medicine and Psychiatry*, New York 1982, s. 75–78.

utrzymują, że nie ma obiektywnej krzywdy w danym przypadku dla tej osoby. Dane działania, dążenia, cele i pragnienia danej praktyki za krzywdzące uważa się, zakładając, że X jest os

Rozważmy w tym przykładzie pani A – łuczniczkę, której amputacja piersi jest trwałą i nieodwracalną zmianą z pewnym stopniem ryzyka. Jej wygląd ciała pani A i mianowicie w tym wianym przypadku z pewnością mogą uzasadnić krzywdę do uchronienia tej osoby przed przedwczesną śmiercią i zdrową pierś, pani A do zrozumienia pojęcia amputacji piersi pani A i przekonania, że nieodwracalność krzywdzące. Musimy więc medycznych obiektywistycznych do uniknięcia większego uzasadnienia nie stanowi. Definicji krzywdy, możliwości skutków operacji oraz zysków i strat doszła, iż warto w tym celu z finansowe, jak i te z będzie dla pani A krzywdę, uzna ona poprawę w integralności własnej

Jak zauważa B. Shoene-Seifert, a obiektywistycznym, mentalnym, nierozstrzygniętą bioetyką skoncentrowaną na d, jeśli zdecydowanie o to, czy dana proce musimy dojść do wniosku, że nieoświadczenia będzie dla niej taki sąd wymaga prz pozbawienie go zdro w pułapkę niemożno ze względów estetycz

<sup>5</sup> B. Shoene-Seifert, s. 1033–1038.

utrzymują, że nie ma obiektywnych kryteriów krzywdy. Ich zdaniem to, czy komuś w danym przypadku dzieje się krzywda, należy zawsze oceniać z perspektywy tej osoby. Dane działanie jest krzywdą dla X zależnie od tego, jakie X ma interesy, dążenia, cele i pragnienia. W konsekwencji decydujący głos w sprawie uznania danej praktyki za krzywdzącą dla X powinien zawsze należeć do X (oczywiście zakładając, że X jest osobą kompetentną i autonomiczną).

Rozważmy w tym kontekście zaproponowany przez Thomasa Schramme'a przykład pani A – łuczniczki, która pragnie usunąć sobie zdrową pierś. Amputacja piersi jest trwałą i poważną ingerencją w ciało i jak każda operacja wiąże się z pewnym stopniem ryzyka, doznaniami bólu i dyskomfortu. Mastektomia zmieni wygląd ciała pani A i może znacząco wpłynąć na jej życie osobiste. Ponadto w omawianym przypadku zabieg nie jest poparty względami terapeutycznymi, które mogą uzasadnić krzywdę wynikającą z naruszenia integralności ciała dążeniem do uchronienia tej osoby przed większą krzywdą – dalszym rozwojem choroby czy przedwczesną śmiercią. Czy to wystarczy, żeby uznać, iż amputując sobie zdrową pierś, pani A dozna krzywdy? Jeśli opowiadamy się za obiektywistycznym rozumieniem pojęcia krzywdy, możemy uznać, że w wyniku nieterapeutycznej amputacji piersi pani A zostanie pokrzywdzona. Taka ocena wymaga jednak założenia, że nieodwracalne i ekstremalne naruszenie integralności ciała jest zawsze krzywdzące. Musimy także przyjąć, że o ile w przypadku amputacji ze wskazań medycznych obiektywnie taka krzywdząca procedura jest uzasadniona dążeniem do uniknięcia większej krzywdy, o tyle chęć bycia lepszą łuczniczką takiego uzasadnienia nie stanowi. Jeśli natomiast jesteśmy zwolennikami subiektywistycznej definicji krzywdy, możemy twierdzić, że skoro pani A ma świadomość wszystkich skutków operacji oraz jej nieodwracalnego charakteru i po dokonaniu rachunku zysków i strat doszła do wniosku, że sukcesy łucznicze są dla niej na tyle istotne, iż warto w tym celu zmienić swoje ciało i ponieść wszystkie koszty operacji (tak finansowe, jak i te związane z bólem, dyskomfortem itd.), to odjęcie piersi nie będzie dla pani A krzywdzące. Zdaniem subiektywisty tylko od pani A zależy, czy uzna ona poprawę wyników sportowych za sprawę istotniejszą od zachowania integralności własnego ciała.

Jak zauważa Bettina Schoene-Seifert<sup>5</sup>, spór pomiędzy subiektywistycznym a obiektywistycznym definiowaniem pojęcia „krzywda” ma źródło w fundamentalnym, nierozstrzygalnym konflikcie pomiędzy dwiema wizjami bioetyki: bioetyką skoncentrowaną na autonomii (*autonomy-centered bioethics*) i bioetyką skoncentrowaną na dobru/korzyści (*beneficence-centered bioethics*). Nawet jednak jeśli zdecydowanie opowiemy się za wizją bioetyki koncentrującej się na pytaniu o to, czy dana procedura jest obiektywnie korzystna czy też krzywdząca, nie musimy dojść do wniosku, że ingerencja w ciało w przypadku pani A z konieczności będzie dla niej krzywdząca. Jak już bowiem zostało wspomniane wyżej, taki sąd wymaga przyjęcia założenia, że naruszenie integralności ciała poprzez pozbawienie go zdrowej części jest z definicji krzywdą. Tu znowu popadamy w pułapkę niemożności odróżnienia sytuacji pani A od przypadku pani B, która ze względów estetycznych pragnie operacyjnie pomniejszyć sobie nos. Dlaczego

