

Krzysztof Smykowski

Katolicki Uniwersytet Lubelski Jana Pawła II

ORCID 0000-0002-9173-5891

***Body Identity Integrity Disorder* jako problem teologicznomoralny**

Abstrakt: Celem artykułu jest zaprezentowanie zaburzenia *Body Identity Integrity Disorder* (BIID) i związanych z nim dylematów moralnych. Poszczególne jego części stanowią charakterystykę schorzenia, wskazanie przyczyn oraz możliwych form działań medycznych. Zostają one poddane ocenie moralnej w świetle teologicznomoralnych podstaw ingerencji medycznych. Szczególna uwaga poświęcona jest postulowanej przez znaczną grupę pacjentów i część personelu medycznego amputacji kończyn lub kończyn.

Słowa kluczowe: amputacja, bioetyka, *Body Identity Integrity Disorder*, teologia moralna

Wprowadzenie

Dokonujący się w ostatnich dziesięcioleciach rozwój medycyny pozwolił na opracowanie form nowych terapii chorób, które wcześniej uchodziły za nieuleczalne. Wprowadzono także innowacyjne sposoby leczenia, które zmniejszyły liczbę powikłań bądź skutków ubocznych. Wciąż jednak rzadkością nie są sytuacje, w których jedyną drogą do ratowania życia człowieka jest naruszenie integralności jego organizmu. Okaleczenie to najczęściej przyjmuje formę usunięcia organu wewnętrznego albo amputacji kończyny lub jej części. Wśród przyczyn wykonywania zabiegów amputacji kończyn można wyróżnić kilka najczęstszych. Zaliczają się do nich choroby naczyń obwodowych i cukrzyca, poważne urazy, choroby nowotworowe (głównie osteosarcoma i chondrosarcoma), infekcje oraz wrodzone wady rozwojowe. W poszczególnych grupach

wiekowych dominuje inna etiologia. Wśród dzieci i młodzieży najczęstsze są przyczyny traumatologiczne oraz amputacje przeprowadzane w wadach wrodzonych, co z kolei umożliwia późniejsze łatwiejsze zaprotezowanie. U osób starszych zdecydowana większość zabiegów (nawet 90%) jest przeprowadzana z powodu uogólnionej miażdżycy, zakrzepicy, przewlekłego niedokrwienia kończyn oraz cukrzycy. Zaburzeniom tym stosunkowo często towarzyszą infekcje (Pogorzala i Rohde 2018, 37–39; Grzebień i in. 2017, 57). Tego typu zabiegi najczęściej nie budzą wątpliwości o charakterze etycznym. Ich moralna kwalifikacja opiera się na aplikacji znanej od wieków zasady całościowości (*principium totalitatis*), zwanej także zasadą terapeutyczną. Pozwala ona na usunięcie organu, jeżeli jego pozostawienie czy funkcjonowanie powoduje znaczną szkodę całemu organizmowi, a szkody tej nie można uniknąć w inny sposób (Pio XII 1990, 296; Wróbel 1999, 374).

Zaburzeniem, które domaga się odrębnego omówienia, jest *Body Identity Integrity Disorder* (BIID). Dyskusyjne wydaje się bowiem usprawiedliwienie wykonania zabiegu amputacji przez analogię do opisanych wyżej stanów patologicznych. W literaturze teologicznomoralnej brak jest całościowego opracowania tej problematyki. Obecne są jedynie wzmianki o wspomnianym schorzeniu (Smykowski 2022, 112–16), które domagają się rozwinięcia. Celem niniejszego artykułu będzie przedstawienie istoty zaburzenia noszącego nazwę *Body Identity Integrity Disorder*. W oparciu o dostępną literaturę biomedyczną zostaną wskazane hipotezy dotyczące przyczyn jego występowania. Następnie w świetle podstawowych zasad bioetyki personalistycznej zostanie dokonana ocena etyczna proponowanych działań medycznych. Najwięcej uwagi zostanie poświęcone moralnej kwalifikacji amputacji, której najczęściej domagają się pacjenci. Przeanalizowane zostaną także inne formy terapii.

1. *Body Identity Integrity Disorder* z perspektywy medycznej

Dokonanie medycznego opisu zaburzenia będącego przedmiotem niniejszego opracowania domaga się przede wszystkim wskazania charakterystycznych objawów oraz odróżnienia go od innych stanów

patologicznych, które mają częściowo zbliżony przebieg. Niezbędne jest także przywołanie głównych hipotez dotyczących jego etiologii.

1.1. Istota zaburzenia

Body Identity Integrity Disorder jest zjawiskiem jeszcze nie do końca poznanym. Osoby cierpiące na to zaburzenie odczuwają intensywne pragnienie niepełnosprawności fizycznej. W ich przekonaniu jedynie amputacja lub rzadziej niedowład kończyn może dostosować ich ciało do subiektywnie postrzeganego psychicznie schematu ciała (Fischer, Schnell i Kasten 2015, 76). Szczegółowe badania zaczęto prowadzić stosunkowo niedawno. Pierwsze doniesienia literaturowe o istnieniu takiego stanu patologicznego pochodzą natomiast z 1785 r. Francuski anatom Jean-Joseph Sue opisał przypadek Anglika, który zaoferował znaczną sumę pieniędzy chirurgowi za amputację zdrowej kończyny dolnej. Lekarz, mając wątpliwości co do zasadności takiej ingerencji i powołując się na brak odpowiedniego sprzętu, odmówił wykonania zabiegu. Zmienił zdanie dopiero, gdy pacjent wyjął broń i zagroził mu śmiercią. Po pewnym czasie od operacji otrzymał przesyłkę, w której Anglik zamieścił dwukrotnie większą sumę pieniędzy oraz podziękowanie za uczynienie go najszczęśliwszym człowiekiem poprzez pozbawienie go nogi stanowiącej przeszkodę w drodze po pełni szczęścia (Johnston i Elliott 2002, 431).

