

moralnych chcą mieć możliwość stwierdzenia, że każdy kto krzywdzi obce dziecko, kto oszukuje lub okłamuje, kto napada, grabi, zabija i kaleczy, robi źle, choćby powoływał się na nie wiadomo jakie racje, że wolno mu tak postąpić. Myślę, że w dzikim świecie prawa moralne są teorią, która wyrządza więcej dobra niż utilitaryzm i umowa społeczna. Natomiast nie wiem, czy żyjemy w dzikim świecie. Nie wiem, czy jest wykluczone, by ludzkość mogła pogodzić się, co do pewnych naczelných norm moralnych, zasad postępowania, gwarancji bezpieczeństwa, wzajemnego poszanowania woli i planów między ludźmi o odmiennych ideologiach i filozofiach. Może utilitaryzm istotnie skończył się w XIX wieku.

Jacek Hołówka

Człowiek, umysł i moralność

Ruth Macklin, *Man, Mind, and Morality*, Englewood Cliffs 07632 Prentice-Hall, Inc. 1982, s. 130.

Z socjologicznego punktu widzenia, moralność jest jednym z systemów kontroli społecznej. Jak każdy z tych systemów stanowi ona zespół norm i sankcji, działających po ich przekroczeniu. Przedmiotem norm i ocen moralnych mogą być różne zachowania ludzkie, także te, które polegają na stosowaniu sankcji za łamanie norm istniejących w ramach poszczególnych systemów kontroli. Właśnie moralne aspekty zinstytucjonalizowanych form kontroli zachowania są tematem pracy Ruth Macklin. Ścisłej biorąc, rozważane są tu problemy wynikające z dynamicznego rozwoju medycyny (zwłaszcza psychiatrii), psychologii, biochemii i innych dyscyplin nauki, który to rozwój otwiera nowe lub rozszerza istniejące już wcześniej możliwości kontroli i sterowania zachowaniem ludzkim, dostarczając niezwykle wyrafinowanych, a zarazem bardzo kontrowersyjnych moralnie narzędzi ingerencji w osobowość człowieka.

W pierwszym rozdziale pracy autorka podaje krótki przegląd technik kontroli zachowania. Wyróżnia dwie podstawowe grupy, mianowicie środki psychologiczne i techniczne. Do pierwszych zalicza przymus (np. postawienie przed dramatyczną alternatywą typu „pieniądze lub życie”, jest to tzw. *gunman model*), manipulację (oszukiwanie innych, wykorzystywanie ich niewiedzy do własnych celów, pozyskiwanie poprzez atrakcyjne oferty uzależniające od proponującego), pokusę (wykorzystywanie czyjejś słabej woli i braku zdolności do odmowy przyjęcia oferty), perswazję (usilne przekonywanie do swoich racji, apele do rozsądku i emocji, przy braku przymusu bądź manipulacji osobą przekonywaną), indoktrynację (wpajanie określonych poglądów, systemów wartości i sposobów patrzenia na świat przez apelowanie do emocji, hamowanie rozwoju zdolności do samodzielnego, krytycznego myślenia, w skrajnych formach dążenie do całkowitej zmiany osobowości, np. przez „pranie mózgu”), wreszcie wychowanie (pobudzanie do aktywności i poszukiwań, rozwijanie umiejętności krytycznego myślenia i racjonalnego działania).