<sup>5</sup> B. Schoene-Seifert, *Harm* (w:) *Encyclopedia of Bioethics 3rd ed.*, red. S.G. Post, New York 2004, s. 1033–1038.

usunięcie zdrowej piersi mielibyśmy uznać za bardziej krzywdzące niż usunięcie kawałka zdrowej kości lub chrząstki? Jak wiemy z uprzednich rozważań, odwołanie się do powszechnych preferencji estetycznych nie może zostać uznane za rozstrzygające. Nie mamy podstaw, by sądzić, że w przypadku dobrowolnej ekstremalnej modyfikacji ciała istnieje większe prawdopodobieństwo złamania zasady niezadawania krzywdy niż w jakiegokolwiek innej, nawet powszechnie akceptowanej, dobrowolnej ingerencji w ciało. Aby wykazać, że dobrowolne okaleczenie własnego ciała jest moralnie niedopuszczalne, musielibyśmy dowieść, że niezależnie od wyznawanych przez daną osobę poglądów, jej dążeń i interesów, akt okaleczenia swego ciała jest ze względu na samą swoją naturę złamaniem obiektywnej reguły moralnej. Przykładem takiego rozumowania jest Kantowska koncepcja moralnych obowiązków wobec siebie<sup>6</sup>.

Immanuel Kant podzielił zobowiązania, które jego zdaniem każda racjonalna istota ma wobec siebie samej, na powinności wzbraniające czynów niegodnych oraz powinności nakazujące samodoskonalenie. Do pierwszej grupy należą obowiązki zabraniające samobójstwa, samookaleczania, samopodlenia seksualnego, oszukiwania siebie, chciwości i służalczości. Druga grupa obejmuje powinności nakazujące rozwijanie przyrodzonych talentów oraz doskonalenie charakteru. Obowiązki te wynikają według Kanta z imperatywu kategorycznego, czyli uniwersalnego, i bezwzględnie wiążącego nakazu rozumu, który wiąże wolę każdej istoty racjonalnej i skłania ją do działania. Jedno z zaproponowanych przez Kanta sformułowań imperatywu brzmi: „Postępuj tak, byś człowieczeństwa tak w twej osobie, jako też w osobie każdego innego używał zawsze zarazem jako celu, nigdy tylko jako środka”<sup>7</sup>. Każdy z nas ma zatem podstawowy obowiązek szanowania swojego człowieczeństwa i godności. Człowiek doskonale racjonalny nigdy by się nie zabił ani intencjonalnie nie okaleczył. Akt dobrowolnego okaleczenia samego siebie jest bowiem w ramach tej koncepcji moralnie naganny. Jest potraktowaniem swego człowieczeństwa w sposób instrumentalny, a więc jest niezgodny z imperatywem kategorycznym.

Zdaniem jednak krytyków Kantowskiej koncepcji obowiązków wobec samego siebie jest to koncepcja, która nie jest do pogodzenia ze współczesnym rozumieniem moralnych zobowiązań. I tak na przykład Marcus Singer wymienia dwa następujące argumenty przemawiające przeciw niej<sup>8</sup>. Po pierwsze współcześnie uznaje się, że sens obowiązku polega na tym, iż jest on skorelowany z określonym prawem. Fakt, że X ma jakieś zobowiązanie wobec Y, oznacza, że Y ma wobec X prawo domagać się realizacji tego zobowiązania. Posiadanie obowiązku wobec samego siebie oznaczałoby zatem, że ktoś ma wobec samego siebie skorelowane z tym obowiązkiem roszczenie. Pojęcie roszczenia wobec samego siebie jest zaś całkowicie pozbawione sensu. Nie mogę mieć prawa domagania się czegoś od siebie samego. Byłoby to równoznaczne ze stwierdzeniem, że mogę sam siebie pozwać do sądu w sprawie zwrotu pieniędzy, które sam sobie jestem winien. A to jawny nonsens. Po drugie ten, kto ma prawo domagać się wypełnienia obowiązku, jest jedyną osobą, która może zwolnić obowiązanego od jego

<sup>6</sup> I. Kant, *Uzasadnienie metafizyki moralności*, tł. M. Wartenberg, Warszawa 1971, s. 64–67.

<sup>7</sup> Tamże, s. 62.

<sup>8</sup> M.G. Singer, *On Duties to Oneself*, *Ethics* 1959, vol. 69, nr 3, s. 202–205.

wypełnienia. Ni  
Jest to tak silna p  
uwolnienia mnie  
łącznie ze mną, n  
z obowiązku w ż  
zgodnie z wolą  
a tym, że Y jest X  
obowiązku mora  
jest zatem niekor  
wobec siebie, a t  
w sensie moralny

W pracy Me  
została najbardziej  
uzasadnienia mo  
wymaga wikłania  
najpoważniejsz  
lizacją człowiecze  
swej racjonalnej i  
się możliwości d  
popelniamy tak z  
pewnej integralne  
się kastracji, aże  
samobójstwo”<sup>9</sup>. M  
na sprawność mor  
własnego ciała sta

I ta argumen  
zrozumieć, w jaki  
na przykład popr  
padku pani A. Ar  
klasy okaleczeń, k  
czynić ani dobra,  
w potępieniu dobr  
zaburzenia zdoln  
czynienia w realn  
z pewnością nie ch