Także współczesna medycyna zna podobne przypadki. W 1997 r. szkocki chirurg Robert Smith dokonał na życzenie pacjenta amputacji zdrowej nogi na wysokości podudzia. Dwa lata później przeprowadził podobny zabieg. Obaj pacjenci powiedzieli lekarzowi, że odjęte części kończyny były zbędne, a sama ich obecność powodowała długotrwały ból emocjonalny o silnym natężeniu. Podczas przygotowań do kolejnej operacji dyrekcja szpitala po przedstawieniu raportu przez szpitalną komisję etyczną ogłosiła zakaz przeprowadzania tego typu amputacji. Sprawa została nagłośniona przez stację telewizyjną BBC i stała się przyczynkiem do debaty w środowisku lekarzy i bioetyków (Müller 2009, 36). Obecnie zabiegi te są wykonywane bardzo rzadko, a niemal każdy wzbudza duże zainteresowanie opinii publicznej. W 2024 r. przeprowadzono w Kanadzie

amputację dwóch palców kończyny górnej u dwudziestoletniego mężczyzny. Zespół medyczny zdecydował o wykonaniu operacji pomimo braku jednoznacznych wytycznych obowiązujących w tym kraju (Nadeau 2024, 1). Polska literatura medyczna nie odnotowała opisu podobnych przypadków.

Nie do końca jasna jest sytuacja prawna lekarza, który podejmuje się wykonania amputacji w przebiegu BIID. Prawodawstwo większości krajów nie odnosi się bezpośrednio do tego typu przypadków, a ewentualna odpowiedzialność karna wynika z przepisów ogólnych. Wydaje się, że przeprowadzenie operacji w Polsce mogłoby wiązać się z odpowiedzialnością z artykułu 156 lub 157 Kodeksu karnego mówiących o spowodowaniu ciężkiego lub średniego uszczerbku na zdrowiu. Komentatorzy wskazują, że utrata kończyny lub jej części (dłoń, stopa) powoduje powstanie ciężkiego kalectwa. Taki czyn jest zagrożony karą pozbawienia wolności od lat 3 do 20. Z kolei utrata palca czy palców nie wypełnia znamion ciężkiego kalectwa i może być uznana za średni uszczerbek. W takim wypadku kara mogłaby wynieść od 3 miesięcy do lat 5 (Guzik-Makaruk i Wojewoda 2023, 41–43).

Body Identity Integrity Disorder nie został ujęty w Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10, co sprawia, że nie istnieją powszechnie obowiązujące kryteria diagnostyczne. Zaburzenia tego próżno szukać także w amerykańskiej klasyfikacji służącej do rozpoznawania lub wykluczania zaburzeń psychicznych DSM-5. Pojawia się ono dopiero w nieobowiązującej jeszcze w Polsce klasyfikacji ICD-11. Występuje w niej jako „dysforia integralności ciała” i został jej przypisany kod 6C21. Charakteryzuje się ona intensywnym i uporczywym pragnieniem stania się niepełnosprawnym w stopniu znacznym, najczęściej poprzez amputację kończyny. Towarzyszy temu dyskomfort i silne poczucie niestosowności w odniesieniu do aktualnej konfiguracji ciała. Stanu tego nie sposób jednak wytłumaczyć innym zaburzeniem psychicznym, behawioralnym lub neurorozwojowym albo chorobą układu nerwowego. Pierwsze symptomy pojawiają się najczęściej już w okresie dzieciństwa (Fischer, Schnell i Kasten 2015, 76; World Health Organisation 2022, 450). Godnym odnotowania jest świadomość pacjentów co do nietypowości i niezwykłości swoich

pragnień, do których rzadko się przyznają. Zdają sobie oni dobrze sprawę z rozbieżności pomiędzy wyglądem swojego ciała a jego obrazem. To sprawia, że należy ich zasadniczo uznać za racjonalnych w wymiarze globalnym (Karczmarczyk i Nowakowski 2012, 64; Dudek 2011, 27).

BIID dotyka przede wszystkim mężczyzn. Przeprowadzone badania szacują ich odsetek na 85–93%. Najczęściej chęć amputacji dotyczy lewej, a w drugiej kolejności prawej kończyny dolnej. U kobiet daje się z kolei zauważyć zdecydowanie częstsze poczucie nienaturalności więcej niż jednej części ciała. Przynajmniej 75% przebadanych kobiet z BIID chciało bilateralnej amputacji kończyn dolnych. Pacjenci podają przy tym dokładną linię pożądanego cięcia, sytuując ją najczęściej w obrębie uda (Karczmarczyk i Nowakowski 2012, 64; Fischer, Schnell i Kasten 2015, 76).

Duża część osób dotkniętych tym schorzeniem przejawia pewnego rodzaju zachowanie zastępcze. Polegają one na udawaniu występowania pożądanej niepełnosprawności fizycznej poprzez poruszanie się z pomocą kul albo korzystanie z wózka inwalidzkiego. Udawanie to jest nie tylko przyczyną powstania uczucia szczęścia i przynosi ulgę. Jest również pomocne w celu zidentyfikowania problemów związanych z pożądaną amputacją lub niedowładem kończyn w codziennych sytuacjach życiowych (Fischer, Schnell i Kasten 2015, 76). Są to często czynności bardzo absorbujące i znacząco wpływające na produktywność, spędzanie wolnego czasu oraz zaangażowanie społeczne. Osoby te, mając świadomość nienaturalności swoich pragnień, unikają nawiązywania bliskich relacji, ponieważ znacząco utrudniłyby one to udawanie (World Health Organisation 2022, 450).