Drugą grupę metod kontroli zachowania stanowią środki techniczne. Ruth Macklin zalicza do nich psychochirurgię (zabiegi operacyjne dokonywane na mózgu, jak np. lobotomia, mająca przynieść radykalne zmiany osobowości pacjenta), pobudzanie elektryczne (oddziaływanie prądem elektrycznym, realizowane w formie elektrycznego pobudzenia mózgu, tzw. ESB, gdzie elektrody wprowadzane są bezpośrednio do mózgu, bądź też w formie terapii elektrowstrząsowej, tzw. ECT, nie wymagającej wprowadzenia elektrod pod czaszkę pacjenta), oraz psychofarmakologię. Tę ostatnią autorka dzieli, w zależności od zastosowania, na trzy klasy wykorzystujące leki o działaniu antypsychotycznym, środki neutralizujące działanie hormonów męskich oraz środki mogące wywoływać bardzo przykre objawy, stosowane powszechnie np. w odwykowym leczeniu alkoholików. Preparaty antypsychotyczne podawane są osobom chorym psychicznie; są głównym, choć nie jedynym, czynnikiem terapeutycznym. Środki hormonalne, stanowiące drugą grupę, wyodrębnione są tu z racji bardzo specyficznego zastosowania, mianowicie podawania ich osobnikom, którzy dokonali przestępstw na tle seksualnym. Chodzi tu o przeprowadzenie, jak pisze Ruth Macklin, swoistej „chemicznej kastracji”. Wreszcie trzecia grupa preparatów, to środki modyfikujące zachowanie w sposób znany od dawna, przez karanie zachowań niepożądanych (karą są tu np. nieprzyjemne doznania występujące po wypiciu alkoholu przez osoby leczone awersyjnie). Rzecz jasna w ten sposób można modyfikować nie tylko postępowanie osób uzależnionych od alkoholu, lecz również wiele innych zachowań, np. głoszenie określonych poglądów, manifestowanie określonych uczuć itd. Różnorodne cele, jakie przyświecają osobom stosującym wszystkie wyżej opisane sposoby wpływania na zachowanie ludzi, sprawiają, że te same środki, w zależności od konkretnej sytuacji, używane są raz jako narzędzia terapii, raz jako narzędzia społecznej kontroli, wreszcie (chyba najczęściej) jako narzędzia terapii i kontroli jednocześnie. Właśnie ta interferencja celów leczniczych i prewencyjno-karnych jest jednym ze źródeł dylematów moralnych, rodzących się przy okazji stosowania osiągnięć współczesnej psychiatrii.

Innym, być może ważniejszym jeszcze źródłem tych dylematów, jest jednak sam charakter zjawisk określonych mianem zachowania. Psychologia współczesna, uprawiana na wiele różnych sposobów, nieraz skrajnie odmiennych, podzielona na liczne zwalczające się szkoły, nie daje spójnego obrazu zjawisk, które są przedmiotem jej badań (przynajmniej w takim sensie, w jakim obraz ów daje np. fizyka). Zasadnicze z reguły różnice metodologiczne między poszczególnymi sposobami jej uprawiania oraz nieuniknione chyba, ze względu na przedmiot badania, interferencje opisów i wartościowań, dotyczące zresztą zupełnie podstawowych kategorii (jak np. zdrowie psychiczne), wreszcie zazębianie się sfery empirycznej ze sferą ontologiczną i etyczną (problematyka wolności, determinizmu, odpowiedzialności itp.), sprawiają, że przy rozwiązywaniu poszczególnych problemów, obok pytań „czysto” moralnych, pojawiają się zawiłe kwestie związane z wątpliwą pod względem poznawczym i „zanieczyszczoną” aksjologicznie wiedzą czy może raczej mniemaniem. Klasycznym, przytaczanym przez Ruth Macklin, przykładem takiego problemu jest kwestia konieczności zgody pacjenta chorego psychicznie na leczenie. Obok moralnego wyboru między paternalizmem a wolnością jednostki, pojawia się tu problem czy taka wolność w tym wypadku w ogóle istnieje, bo przecież właśnie umysł, kwintesencja istoty myślącej, jest dotkliwy chorobą, co z kolei rodzi problem następny, mianowicie co to jest choroba umysłu, czy w ogóle coś takiego jest i jakie są tego konsekwencje dla podmiotowości, prywatności i wolności jednostki.