Podsumowuj  
nujące w bioetyce  
we własne ciało z  
dowodem na mor  
dzić, że niektóre ek  
niedopuszczalne n  
ale na jego społec  
przedmiotem ninie

<sup>9</sup> I. Kant, *Metafizyka*  
t. V, Toruń 2011, s. 40.

wypełnienia. Nikt zaś nie może sam siebie uwolnić od moralnego obowiązku. Jest to tak silna powinność wobec drugiej osoby, że tylko ta osoba posiada moc uwolnienia mnie od zobowiązania. Gdyby było inaczej – to znaczy, gdyby każdy, łącznie ze mną, mógł zwolnić mnie z tego, co mam obowiązek uczynić – działanie z obowiązku w żaden sposób nie różniłoby się od działania zgodnie z planem czy zgodnie z wolą. Różnica pomiędzy tym, że X chciałby, aby Y dał mu sto złotych, a tym, że Y jest X winny sto złotych, doskonale obrazuje ten szczególny charakter obowiązku moralnego. Argument z obowiązku nieokaleczania własnego ciała jest zatem niekonkluzywny, ponieważ jest to obowiązek, jaki człowiek ma sam wobec siebie, a takie zobowiązania albo nie istnieją, albo nie są powinnościami w sensie moralnym.

W pracy *Metafizyka moralności*, w której koncepcja zobowiązań wobec siebie została najbardziej szczegółowo wyłożona, Kant przedstawia także drugi sposób uzasadnienia moralnego potępienia aktów okaleczania własnego ciała, który nie wymaga wikłania się w wątpliwą koncepcję obowiązków wobec siebie. Dla Kanta najpoważniejszym wystąpieniem przeciwko sobie i najdalej idącą instrumentalizacją człowieczeństwa jest samobójstwo. Popelniając samobójstwo, przeczmy swej racjonalnej i moralnej naturze, ponieważ pozbawiając się życia, pobawiamy się możliwości działania moralnego. Zdaniem Kanta okaleczając swoje ciało, popełniamy tak zwane częściowe samobójstwo: „Człowiek, który pozbawia się pewnej integralnej części ciała jako narządu (okalecza sam siebie), np. [...] poddaje się kastracji, ażeby mógł wygodnie żyć jako śpiewak itp., popełnia częściowe samobójstwo”<sup>9</sup>. Mówiąc o częściowym samobójstwie, Kant ma na myśli zamach na sprawność moralnego działania. Jego zdaniem wszelkie dobrowolne okaleczenie własnego ciała stanowi atak na tak rozumiane człowieczeństwo.

I ta argumentacja wydaje się jednak bardzo dyskusyjna. Trudno bowiem zrozumieć, w jaki sposób możliwość moralnego postępowania zostaje zaburzona na przykład poprzez pozbawienie się jednej piersi, jak miało to miejsce w przypadku pani A. Argument Kanta wydaje się dotyczyć wyłącznie bardzo wąskiej klasy okaleczeń, które na tyle zaburzają sprawność człowieka, że nie może on czynić ani dobra, ani zła. Hipotetycznie można powołać się na to rozumowanie w potępieniu dobrowolnej nieterapeutycznej ingerencji w tkankę mózgową w celu zaburzenia zdolności oceny moralnej, jednak z takimi praktykami nie mamy do czynienia w realnym świecie, a przeciwnikom ekstremalnych modyfikacji ciała z pewnością nie chodzi wyłącznie o tak wysublimowane ingerencje.

Podsumowując dotychczasowe analizy stwierdzić należy, że trzy funkcjonujące w bioetyce argumenty za uznaniem dobrowolnej ekstremalnej ingerencji we własne ciało za moralnie niedopuszczalne są wadliwe. Nie jest to jednak dowodem na moralną dopuszczalność takich praktyk. Można rozsądnie dowodzić, że niektóre ekstremalne ingerencje we własne ciało powinny być uznane za niedopuszczalne nie ze względu na samą naturę aktu dobrowolnego okaleczenia, ale na jego społeczne lub ekonomiczne konsekwencje. Ta kwestia nie jest jednak przedmiotem niniejszych rozważań.

<sup>9</sup> I. Kant, *Metafizyka moralności* (w:) I. Kant, *Dzieła zebrane*, tł. A. Bobko, W. Galewicz, M. Żelazny, t. V, Toruń 2011, s. 40.