Świadomość nienaturalności swojego stanu jest tak silna, że osoby z BIID podejmują próby stania się niepełnosprawnymi, co prowadzi do narażenia zdrowia lub życia na poważne niebezpieczeństwo. Ci, którzy nie mogą znaleźć chirurga gotowego do spełnienia ich oczekiwań, podejmują próby samookaleczenia poprzez oddanie strzału w kończynę, położenie jej na trasie nadjeżdżającego pociągu lub umieszczenie jej w suchym lodzie. Wywołane w ten sposób obrażenia są często wskazaniem medycznym do wykonania amputacji. Zdarzają się także próby sięgania po pomoc niewykwalifikowanych

osób trzecich (World Health Organisation 2022, 450; Müller 2009, 36; Poczubot 2014, 240).

1.2. Inne zaburzenia związane z pragnieniem amputacji

Body Identity Integrity Disorder należy odróżnić od nich zaburzeń, które z pozoru wydają się być do nich podobne, a którym do niedawna poświęcano więcej uwagi. Pierwszym z nich jest akrotomofilia określana niekiedy także mianem amelotazy, fetyszyzmu deformacji oraz amputyzmu. Jest ona formą parafilii polegającą na odczuwaniu pociągu seksualnego względem osób niepełnosprawnych, w tym osób z amputowanymi kończynami. Fenomen ten stał się przedmiotem zainteresowania psychologów już w II połowie XIX wieku. Kolejne badania wskazały, że u mężczyzn fantazje te łączą się częściej z ekshibicjonizmem lub sadyzmem, a u kobiet z masochizmem. Z czasem wyróżniono kolejne zaburzeniem, czyli apotemnofilię. Oznacza ono zainteresowanie seksualne amputacją części własnego ciała. Może łączyć się ona przywołanym wcześniej zainteresowaniem partnerem po amputacji (Szymańska 2019, 101–3; Johnston i Elliott 2002, 431).

Kolejne badania wskazały jednak, że nie zawsze da się wskazać konotacje seksualne wspomnianych zaburzeń. Jedynie 15% badanych wskazało na seksualne motywy dążenia do amputacji kończyny, ale u około 75% z nich aspekt seksualny nie miał priorytetowego znaczenia. Z tego powodu współczesne publikacje naukowe coraz rzadziej używają określenia apotemnofilia, a dominującym staje się *Body Identity Integrity Disorder* (Fischer, Schnell i Kasten 2015, 76; Karczmarczyk i Nowakowski 2012, 64; Szymańska 2019, 104).

Od BIID należy odróżnić także *Body Dysmorphic Disorder* (BDD), które zostało opisane w literaturze już stosunkowo dokładnie. Jest to typ monotematycznego urojenia podtrzymywanego przez niewłaściwe postrzeganie swojego ciała. Osoby nim dotknięte uważają wbrew stanowi faktycznemu swoją kończynę lub inną część ciała za chorą, uszkodzoną, zdeformowaną lub brzydką i dlatego dążą do jej usunięcia. Stosunkowo często zmieniają jednak swoje preferencje albo chcą usunięcia kolejnej części ciała, co praktycznie

nie zdarza się w przypadku BIID (Karczmarczyk i Nowakowski 2012, 63; Dudek 2011, 25).

1.3. Przyczyny *Body Identity Integrity Disorder*

Wciąż toczy się dyskusja na temat etiologii analizowanego zjawiska, co ma znaczenie dla ewentualnego podjęcia terapii. W ostatnich latach zwolenników zyskuje hipoteza neurologiczna, która jest związana z dysfunkcją prawej półkuli mózgu, a w szczególności górnego płata ciemieniowego odpowiedzialnego za przetwarzanie informacji dotyczących ciała. To tłumaczyłoby fakt, że analizowana nieprawidłowość w przypadku mężczyzn dotyczy przede wszystkim lewych kończyn. Mózgi kobiet wykazują mniejszą tendencję do lateralizacji, co wyjaśniałoby z kolei dążenie do amputacji obustronnej. To sprawia, że coraz częściej podaje się w wątpliwość wcześniejsze niepoparte krytyczną analizą próby sytuowania BIID w grupie zaburzeń psychicznych (Karczmarczyk i Nowakowski 2012, 63; Müller 2009, 39).

Tezę o neurologicznym podłożu zmian zdają się potwierdzać badania wykonane na Uniwersytecie Kalifornijskim w San Diego przez zespół pod kierownictwem Vilayanura Ramachandrana. Badacze ci przedstawili trzy przesłanki na poparcie swoich tez. Pierwsza odnosi się do już wspomnianego znacznie częstsze odniesienia tego zaburzenia wobec kończyn lewych, co nie znajduje wytłumaczenia w czynnikach psychicznych. Po drugie, występuje znaczne podobieństwo do somatoparafrenii, która jest bez wątpienia zaburzeniem neurologicznym wywołanym uszkodzeniem mózgu najczęściej w przebiegu udaru. Po trzecie, pacjent zazwyczaj jest w stanie wskazać precyzyjnie linię, poniżej której miałyby zostać dokonana amputacja. Jej położenie nie zmienia się wraz z upływem czasu (Brang, McGeoch i Ramachandran 2008, 1305).