Nie przypadkowo przytoczyłem powyższy przykład, w którym przeciwstawnymi wartościami są wolność jednostki i jej interes. R. Macklin uważnie analizuje różne

aspekty postawy zwanej paternalizmem, podaje typologię możliwych rozwiązań kwestii: co należy rozumieć przez obiektywny interes jednostki. Analizując możliwe odpowiedzi na to pytanie, zauważa trudności znalezienia obiektywnych, racjonalnych kryteriów. Również drugi człon powyższej alternatywy, tj. wolność, jest przedmiotem dociekań autorki. Analizuje ona znaczenia tego terminu, rozważa warunki w jakich dopuszczalne jest ograniczanie wolności (np. służba wojskowa, gdy kraj stał się ofiarą agresji, szczepienia ochronne i izolacja chorych zakaźnie, reglamentacja dóbr deficytowych), bada argumenty za stosowaniem kary pozbawienia wolności oraz analizuje drażliwą kwestię przymusowej hospitalizacji osób uznanych za niebezpieczne dla siebie lub otoczenia (nawet jeśli jeszcze nie popełniły przestępstwa).

Znaczną część pracy stanowią rozważania sygnalizowanego już wcześniej problemu interferencji terapii i kontroli społecznej. W rozdziale zatytułowanym „Terapia a kontrola społeczna” autorka analizuje sensowność tego właśnie rozróżnienia, przytacza wątpliwości często wysuwane przy konstruowaniu pojęcia zdrowia i choroby psychicznej, jak np. czy choroba psychiczna to mit, czy jest to specjalna nazwa dla nie akceptowanych, a może po prostu „innych” zachowań, czy nie jest to termin tak silnie obciążony wartościowaniem, że staje się przez to niezbyt użyteczny poznawczo, czy wreszcie zdrowie i choroba psychiczna to kategorie obiektywne, biologiczne, czy raczej zrelatywizowane do danego obszaru kulturowego. Do tych pytań, dotyczących niejako „ontologii” zachowań, dochodzą inne, czysto już moralne, np. czy wolno zmieniać zachowania ludzi nie uznanych za chorych (zakładając, że mamy precyzyjne kryteria choroby), ale postępujących inaczej niż „normalni” członkowie społeczeństwa, jednak nie zagrażających porządkowi prawnemu.

W kwestii istnienia chorób psychicznych i stosunku do nich dominuje dzisiaj tzw. model medyczny. Jego głównym założeniem jest pogląd, iż pewne stany są „chorobami”, a nie tylko „trudnościami w życiu” lub „swoistym stylem życia”. Przyjęcie tego modelu ma poważne konsekwencje praktyczne. Po pierwsze, powstaje konieczność precyzyjnej i obiektywnej klasyfikacji stanów i procesów psychopatologicznych (wyróżnianie oraz opisywanie objawów i ich zespołów, ocena ich znaczenia dla prawidłowego przebiegu poszczególnych funkcji psychicznych itd.). Po drugie, wykształca się specyficzny typ więzi lekarz-pacjent, więzi niesymetrycznej, co związane jest z autorytetem lekarza, opartym na zasadzie wyróżnionych kompetencji. Po trzecie, konsekwencją przyjęcia „modelu medycznego” i uznania, że w pewnych wypadkach jednostka może być niezdolna do podejmowania decyzji, jest możliwość podjęcia przez lekarza działań wbrew woli pacjenta, działań usankcjonowanych przez prawo. Niezdolność, o której tu piszę, to nie brak wiedzy fachowej, który leży u podstaw niesymetryczności stosunku lekarz-pacjent, wspomnianego wcześniej, a występującego we wszystkich dziedzinach medycyny, lecz specyficzna niemożność decydowania, związana z patologicznym stanem umysłu, dająca psychiatrze szersze niż innym specjalistom możliwości działania.

W szczególności ta ostatnia konsekwencja omawianego tu modelu rodzi liczne kontrowersje. Nawet zgadzając się na takie ujmowanie zagadnień zdrowia psychicznego, nie sposób nie zauważyć licznych niebezpieczeństw pojawiających się w związku z szerokimi prerogatywami służby zdrowia w tej dziedzinie. Ruth Macklin zwraca uwagę przede wszystkim na kwestię swoistej „podwójnej lojalności” psychiatrów, mianowicie lojalności wobec pacjenta i lojalności wobec społeczeństwa, państwa czy jakiegokolwiek instytucji, dla której pracują. Rzecz jasna, interes pacjenta może wchodzić w kolizję z interesem ogólnospołecznym czy węższym inte-