Na koniec należy poczynić jeszcze jedno ważne zastrzeżenie. W omawianych przykładach dobrowolnej nieterapeutycznej ingerencji w ciało nie odróżnialiśmy samodzielnej ingerencji we własne ciało od sytuacji, w której ktoś za moją świadomą zgodą ingeruje w moje ciało. Jeśli chodzi o naturę samego aktu, nie ma tu różnicy. Z perspektywy jednak osoby ingerującej w ciało, w szczególności, gdy jest nią lekarz, sytuacja staje się nieco bardziej złożona. Z faktu, że komuś wolno poddać się jakiemuś działaniu, nie wynika, że ktokolwiek ma prawo albo obowiązek podjąć się owego działania. Jak wykazaliśmy, pani A wolno jest poddać się nieterapeutycznej amputacji piersi. Nie oznacza to jednak, że chirurg, do którego pani A zwróci się z prośbą o mastektomię, ma prawo czy obowiązek wykonać ten zabieg. Z negatywnego prawa do autonomii pani A nie wynika bowiem pozytywna powinność zadośćuczynienia jej pragnieniom, lecz jedynie negatywna powinność nieutrudniania jej decydowania o sobie. Jeśli osobą podejmującą się przeprowadzenia dobrowolnej nieterapeutycznej modyfikacji ciała jest lekarz (a tego w przypadku poważnych operacyjnych ingerencji wymaga prawo), może narodzić się kolejna wątpliwość: czy taka praktyka nie wchodzi w konflikt z powinnościami związanymi z rolą lekarza czy szerzej – celami medycyny? Bezspornie naczelną powinnością lekarza jest przywracanie i podtrzymywanie zdrowia pacjenta (*ergo* działanie terapeutyczne). Można więc argumentować, że dokonując tzw. ingerencji nieterapeutycznych, lekarz nie działa właściwie, ponieważ zdrowie pacjenta nie jest wówczas jego nadrzędnym celem. Problem polega jednak na tym, że pojęcie „zdrowie” można pojmować na tyle szeroko, iż obejmie ono niemal wszelkie, również zwykle uznawane za nieterapeutyczne, dobrowolne ingerencje w ciało pacjenta. I tak na przykład konstytucja Światowej Organizacji Zdrowia z 1948 roku definiuje zdrowie jako „stan pełnego, dobrego samopoczucia fizycznego, psychicznego i społecznego, a nie tylko jako brak choroby lub zniepełnienia”. Na podstawie tej definicji można całkowicie zasadnie argumentować, że wszelkie operacje kosmetyczne służą podtrzymaniu zdrowia jako dobrego samopoczucia społecznego i w tym sensie mają w rzeczywistości charakter ingerencji terapeutycznej<sup>10</sup>. W świetle definicji WHO za niewątpliwie terapeutyczną moglibyśmy także uznać amputację piersi pani A. Stanie się lepszą łuczniczką jest bowiem istotne dla jej dobrego samopoczucia społecznego i psychicznego.

### 3. Etyczne granice ingerencji terapeutycznych w ciało pacjenta

Gdy pojmujemy zdrowie zgodnie z definicją WHO, większość znanych nam ingerencji w ciało może być uznana za terapeutyczne. To jednak nie przesądza kwestii ewentualnych etycznych granic dokonywania takich ingerencji. Warunek terapeutycznej przydatności czy nawet konieczności ekstremalnej ingerencji w ciało nie musi być dostatecznym gwarantem jej dopuszczalności. W przedstawionych poniżej dwóch słynnych kazusach – niewątpliwie terapeutycznych, lecz ekstremalnych ingerencji lekarzy w ciała pacjentów – mogą zrodzić się poważne kontrowersje i wątpliwości etyczne.

<sup>10</sup> J. Kopania, *Etyczne aspekty chirurgii estetycznej*, Nowiny Lekarskie 2007, vol. 76, nr 2, s. 182–186.

### 3.1. Przyp

W 2004 roku w nadzwyczajną terapię chirurgiczne: histerektomię piersi, w tym przy usunięciu wyrostka gajęcej na podawniu wzrostu. Lekarzami i dr Douglas Dikem

Przyczyną po u Ashley bardzo rzadkiej. Objawem choroby poziomu trzeciego nie chodzić, samodzielnie pozycji ani trzymać kontroluje czynności szans na poprawę s końca życia, które b

W szóstym roku płciowego – przedw falopatię. Zaczęła się z zaczęli się obawiać, z gdy stanie się cięższ w zatrzymaniu dal podniesieniu komfor było wyeliminowan prawdopodobieństw rodziców i lekarzy z

- 1) Terapia estrogenu u dziecka:
  - utrzymanie rodzicom dal kach domow – mniejsza w dziewczynka pillow angel (j
  - zapobieżenie kłań zdrowo
- 2) Histerektomia:
  - ochronienie i konieczno

<sup>11</sup> Bliżej zob. np. htt Ashley treatment: Best Inter vol. 37, nr 2, s. 16–20; M. R Healthcare Ethics 2010, vo

### 3.1. Przypadek Ashley X

W 2004 roku w renomowanym szpitalu pediatrycznym w Seattle rozpoczęto nadzwyczajną terapię siedmioletniej Ashley<sup>11</sup>. Leczenie obejmowało trzy zabiegi chirurgiczne: histerektomię (operacyjne usunięcie macicy), mastektomię (amputację piersi, w tym przypadku gruczołów piersiowych) i appendektomię (operacyjne usunięcie wyrostka robaczkowego), a także kilkuletnią terapię hormonalną polegającą na podawaniu dziecku dużych dawek estrogeny w celu zahamowania jego wzrostu. Lekarzami odpowiedzialnymi za terapię Ashley byli dr Daniel Gunther i dr Douglas Dikema.

Przyczyną poddania dziecka tak nadzwyczajnej terapii było zdiagnozowanie u Ashley bardzo rzadkiej choroby mózgu o nieznanym etiologii – encefalopatii statycznej. Objawem choroby jest zatrzymanie rozwoju mentalnego i motorycznego na poziomie trzeciego miesiąca życia. W konsekwencji dziewczynka nie może mówić, chodzić, samodzielnie siadać, samodzielnie podnosić i utrzymywać głowę, zmieniać pozycji ani trzymać w dłoni zabawki. Jest karmiona przez sondę żywieniową. Nie kontroluje czynności fizjologicznych. W przypadku tej choroby nie ma najmniejszych szans na poprawę stanu pacjentki. Ashley będzie intelektualnie upośledzona do końca życia, które będzie trwało tyle, ile życie przeciętnej, zdrowej kobiety.