Teza ta została potwierdzona w wykonanych badaniach. Pierwsze polegało na kilkukrotnym ukłuciu igłą pacjenta powyżej i poniżej pożądanej linii amputacji. W przypadku nakłucia niższej części zaobserwowano dwu- lub trzykrotnie wyższe przewodnictwo skórne. Kolejnym etapem było wykorzystanie magnetoencefalografii. Za jej pomocą stwierdzono brak lub znaczne ograniczenie aktywności

górnego płata ciemieniowego podczas dotykania nieprzystających części ciała. Pacjent taki, mimo że prawidłowo czuje i porusza kończyną, to nie uwzględnia jej w zintegrowanym obrazie ciała. Powstaje zatem rozbieżność między faktyczną cielesnością a jej obrazem, co przekłada się na uczucie znajdowania się kończyny w nie do końca właściwym ciele i jej nadkompletności (Brang, McGeoch i Ramachandran 2008, 1305–6; Dudek 2011, 27–28).

2. Ocena moralna amputacji w przebiegu *Body Identity Integrity Disorder*

Niektóre opracowania oraz praktykujący lekarze dopuszczają przeprowadzenie amputacji kończyny lub kończyn, które są postrzegane jako nienaturalne. Tego typu działania zmierzają do dostosowania ciała do jego obrazu (Dudek 2011, 28). Za możliwością przeprowadzenia takiego zabiegu przytaczanych jest najczęściej kilka argumentów.

2.1. Argumenty za dopuszczalnością amputacji w przebiegu *Body Identity Integrity Disorder*

Wskazuje się stosunkowo często na skuteczność działań inwazyjnych. Badania prowadzone z udziałem pacjentów poddanych amputacji wskazują na zanik lub istotne ograniczenie odczuwanego cierpienia (Fischer, Schnell i Kasten 2015, 76), a odjęcie kończyny umożliwia im życie zgodne odczuwaną tożsamością (Nadeau 2024, 4). Pojawiają się opinie, że ich jakość życia uległa znacznej poprawie i wreszcie dobrze czują się własnym ciele (Dudek 2011, 28). W tych projektach badawczych biorą jednak udział stosunkowo nieliczne grupy pacjentów (do 20 osób). Uczestnicy rekrutują się najczęściej spośród osób zadowolonych z przeprowadzonej amputacji i szukających kontaktu z badaczami, co negatywnie wpływa na reprezentatywność grupy badanej, a tym samym na wiarygodność uzyskanych wyników (Müller 2009, 41).

Podnosi się też argument związany z trwałością efektu osiągniętego przez amputację. Jak już zasygnalizowano, u pacjentów z BIID nie stwierdza się najczęściej obecności innych zaburzeń

psychicznych. Jedyne ich niestandardowe pragnienie dotyczy usunięcia kończyny. Po zabiegu nie chcą już jednak kolejnych ingerencji w integralność ciała. To winno uzasadnić konieczność poszanowania autonomii pacjenta w tym zakresie. Należy zauważyć, że to w sposób bardzo wyraźny wyraźnie odróżnia ich od pacjentów ze wspomnianym wcześniej BDD. W ich przypadku operacja ma często nieprzewidywalne skutki. Mimo jej przeprowadzenia mogą oni być nadal przekonani, że określona kończyna jest brzydka lub chora i tym samym wymaga dalszych zabiegów (Dudek 2011, 28; Karczmarczyk i Nowakowski 2012, 64).

Powołuje się także czasami na potrzebę minimalizacji ryzyka. Amputacja byłaby więc, zdaniem zwolenników działań inwazyjnych w przebiegu BIID, współczesną formą realizacji fundamentalnej zasady etyki lekarskiej *primum, non nocere*. Zabezpieczałaby ona przed stosunkowo częstymi próbami samodzielnego przeprowadzenia amputacji lub doprowadzenia do niej (Ryan 2009, 31; Karczmarczyk i Nowakowski 2012, 66; Blom, Guglielmi i Deny 2016, 1).

Należy zaznaczyć, że stopień akceptacji ze strony personelu medycznego dla żądań pacjenta jest wyraźnie większy, jeśli zakres planowanego zabiegu jest mniej rozległy i spowoduje mniejszy stopień niepełnosprawności. Większa liczba lekarzy byłaby więc gotowa dokonać amputacji palca lub dwóch palców niż całej kończyny (Loriga 2024, 57–58; Nadeau 2024, 2–3).

2.2. Ingerencje chirurgiczne w świetle bioetyki personalistycznej

Na przeprowadzanie zabiegów amputacji kończyn prawidłowo funkcjonujących należy spojrzeć z punktu widzenia bioetyki personalistycznej, a szczególnie dwóch zasad ją konstytuujących i wzajemnie się dopełniających, czyli niedysponowalności i całościowości. Pierwsza z nich we współczesnej personalistyczno-relacyjnej interpretacji dopuszcza określone ingerencje, w tym nieterapeutyczne, jeśli towarzyszy im proporcjonalnie ważna racja oraz jeśli w grę nie wchodzi ryzyko utraty życia lub ograniczenia sprawności psychofizycznej (Wróbel 1999, 297).

Zasada całościowości z kolei wartościuje działania medyczne polegające na usunięciu organu czy części ciała. Niektórzy jej

korzeni dopatrują w wypowiedzi Chrystusa: „Otóż jeśli twoja ręka lub noga jest dla ciebie powodem grzechu, odetnij ją i odrzuć od siebie! Lepiej jest dla ciebie wejść do życia ułomnym lub chromym, niż z dwiema rękami lub dwiema nogami być wrzuconym w ogień wieczny” (Mt 18,8; także Mt 5,30; Mk 9,43.45). Słowa Jezusa nie stanowią wezwania do samookaleczania i nigdy nie były tak rozumiane w tradycji chrześcijańskiej. Posługując się hiperbolą, stanowią raczej mobilizację do radykalnego przeciwstawienia się grzechowi (Wróbel 1999, 356).