resem pracodawcy lekarza; pojawia się więc problem, komu przede wszystkim ma służyć psychiatra. Jako przykład podaje sytuację lekarzy wojskowych mających wykrywać wśród żołnierzy homoseksualistów. Wiadomo, że ci ostatni nie są na ogół skłonni do ujawniania swej przypadłości szerszemu ogółowi, a ujawnienie takie nastąpić może w wyniku np. niedyskrecji przełożonych itp. Inny przykład dotyczy problemu dopuszczania do niektórych zawodów osób, które przebyły pewne choroby psychiczne, zostały wyleczone, ale istnieje większe niż u ludzi, którzy dotychczas nie chorowali, prawdopodobieństwo ponownego wystąpienia zaburzeń psychotycznych.

Istnieje również problem: jak daleko może posunąć się lekarz w swej ingerencji w psychikę ludzką. Czy dopuszczalne jest np. stosowanie elektronicznej aparatury kontrolującej zachowanie zamiast umieszczania w więzieniu? Ta akurat kwestia jest przykładem nowej alternatywy moralnej, związanej właśnie z rozwojem nie znanych dotychczas psychotechnik, mianowicie alternatywy: wolność-prywatność. Wreszcie drastyczne kwestie wykorzystywania osób chorych oraz skazanych do badań, których przebieg często jest przykry fizycznie i psychicznie, a wyniki nie dają się przewidzieć, a ponadto obarczone są dużym ryzykiem. Nawet w wypadku zgody pacjenta czy więźnia, przeprowadzanie takich eksperymentów jest wątpliwe moralnie, zwłaszcza jeśli nie mają one charakteru terapeutycznego (terapią R. Macklin nazywa działanie, które ma na celu korzyść chorego i jest zgodne z ogólnie uznawaną praktyką terapeutyczną), lecz czysto badawczy, podporządkowany często długofalowym celom instytucji, które z leceniem i pomocą ludziom nie mają nic wspólnego.

Zarysowane tu, z konieczności bardzo skrótowo, podstawowe problemy związane z kontrolą zachowania jednostek, nie są wydumanymi kwestiami, nadającymi się jedynie na temat seminariów z etyki albo rozpraw i traktatów moralnych. Przed tymi dylematami stają każdego dnia ludzie zawodowo zajmujący się medycyną, prawem, polityką. Mniej lub bardziej świadomie rozwiązują je zarówno w skali jednostkowej (decyzje o przymusowym leczeniu, wyroki sądowe), jak i masowej (prawne regulacje postępowania w określonych przypadkach). Niezależnie od pytań jak postępować w danym przypadku lub też, jakie przepisy ustanowić w danej kwestii, istnieje pytanie niejako nadrzędne o fundamentalnym znaczeniu: kto powinien decydować? Jest oczywiste, że decyzje moralne zależą od tego, które wartości ceni się najwyżej i chce się chronić. Odzwierciedlają one aksjologiczne preferencje tych, którzy je podejmują. Niezależnie jednak od ich treści, muszą one być wolne i demokratyczne, oparte na wiedzy zdobytej przez uczonych i uczciwie przedstawionej społeczeństwu. W sferze kontroli zachowania ignorancja społeczeństwa jest niebezpieczna. Ma ono prawo znać fakty i wypowiadać się na ich temat. Do niego też należy ostateczny osąd spraw, które nierozzerwalnie wiążą się z jego funkcjonowaniem. Na tym właśnie m. in. polega demokracja.

Powyzsze wnioski i zalecenia stanowią zakończenie pracy Ruth Macklin; pracy będącej udaną próbą przedstawienia złożonej problematyki moralnej i poznawczej, związanej ze sferą kontroli społecznej; pracy wolnej od natrętej perswazji i agitowania na rzecz określonych rozwiązań. Autorka uczciwie i bez zbędnych emocji prezentuje fakty, ale też równie uczciwie wyraża swoje jasne, jednoznaczne stanowisko w kwestii sposobów rozstrzygania rozważanych przez nią problemów, a więc w kwestii fundamentalnej dla zachowania najwyższych wartości wolnego, pluralistycznego społeczeństwa.