W szóstym roku życia u Ashley pojawiły się pierwsze oznaki dojrzewania płciowego – przedwczesne pokwitanie jest częste u dzieci cierpiących na encefalopatię. Zaczęła szybko rosnąć i przybierać na wadze. Rodzice dziewczynki zaczęli się obawiać, że nie będą w stanie zapewnić jej adekwatnej opieki domowej, gdy stanie się cięższa, wyższa i silniejsza. Zwrócili się więc do lekarzy o pomoc w zatrzymaniu dalszego rozwoju fizycznego dziecka. Leczenie miało służyć podniesieniu komfortu życia dziecka. Miało charakter profilaktyczny – jego celem było wyeliminowanie źródeł cierpienia i dyskomfortu, które mogłyby z dużym prawdopodobieństwem zagrozić Ashley w kolejnych latach życia. Argumenty rodziców i lekarzy za przeprowadzeniem kolejnych procedur były następujące:

- 1) Terapia estrogenowa nakierowana na zatrzymanie dalszego rozwoju fizycznego dziecka:
  - utrzymanie wzrostu i masy ciała Ashley na poziomie umożliwiającym rodzicom dalsze zapewnianie jej odpowiedniej opieki i pielęgnacji w warunkach domowych oraz angażowanie dziewczynki w normalne życie rodziny – mniejsza waga ułatwi podnoszenie, przenoszenie i przewożenie dziecka; dziewczynka nie będzie stale przykuta do łóżka; nie będzie wiecznym *pillow angel* (poduszkowym aniołkiem),
  - zapobieżenie powstawaniu odleżyn, infekcji pęcherza, płuc i innych powikłań zdrowotnych wynikających z unieruchomienia.
- 2) Histerektomia:
  - uchronienie Ashley przed dyskomfortem związanym z menstruacją i koniecznością szczególnego dbania o higienę w tym okresie,

<sup>11</sup> Blżej zob. np. <http://www.ashleytreatment.info> oraz: M. Liao, J. Savulescu, M. Sheehan, *The Ashley treatment: Best Interests, Convenience, and Parental Decision Making*, Hastings Center Report 2007, vol. 37, nr 2, s. 16–20; M. Ruchika, *The Case: The „Ashley Treatment” Revisited*, Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics 2010, vol. 19, nr 3, s. 407.

- uchronienie Ashley przed potencjalnym ryzykiem zajścia w ciążę w efekcie wykorzystania seksualnego (jeśli po śmierci rodziców Ashley trafi do placówki opiekuńczej, będzie narażona na tego rodzaju nadużycia),
  - zapobieżenie chorobom organu rodniego.
- 3) Mastektomia:
- uchronienie Ashley przed dyskomfortem związanym z posiadaniem dużego biustu, który jest cechą charakterystyczną wszystkich kobiet w jej rodzinie, a który utrudniałby jej leżenie i siedzenie na wózku (pasy stabilizujące uciskałyby piersi) oraz zwiększałby jej masę,
  - wyeliminowanie ryzyka zachorowania przez Ashley na raka sutka (przypadki choroby nowotworowej występowały w rodzinie),
  - zmniejszenie ryzyka, że dziewczyna zostanie wykorzystana seksualnie przez przyszłych opiekunów poprzez zapobieżenie rozwojowi drugorzędnych cech płciowych.
- 4) Appendektomia:
- wyeliminowanie ryzyka, że Ashley zachoruje na zapalenie wyrostka robaczkowego, które dotyka ok. 5% populacji; zapalenie wyrostka mogłoby skończyć się dla niej tragicznie, ponieważ nie jest w stanie komunikować, że coś jej dolega.

W świetle definicji zdrowia Światowej Organizacji Zdrowia leczenie Ashley było ingerencją terapeutyczną, bowiem jej celem była maksymalizacja dobrego samopoczucia fizycznego i psychicznego pacjentki. Mimo to historia terapii wywołała burzę komentarzy i gwałtowny sprzeciw licznych środowisk. Rodzice Ashley i lekarze ze szpitala w Seattle znaleźli się w ogniu krytyki. Zarzucono im pogwałcenie godności dziewczynki i dokonanie zamachu na jej ciało. Wielu krytyków wskazywało na „nienaturalny” charakter terapii. Ich zdaniem usuwając dziewczynce macicę i piersi oraz zatrzymując jej wzrost, rodzice i lekarze dopuścili się drastycznej ingerencji w naturalny stan i rozwój jej ciała. Jak zauważył broniący decyzji lekarzy i rodziców wybitny etyk Peter Singer, taki zarzut jest zazwyczaj niczym więcej jak tylko wyrazem obrzydzenia dla zaawansowanych ingerencji medycznych jako takich. Ponadto mówienie o naturalnych i nienaturalnych procedurach medycznych wydaje się nonsensem, bowiem medycyna zasadniczo polega na ingerowaniu w naturalny stan ciała i naturalny przebieg życia. Singer przypomniał, że „przez większość historii ludzkości dzieci takie jak Ashley były porzucane na łaskę wilków i szakali. Być może więc porzucenie jest najbardziej «naturalnym» sposobem postępowania z dziećmi cierpiącymi na ciężką niepełnosprawność”<sup>12</sup>, ale z pewnością nie jest to rozwiązanie lepsze.