Zgodnie z wypowiedzią Piusa XII analizowane postępowanie jest dopuszczalne, jeśli pozostawienie określonej części i jej dalsze funkcjonowanie wyrządza szkodę lub stanowi zagrożenie dla organizmu, a szkody tej nie można uniknąć innym sposobem. Należy przy tym przewidywać, że efekt negatywny, jakim jest naruszenie integralności ze wszystkimi jego konsekwencjami, zostanie skompensowany przez skutek pozytywny (Pio XII 1990, 296; Wróbel 2017, 132).

Biorąc pod uwagę to z konieczności krótkie przywołanie zasad ingerencji medycznych, nie można uznać zabiegu amputacji u osoby cierpiącej na BIID za moralnie akceptowalny. Przemawia za tym kilka argumentów. Wydawać by się mogło, że amputację kończyny można by było dopuścić na mocy zasady całościowości, zwłaszcza w jej personalistycznej interpretacji, która odwołuje się do integralnie pojętego dobra osoby. Byłoby to jednak nieuprawnione uproszczenie. Trzeba zauważyć, że u podstaw zaburzenia nie stoi szkodliwe dla całości organizmu oddziaływanie konkretnego organu (kończyny), ale prawdopodobnie niewłaściwe funkcjonowanie części mózgu. Nie można zatem uznać zasady za elastyczne kryterium dopuszczające wszelkie działania mające na celu dowolnie rozumiane dobro człowieka. Ma ona zastosowanie wyłącznie w sferze działań terapeutycznych, do których odnosi ją jej własna natura i ponad dwutysiącletnia tradycja (Wróbel 1999, 384–86).

Sam zabieg amputacji nie wchodzi zatem w istotę problemu. Po tej linii idzie także nauczanie Kościoła zawarte w *Nowej Karcie Pracowników Służby Zdrowia*, która w odniesieniu do zasady całościowości stwierdza, że „jest stosowana tylko w momencie, gdy pojawia się choroba, gdyż tylko w takim przypadku we właściwy sposób można zweryfikować relację części do całości. Nie można

usprawiedliwiać naruszenia integralności fizycznej osoby, jeśli nie czyni się tego z powodów czysto terapeutycznych. Dozwolona jest natomiast interwencja terapeutyczna w przypadku cierpienia psychicznego czy problemów duchowych, których źródłem jest defekt ciała lub jego uszkodzenie” (NKPSZ 83). Chorym z BIID z całą pewnością towarzyszy cierpienie psychiczne i problemy duchowe, szczególnie w sytuacjach niepodejmowania bądź nieskuteczności terapii przyczynowej. Ich źródłem nie jest jednak defekt kończyny, która jest zdrowa i funkcjonalna (Smykowski 2022, 114–15).

Analizowany przypadek, różni się od sytuacji opisanej przez Piusa XII w Przemówieniu do uczestników 26. Kongresu Urologicznego będącym odpowiedzią na wątpliwości zgłoszone przez grupę włoskich lekarzy. Papież dopuścił usunięcie organu zdrowego i poprawnie funkcjonującego, który stwarza zagrożenie dla zdrowia i życia. Przykładem jest dynamizujący wpływ gruczołów płciowych kobiety na rozwój niektórych typów nowotworów piersi. W takiej sytuacji mogą być one usunięte, co w konsekwencji oznacza bezpłodność (Pio XII 1990, 296). Przypadek BIID jest jednak inny. Nie ma tu bowiem zgubnego oddziaływania kończyny lub jej części na mózg. Po ewentualnej ingerencji stan patologiczny pozostaje, choć wyeliminowana zostaje część niemieszcząca się w obrazie ciała obecnym w mózgu.

Nie można wreszcie zapominać, że amputacja nie jest zabiegiem bezproblemowym i wiąże się ona z dużą liczbą powikłań zarówno bezpośrednich, jak i odległych. Wskaźnik wewnątrzszpitalnej śmiertelności po dużej amputacji kończyn (np. w obrębie uda lub wyluszczenia w stawie biodrowym) wynosi 10–20%. U starszych pacjentów obarczonych obecnością chorób współistniejących może sięgać nawet 30% (Grzebień i in. 2017, 57).

Wykonanie amputacji powoduje powstanie nieodwracalnej niepełnosprawności. Mimo dynamicznego rozwoju środków zastępczych nie jest w chwili obecnej możliwe całkowite skompensowanie tych braków. Poruszanie się bez kończyny powoduje generację wyższego wydatku energetycznego i zapotrzebowania na tlen w porównaniu do osób o pełnej sprawności. Oba wskaźniki wzrastają wraz z poziomem amputacji. U pacjenta z amputacją na poziomie podudzia wydatek energetyczny rośnie o 40–60%, a w przypadku

amputacji uda o 90–120%. Po obustronnym odjęciu (preferowanym przez kobiety z BIID) w obrębie podudzia wzrasta o 60–100%, a w obrębie uda nawet o 200%. Zużycie tlenu w przypadku odjęcia podudzia rośnie o 9–16% i o 38–49% przy amputacji uda. Pacjenci z obustronną amputacją ud potrzebują zaś o nawet 280% więcej tlenu (Łukacz i in. 2014, 30). Sprawia to, że znaczna liczba czynności jest poza zasięgiem pacjentów po amputacji, a pozostałe są wykonywane najczęściej w sposób mniej wydajny. Należy przy tym zauważyć, że nie wszystkie osoby domagające się amputacji są w pełni świadome ograniczeń i trudności związanych z funkcjonowaniem bez kończyny.

Amputacja kończyny, oprócz fizycznej niepełnosprawności, jest także źródłem innych trudnych doświadczeń. Wymienić tutaj należy przede wszystkim bóle fantomowe. Choć w przypadku chorych z BIID ze względu na nieprawidłowy obraz ciała wykazują one mniejsze nasilenie, to jednak nie udaje ich się całkowicie wyeliminować. Innym stanem towarzyszącym pacjentom po amputacji są bóle kikuta, które bywają bardziej istotne w ocenie jakości życia niż bóle fantomowe. Obecność obu rodzajów bólu wpływa także na wydolność pacjentów. Zaprotezowane osoby doświadczające bólu są w stanie jednorazowo pokonać dystans od 100 do 500 m, podczas gdy pacjenci bez tych pokonują średnio od 500 do 1000 m (Grzebień i in. 2017, 58).

Na amputację w przypadku osób z BIID trzeba spojrzeć także z perspektywy sprawiedliwości. Poddanie się selektywnej amputacji może być rozpatrywane w kategoriach wykroczenia moralnego przeciwko własnej rodzinie i społeczeństwu. Osoby po amputacji wymagają szeroko pojętego wsparcia, które generuje znaczne koszty. Szacuje się, że w Polsce budżet państwa ponosi rocznie wydatki w kwocie 60 milionów złotych. Obejmują one same koszty wykonanych zabiegów, rehabilitacji, zakupy środków zaopatrzenia ortopedycznego i wypłacanych rent. Choć argument ekonomiczny nie może być decydującym przy ocenie godziwości procedur medycznych, to jednak trzeba uwzględnić także te aspekty (Müller 2009, 41; Rynek Zdrowia 2018; Smykowski 2022, 117).

Powstaje też do rozważenia jeszcze teoretyczny problem. Może pojawić się wątpliwość, czy etyczne próby sankcjonowania tego typu

zabiegów nie mają służyć w społeczeństwie do usprawiedliwiania zabiegów tranżycji, o których negatywnych konsekwencjach mówi się ostatnio coraz więcej (Biggs 2020, 2232–35). Wydaje się jednak, że BIID i transpłciowość są to problemami dość odległymi, a ich wspólną cechą jest jedynie prawidłowe anatomicznie funkcjonowanie części ciała, które miałyby być przedmiotem ingerencji. Przeanalizowane publikacje zarówno medyczne, jak i bioetyczne nigdy nie włączają do opisu BIID narracji o transpłciowości, a amputacji nie porównują do tranżycji.

3. Inne formy terapii

Wykonywanie amputacji prawidłowo funkcjonujących kończyn budziło zawsze poważne wątpliwości etyczne. Wysiłki lekarzy i naukowców koncentrowały się zatem na poszukiwaniu nieokaleczających form terapii, które mogłyby przynieść pacjentowi ulgę w cierpieniu. Zmierzają one do dostosowania obrazu ciała do samego ciała. Naukowcy sceptycznie podchodzący do tego typu działań wskazują, osoby z BIID od najmłodszych lat niestandardowo odczuwają swoje ciało. Długie lata przeżyte z tym niecodziennym schorzeniem sprawiają, że staje się ono częścią ich tożsamości (Dudek 2011, 29). Do chwili obecnej udało się zaproponować jednak kilka istotnych sposobów przyjscia z pomocą osobom zmagającym się z BIID. Pełna ocena ich skuteczności jest jednak niemożliwa, gdyż znaczna ich część stanowi jeszcze terapię o charakterze eksperymentalnym.

Wybór terapii jest determinowany przyjęciem określonej etiologii analizowanego zaburzenia. Uznanie przyczyn psychologicznych sprawia, że terapią z wyboru będą różne formy psychoterapii. Odnotowano nieliczne przypadki poprawy stanu pacjentów zmagających się zaburzeniami psychicznymi będącymi konsekwencją BIID (Dudek 2011, 28). Z kolei badania retrospektywne ujawniły potencjalną przeszkodę dla skuteczności terapii. Prawie połowa pacjentów korzystających na różnych etapach swojego życia z psychoterapii, mając świadomość nienaturalności swoich pragnień, zataiła je przed terapeutą. Taka sytuacja z kolei uniemożliwiła uwzględnienie

przyczyn złego stanu psychicznego podczas działań leczniczych (Ryan 2009, 26).

Uznanie źródeł BIID w zaburzeniach o charakterze neurologicznych skłania natomiast do poszukiwania form terapii bezpośrednio ukierunkowanych na niewłaściwie funkcjonujące części mózgu. W tym zakresie współczesna medycyna sformułowała szereg możliwych hipotez, weryfikując już prawdziwość niektórych z nich. Zastosowane mogą być selektywne inhibitory zwrotnego wychwytu serotoniny, do których należą niektóre leki antydepresyjne. Dotychczas przeprowadzone badania wskazują, że terapia ta nie doprowadziła do całkowitej eliminacji pragnienia amputacji, ale w wielu przypadkach je osłabiła. Dodatkowo odnotowano znaczne polepszenie nastroju, dzięki czemu pacjenci byli zdolni do podejmowania codziennej aktywności (Ryan 2009, 26; Müller 2009, 39; Dudek 2011, 28).

Literatura medyczna donosi także o dobrych skutkach terapii ruchowej wspieranej przez muzykoterapię. Domniemywa się, że takie działanie pomaga zintegrować obcą część ciała z jej obrazem w mózgu. Takie proste terapie mogą oddziaływać w celu przywrócenia uszkodzonych połączeń neuronowych między ciałem a mózgiem. Mogą jednak nie być skuteczne, jeśli obca część ciała została już usunięta z mapy ciała obecnej w mózgu (Müller 2009, 39).