Niektórzy przeciwnicy leczenia Ashley podnosili zarzut równi pochyłej. Ich zdaniem uznanie takiego działania za moralnie akceptowalne może prowadzić do rozpowszechnienia operacyjnych modyfikacji niepełnosprawnych dzieci dla wygody ich rodziców, co byłoby niedopuszczalne. Zarzut ten opiera się na założeniu, że rodzice Ashley zdecydowali się na terapię wyłącznie dla własnej wygody. W świetle przedstawionych wyżej argumentów rodziców i lekarzy oraz pozytywnej opinii komisji etycznej szpitala dziecięcego w Seattle tezę tę uznać jednak należy

<sup>12</sup> P. Singer, *A Convincient Truth* (w:) *The New York Times*, New York, 26 stycznia 2007 r. (dostęp: [http://www.nytimes.com/2007/01/26/opinion/26singer.html?\\_r=1&th&emc=th](http://www.nytimes.com/2007/01/26/opinion/26singer.html?_r=1&th&emc=th)).

za fałszywą. Ingerencja z na dobro i komfort samej polegałaby w tym przypadku modyfikacji dla dobra matki nie jest jednoznacznie na

Znaczna część kom godność Ashley. Odpow za bardzo radykalną. Stw iż istocie, której rozwój możemy przypisać god dzieci jako niezwykle ur samo stawanie się więk. samym poziomie menta stanowisko, Singer wsk pyta, dlaczego mielibyś zawsze pozostanie rów godności dorosłym psor wyższym poziomie. In człowieka? Nawet jeśli r jąca się do kategorii god wadliwa z bardziej pod w leczeniu Ashley miało dziewczynki jest pogwa ze składających się na le degradująca bądź uprze że uzasadniona dobrem czy appendektomia jest

Podsumowując, je hormonalnej było dob w jej niepełnosprawny będzie mogła doświad i spędzać więcej czasu ingerencję w jej ciało z ficjentami przeprowad się zajmować większy niedopuszczalną. Jeśli deklarującym bezgran była właściwa.

### 3.2. Przypad

W roku 2000 uja i 1999 chirurg dr Robe kończyn. Jednym z op

<sup>13</sup> Tamże.

za fałszywą. Ingerencja została przeprowadzona przede wszystkim ze względu na dobro i komfort samej Ashley, a nie jej rodziców. Skoro tak, to równia pochyła polegałaby w tym przypadku wyłącznie na upowszechnieniu terapeutycznych modyfikacji dla dobra młodych niepełnosprawnych pacjentów, a to z pewnością nie jest jednoznacznie naganne.

Znaczna część komentatorów zarzucała lekarzom i rodzicom zamach na godność Ashley. Odpowiedź Petera Singera na ten zarzut może zostać uznana za bardzo radykalną. Stwierdza on bowiem, że nie ulega dla niego wątpliwości, iż istocie, której rozwój umysłowy zatrzymał się na trzecim miesiącu życia, nie możemy przypisać godności. „Jako ojciec i dziadek postrzegam trzymiesięczne dzieci jako niezwykle urocze, ale nieobdarzone godnością. Nie sądzę również, że samo stawanie się większym i starszym, przy jednoczesnym pozostawaniu na tym samym poziomie mentalnym, mogło tu cokolwiek zmienić”<sup>13</sup>. Uzasadniając swoje stanowisko, Singer wskazuje m.in. na problem tzw. szowinizmu gatunkowego – pyta, dlaczego mielibyśmy przyznawać godność istocie, której rozwój mentalny na zawsze pozostanie równy niemowlęciu, podczas gdy odmawiamy identycznej godności dorosłym psom i kotom, których kompetencje mentalne są na znacznie wyższym poziomie. Innymi słowy – dlaczego mówimy wyłącznie o godności człowieka? Nawet jeśli nie akceptujemy jednak rozumowania Singera, to odwołująca się do kategorii godności krytyka rodziców i lekarzy Ashley może okazać się wadliwa z bardziej podstawowych przyczyn. Nie jest bowiem jasne, co takiego w leczeniu Ashley miałyby stanowić zamach na jej godność. Stwierdzając, że terapia dziewczynki jest pogwałceniem godności, musimy przyjąć, że co najmniej jedna ze składających się na leczenie procedur terapeutycznych jest z definicji moralnie degradująca bądź uprzedmiotawiająca. Czy jednak można racjonalnie utrzymywać, że uzasadniona dobrem pacjenta terapia hormonalna, histerektomia, mastektomia czy appendektomia jest niegodna istoty ludzkiej? To wysoce wątpliwe.

Podsumowując, jeżeli faktycznie celem przeprowadzonych operacji i terapii hormonalnej było dobro Ashley, czyli jeśli dzięki temu radykalnemu leczeniu w jej niepełnosprawnym życiu będzie mniej fizycznego cierpienia, a dziewczynka będzie mogła doświadczać większej gamy przyjemnych bodźców zmysłowych i spędzać więcej czasu z bliskimi, to należy uznać tę niewątpliwie ekstremalną ingerencję w jej ciało za uzasadnioną. Z kolei gdyby dowieść, że jedynymi beneficjentami przeprowadzonych zabiegów są rodzice dziewczynki, którym nie chce się zajmować większym dzieckiem z encefalopatią, należałoby uznać terapię za niedopuszczalną. Jeśli wierzyć raportowi szpitalnej komisji etyki oraz rodzicom deklarującym bezgraniczną miłość do chorej dziewczynki, to decyzja o leczeniu była właściwa.