Pewne podobieństwo pomiędzy BIID a somatoparafrenią skłoniło zespół naukowców z Uniwersytetu Kalifornijskiego, który prowadził badania nad neurologicznym podłożem analizowanego zaburzenia, do zalecenia zastosowania przedsiorkowej stymulacji kalorycznej. Zabieg ten polega na wstrzyknięciu zimnej wody do przewodu słuchowego ucha po stronie przeciwnej do uszkodzonej półkuli, co powoduje czasowe wycofanie się objawów. Taka procedura musiałaby być powtarzana. Ze względu jednak na stosunkowo niewielką inwazyjność nie powinno to stanowić zbyt dużego obciążenia dla pacjentów (Ramachandran i McGeoch 2007, 250–51).

Pewne nadzieje wiąże się także z rozwojem psychochirurgii i możliwością implantacji stymulatorów w obrębie mózgu. Ingerencje takie są z powodzeniem stosowane już leczeniu niektórych form depresji, schizofrenii katatonicznej czy niekontrolowanej agresji. Taka procedura miałaby na celu odtworzenie lub wzmocnienie

połączeń nerwowych, a zatem byłyby bezpośrednim oddziaływaniem na niewłaściwie funkcjonujący narząd. Przy takich działaniach trzeba jednak zachować dużą ostrożność. Trudno przewidzieć jej możliwe następstwa i oszacować proporcję między samą ingerencją w tkankę mózgową a jej pozytywnymi skutkami (Müller 2009, 39; Wróbel 2010, 86; Smykowski 2022, 117). Stosunkowo niedawno rozpoczęto także dyskusję nad możliwością zastosowania interfejsów mózg–komputer. Jego celem miałyby być próba dostrojenia zaburzonych rytmów mózgu w kierunku bardziej neurotypowych wzorców. Mogłoby to być osiągalne przez przygotowanie osób do korzystania z ekranowych (lub zrobotyzowanych) informacji zwrotnych na temat aktywności mózgu w czasie rzeczywistym w celu samoregulacji niektórych aspektów własnego funkcjonowania neuronalnego (Chakraborty i in. 2021, 5).

Opisane powyżej działania terapeutyczne mają na celu oddziaływanie na nieprawidłowo działającą część mózgu. Mając na względzie już opisane i potencjalne korzyści, powinny być one proponowane osobom zmagającym się z BIID. Większość z nich nie jest związana ze znacznym ryzykiem wystąpienia poważnych skutków ubocznych. Jak to już zostało zasygnalizowane, szczególną ostrożność trzeba by zachować przy interwencjach neurochirurgicznych. W przypadkach innych schorzeń bywają one pomocne, dlatego nie należałoby wykluczać ich zastosowania.

Terapia chorych z BIID jest istotnym wyzwaniem dla medycyny. Ponieważ jego etiologia nie została jednoznacznie potwierdzona, wskazana byłaby współpraca doświadczonego neurologa, psychiatry i psychologa. Pozostaje mieć nadzieję, że podejmowane wciąż wysiłki badawcze doprowadzą do możliwości redukcji pragnienia amputacji, zanim doprowadzi ona osobę do niepełnosprawności.

4. Konkluzje

Body Identity Integrity Disorder nie jest częstym zaburzeniem. Nie może być to jednak przyczyną braku zainteresowania tym problemem. Brak możliwości akceptacji działań chirurgicznych w tym schorzeniu oraz nie do końca jeszcze przebadana skuteczność innych form terapii nie mogą z kolei powodować zamknięcia się na ludzi

doświadczających cierpienia z powodu BIID. Sytuacja ta powinna być odczytana jako wezwanie do postawy solidarności. Uczynienie zadość tej powinności dotyka wszystkich, którzy mogą przyjść z pomocą osobom cierpiącym. Chodzi zatem w pierwszym rzędzie o przedstawicieli zawodów medycznych poszukujących skutecznych i etycznie akceptowalnych środków terapeutycznych oraz psychologów. Nie można także zapomnieć o roli Kościoła, który został wyposażony w narzędzia nadprzyrodzone, które mogą udzielić wewnętrznego pokoju i siły w chwilach największej nawet beznadziei (Wróbel 1999, 386–87).

Body Identity Integrity Disorder as a Theological and Moral Problem

Abstract: The aim of this article is to present Body Identity Integrity Disorder (BIID) and the moral dilemmas associated with it. Its sections provide a characterisation of the disorder, an indication of the causes and possible forms of medical interventions. They are subjected to a moral evaluation in the light of the theological-moral foundations of medical interventions. Special attention is given to the amputation of a limb or limbs postulated by a significant group of patients and some members of the medical staff.

Keywords: amputation, bioethics, Body Identity Integrity Disorder, moral theology

Bibliografia

- Biggs, Michael. 2020. "Gender dysphoria and psychological functioning in adolescent treated with GnRHa. Comparing Dutch and English prospective studies." *Archives of Sexual Behavior* 49 (7): 2231–36.
- Blom, Rianne, Valeria Guglielmi, and Damiaan Deny. 2016. "Elective amputation of a 'healthy limb.'" *CNS Spectrums* 21 (5): 1–2.
- Brang, David, Paul McGeoch, and Vilayanur Ramachandran. 2008. "Apotemnophilia: a neurological disorder." *NeuroReport* 19 (12): 1305–6.
- Chakraborty, Stuti, Gianluca Saetta, Colin Simon, Bigna Lenggenhager, and Kathy Ruddy. 2021. "Could Brain–Computer Interface Be a New Therapeutic Approach for Body Integrity Dysphoria?" *Frontiers in Human Neuroscience* 11 (15): 1–8.
- Dudek, Michał. 2011. "‘Dopiero po amputacji będę kompletny’ – Body Identity Disorder jako interdyscyplinarne wyzwanie. Zarys problematyki." *Rocznik Kognitywistyczny* 5:25–31.
- Fischer, Mona, Thomas Schnell, and Erich Kasten. 2015. "Body Identity Disorder: Development and Evaluation of an Inventory for the Assessment of the Severity." *American Journal of Applied Psychology* 4 (3): 76–82.

- Grzebień, Anna, Mariusz Chabowski, Maciej Malinowski, Izabella Uchmanowicz, Magdalena Milan, and Dariusz Janczak. 2017. "Analiza wybranych czynników warunkujących jakość życia pacjentów po amputacji kończyny dolnej – przegląd literatury." *Polski Przegląd Chirurgiczny* 89 (2): 57–61.
- Guzik-Makaruk, Ewa, and Ewelina Wojewoda. 2023. *Prawo karne medyczne. Stan i perspektywy*. Warszawa: Wydawnictwo Instytutu Wymiaru Sprawiedliwości.
- Johnston, Josephine, and Carl Elliott. 2002. "Healthy limb amputation: ethical and legal aspects." *Clinical Medicine* 2 (5): 431–35.
- Karczmarczyk, Anna, and Przemysław Nowakowski. 2012. "Pragnienie niepełnosprawności. O źródłach i próbach wyjaśnienia BIID." *Fizjoterapia* 20 (2): 61–69.
- Loriga, Leandro. 2024. "The right to choose: A comparative analysis of patient autonomy and body integrity dysphoria among Czech healthcare professionals." *Ethics & Bioethics (in Central Europe)* 14 (1–2): 41–60.
- Lukacz, Elżbieta, Sylwia Słaba, Robert Rochmiński, and Ewa Rżewska. 2014. "Ocena poprawności i sprawności chodu u pacjentów po amputacji kończyny dolnej w obrębie uda." *Acta Bio-Optica et Informatica Medica. Inżyniera Biomedyczna* 20 (1): 29–38.
- Müller, Sabine. 2009. "Body Integrity Identity Disorder (BIID) – Is the Amputation of Healthy Limbs Ethically Justified?" *The American Journal of Bioethics* 9 (1): 36–43.
- Nadeau, Nadia. 2024. "Successful treatment of body integrity dysphoria with amputation: A case report." *Clinical Case Reports* 12 (4): 1–5.
- Papieska Rada ds. Duszpasterstwa Służby Zdrowia. 2016. *Nowa Karta Pracowników Służby Zdrowia*. (= NKPSZ).
- Pio XII. 1990. "Mutilazione, perizia medica (1953)." In *Biologia, medicina ed etica. Testi di Magistero cattolico*, edited by Patrick Verspieren, 295–97. Brescia: Queriniana.
- Poczobut, Robert. 2014. "Autoreprezentacje, deficyty samopoznania i anozognozja." *Przegląd Filozoficzno-Literacki* 39 (2): 229–48.
- Pogorzała, Adam, and Artur Rohde. 2018. "Przyczyny, rodzaje i poziomy amputacji kończyn dolnych." In *Fizjoterapia – wiedza i doświadczenie*, edited by Adrianna Borowicz, 35–46. Poznań: Wydawnictwo Wyższej Szkoły Edukacji i Terapii im. prof. Kazimierzy Milanowskiej.
- Ramachandran, Vilayanur, and Paul McGeoch. 2007. "Can vestibular caloric stimulation be used to treat apotemnophilia?" *Medical Hypotheses* 69 (2): 250–52.
- Ryan, Christopher. 2009. "Out on a Limb: The Ethical Management of Body Integrity Identity Disorder." *Neuroethics* 2 (1): 21–33.
- Smykowski, Krzysztof. 2022. "Integralność ludzkiego ciała z perspektywy teologicznomoralnej – analiza dwóch przypadków." In *Integralność ciała ludzkiego jako powinność moralna. Przesłanie moralne Kościoła*, edited by Krzysztof Smykowski, 108–24. Lublin: Wydawnictwo Diecezjalne i Drukarnia w Sandomierzu.

- Szymańska, Kinga. 2019. “Tytuły prawne, z których mogłyby być prowadzone sprawy o stwierdzenie nieważności małżeństwa, w których istotną rolę odegrała akrotomofilia.” *Ius Matrimoniale* 30 (3): 97–109.
- WOK/Rynek Zdrowia. 2018. “Prof. Sieroń: amputacje są w Polsce wyzwaniem medycznym i ekonomicznym.” Rynek zdrowia. Last modified February 6, 2018. <https://www.rynekzdrowia.pl/Finanse-i-zarzadzanie/Prof-Sieron-amputacje-sa-w-Polsce-wyzwaniem-medycznym-i-ekonomicznym,181011,1.html>.
- World Health Organisation. 2022. *International Classification of Diseases, Eleventh Revision (ICD-11)*. <https://icd.who.int/>.
- Wróbel, Józef. 1999. *Człowiek i medycyna. Teologicznomoralne podstawy ingerencji medycznych*. Kraków: Wydawnictwo SCJ.
- Wróbel, Józef. 2010. “Problematyka bioetyczna w obrębie psychologii i psychiatrii.” *Roczniki Teologii Moralnej* 59 (4): 67–90.
- Wróbel, Józef. 2017. “Filozoficzno-teologiczny i eklezjalny kontekst poszukiwań bioetyków katolickich.” *Symposium* 26 (1): 107–40.