### 3.2. Przypadek amputantów z wyboru

W roku 2000 ujawniono, że w Szpitalu Królewskim w Falkirk w latach 1997 i 1999 chirurg dr Robert Smith przeprowadził dwie operacje amputacji zdrowych kończyn. Jednym z operowanych był 39-letni Anglik, drugim 71-letni Niemiec,

<sup>13</sup> Tamże.

obaj pacjenci sami domagali się amputacji i w obydwu przypadkach Smith uznał zabieg za uzasadniony względami medycznymi. Po tych dwóch operacjach do Smitha zgłosiło się kilka kolejnych osób chcących poddać się amputacji zdrowych kończyn. Gdy jednak w roku 2000 kontrolę nad szpitalem w Falkirk przejęła jedna ze spółek Szkockiej Narodowej Służby Zdrowia, zabroniła ze względów etycznych przeprowadzenia kolejnych amputacji. Chirurg nie otrzymał również zgody na wykonywanie podobnych zabiegów w prywatnym szpitalu<sup>14</sup>.

Dwaj zoperowani przez Roberta Smitha mężczyźni od wielu lat owładnięci byli obsesyjnym pragnieniem pozbycia się jednej ze swych zdrowych kończyn. Lekarz zidentyfikował to obsesyjne pragnienie jako zaburzenie psychiczne – apotemnofilę. Jest to rzadka odmiana parafilii, czyli zaburzenia preferencji seksualnych, polegająca na pragnieniu poddania się amputacji w celu zaspokojenia seksualnego. Inną parafilią związaną z amputacją jest akrotomofilia, czyli odczuwanie szczególnego pociągu seksualnego do osób, które przeszły amputację. W serwisach internetowych o zazwyczaj erotycznym charakterze, zrzeszających apotemnofilów i akrotomofilów, nazywają się odpowiednio *wannabes* i *devotees*.

Diagnoza *wannabes* jako cierpiących na apotemnofilę, rozumianą jako zaburzenie preferencji seksualnych, budzi poważne wątpliwości. Prowadzone przez dr. Michaela Firsta, jednego z nielicznych na świecie ekspertów od tego zjawiska, badania<sup>15</sup> osób obsesyjnie pragnących amputacji zdrowej kończyny pokazały, że zaledwie 15% z nich ma seksualne motywacje, jednocześnie okazało się, że większością (63%) kieruje pragnienie dopasowania własnego ciała do swojej tożsamości.

First analizując stan osób pragnących amputacji zdrowej kończyny lub kończyn, dostrzegł podobieństwo sposobu, w jaki relacjonują one swoje doznania, do relacji osób z zaburzeniem tożsamości płciowej – *GID (gender identity disorder)*: „W obydwu stanach jednostka stwierdza, że czuje silny dyskomfort pomiędzy aspektem swej anatomicznej tożsamości (płeć w *GID*, posiadanie wszystkich kończyn w omawianym schorzeniu) z wewnętrznym poczuciem pożądanej tożsamości (bycie przeciwnej płci w *GID*, stanie się osobą po amputacji [*to be an amputee*] w omawianym schorzeniu)”<sup>16</sup>.

Kilkuletnie badania i analogiczność tej motywacji do kierującej osobami z *GID* skłoniły Firsta do zastąpienia diagnozy przypisującej *wannabes* apotemnofilę rozpoznaniem tzw. zaburzenia tożsamości integralności ciała (*BIID - body integrity identity disorder*). *BIID* opisane na podstawie relacji osób owładniętych pragnieniem pozbycia się niechcianej kończyny lub kończyn polega na dojmującym doświadczeniu obcości części własnego kompletnego ciała, chęci jak najszybszego i ostatecznego usunięcia jej z ciała. Doświadczeniu temu towarzyszy zwykle ciężka depresja. Jak zauważa First, gdyby zdrowy człowiek zorientował się po przebudzeniu, że przez noc wyrosła mu piąta kończyna, byłby zdruzgotany, nie potrafiłby zaakceptować nowej postaci swego ciała. Próbując zrozumieć stan osoby z *BIID*, można założyć, że tak właśnie czuje się owa osoba każdego ranka.

<sup>14</sup> *My left foot was not part of me*, The Observer, London, 6 lutego 2000 r. (dostęp: <http://www.guardian.co.uk/uk/2000/feb/06/theobserver.uknews6>).

<sup>15</sup> M.B. First, *Desire for Amputation of a Limb: Paraphilia, Psychosis or a New Type of Identity Disorder*, *Psychological Medicine* 2005, vol. 35, s. 919–928.

<sup>16</sup> Tamże, s. 926.

Desperacja w chęci  
cierpiących na *BIID* ciężko  
go życia. Opisywano pacjenta  
amputacji korzystali z  
się na torach; inni chcieli  
uratowania ich życia,  
w celu wywołania od

Gdy zastanawiamy się  
jego pacjentów, mogli  
ważany wcześniej przez  
z dorosłymi ludźmi,  
się amputacji: pacjent  
mielibyśmy jeden zab

Analogia tych dw  
zaburzenia psychiczne  
w hipotetycznym prz  
w przypadku pacjenta  
chiczne, które akurat r  
przemocy wpływ i c  
postąpić zgodnie z życ  
starać się zminimalizow

Można jednak a  
sobem leczenia omaw  
stabilności psychiczne  
zaburzeniem tożsamo  
moglibyśmy dowodzi  
zwyciężenia *GID* jest  
amputacji w przypad  
jest dostatecznie kom  
ma powodu, by odm

Istnieją co najmn  
przynajmniej do pewn  
przywrócenia płci bio  
niczo nieodwracalny.  
kończyny w przypadku  
zabiegów związanych  
terapią, a *BIID*, w od  
ani nawet oficjalnie u  
wymienione w obow  
zaburzeń psychicznych  
jego pacjentów miała  
nego eksperymentu.  
okazać, że amputacja  
z zaburzeniem tożsam  
samookaleczeniem. N  
z *BIID* musi być trak  
i jako taka podlegać s

Desperacja w chęci pozbycia się niechcianej kończyny sprawia, że część osób cierpiących na BIID ciężko się okalecza, stwarzając poważne zagrożenie dla własnego życia. Opisywano przypadki *wannabes*, którzy w celu dokonania samodzielnej amputacji korzystali z pił mechanicznych, tasaków, piłek do metalu czy nawet kładli się na torach; inni chcąc wywołać stan, w którym amputacja będzie konieczna dla uratowania ich życia, okaleczali się i zakażali rany gangreną, stosowali suchy lód w celu wywołania odmrożeń czy odcinali dopływ krwi do nogi lub ręki.

Gdy zastanawiamy się na dopuszczalnością ingerencji dr. Smitha w ciała jego pacjentów, moglibyśmy w pierwszym odruchu chcieć powołać się na rozważany wcześniej przykład pani A. W obydwu przypadkach mamy do czynienia z dorosłymi ludźmi, którzy przychodzą do lekarza i dobrowolnie chcą poddać się amputacji: pacjent Smitha chce usunąć część nogi, a pani A pierś. Czemu więc mielibyśmy jeden zabieg zaakceptować, a drugiego nie?

Analogia tych dwu przypadków kończy się na kwestii autonomii i wpływu zaburzenia psychicznego na zdolność podejmowania autonomicznych decyzji. O ile w hipotetycznym przykładzie pani A zakładaliśmy jej pełną kompetencję, o tyle w przypadku pacjenta z BIID stwierdzamy stosunkowo poważne zaburzenie psychiczne, które akurat na decyzję o tym, czy amutować czy też nie amputować ma przemożny wpływ i czyni ją nie w pełni autonomiczną. Zadaniem lekarza nie jest postąpić zgodnie z życzeniem osoby z zaburzeniem tożsamości integralności ciała, ale starać się zminimalizować lub usunąć cierpienia związane z tym stanem – czyli leczyć.

Można jednak argumentować, że amputacja jest właśnie odpowiednim sposobem leczenia omawianego zaburzenia, ponieważ służy przywróceniu pacjentowi stabilności psychicznej. Szczególnie gdy powołamy się na podobieństwo pomiędzy zaburzeniem tożsamości płciowej a zaburzeniem tożsamości integralności ciała, moglibyśmy dowodzić, że skoro moralnie akceptowalnym wskazaniem do przewyciężenia GID jest operacja zmiany płci, to nie ma powodu, by sprzeciwiać się amputacji w przypadku osób borykających się z BIID. Ponadto skoro pacjent z GID jest dostatecznie kompetentny do podjęcia decyzji o operacji zmiany płci, to nie ma powodu, by odmawiać analogicznej kompetencji pacjentowi z BIID.

Istnieją co najmniej dwa takie powody. Po pierwsze operacja zmiany płci jest przynajmniej do pewnego stopnia odwracalna (sporadycznie wykonuje się operacje przywrócenia płci biologicznej), podczas gdy amputacja to zabieg ostateczny i zasadniczo nieodwracalny. Po drugie, co najczęściej zarzuca się dr. Smithowi, odcięcie kończyny w przypadku osób, które obsesyjnie pragną amputacji, w przeciwieństwie do zabiegów związanych ze zmianą płci nie jest w żadnym sensie przyjętą i standardową terapią, a BIID, w odróżnieniu od GID, nie jest zaburzeniem dokładnie zbadanym ani nawet oficjalnie uznanym za zaburzenie psychiczne; *body identity disorder* nie jest wymienione w obowiązującym wydaniu statystyczno-diagnostycznego podręcznika zaburzeń psychicznych DSM-IV. W tym sensie ingerencja Roberta Smitha w ciała jego pacjentów miała wszelkie znamiona ekstremalnego i nieodwracalnego medycznego eksperymentu. W przyszłości, gdy BIID zostanie dokładniej zbadane, może się okazać, że amputacja jest faktycznie jedynym sposobem udzielenia pomocy ludziom z zaburzeniem tożsamości integralności ciała oraz pozwoli uchronić ich przed groźnym samookaleczeniem. Nim jednak tak się stanie, obcinanie kończyn w przypadku osób z BIID musi być traktowane jako ryzykowna i niepewna kuracja eksperymentalna i jako taka podlegać szczególnie rygorystycznym etycznym obostrzeniom.