

Pszichológus etika házi dolgozat

Takács Boglárka ([prezzy@nytud.hu](mailto:prezzy@nytud.hu))

A nem gyógyászati célú központi idegrendszeri beavatkozásokról

---

## 1. Neuroetika és augmentáció

Az idegtudomány haladása során egyre inkább olyan területekre jut, amelyek egészen a közelmúltig leginkább csak a tudományos-fantasztikus irodalom tárgykörébe tartoztak. Mára viszont nemcsak hogy valóságosá válik mindez, de szó szerint húsba vágó dilemmákat vet fel; nem csoda, hogy az idetartozó filozófiai ág, a neuroetika is rohamosan fejlődik. Amellett, hogy számos szakcikk – és újabb kötet – foglalkozik a bioetika e sajátos válfajával<sup>1</sup>, a nagyközönség érdeklődését mutatja, hogy már több népszerű, kimondottan neuroetikára specializálódott blog is létezik<sup>2</sup>.

Számos izgalmas kérdést lehetne körüljárni, a hiperaktivitás gyógyszeres kezelésétől az autizmus genetikai alapjainak vizsgálatáig. Jelen dolgozat témája azonban olyan, ami nemcsak a közeljövőben, de már most érint valamennyiünket: a nem gyógyászati célú beavatkozásokról lesz szó. (Csak érzékeltetésül, mennyire is aktuális a téma: Sandel (2004) szerint „Kérdés, mennyire szeretnénk olyan társadalomban élni, ahol a szülők kényszerítve érzik magukat, hogy temérdek pénzt költsenek arra, hogy a teljesen egészséges gyermekeik néhány centivel magasabbak legyenek?”, mindezt azután, hogy maga közölte: az Egyesült Államokban a forgalomba kerülő humán növekedési hormon több mint 40%-a már ma is ilyen felhasználásra kerül.)

Tipikus működésünkön folyton-folyvást javítani szeretnénk, még akkor is, ha bőven az egészséges övezetbe tartozik. A reggeli álmoságot kávéval-teával küzdjük le, egyesek súlyokat emelgetnek szabadidejükben, mások plasztikai sebészhez mennek. Itt rögtön megmutatkozik két fontos különbség: az első, hogy nyugati gondolkodásunkba olyan mélyen beleivódott a test-lélek dualizmus, hogy példának okáért egy zsírleszívást sokkal kevésbé tartunk a személyiséggel kapcsolatosnak, mint egy látogatást a pszichoterapeutánál. (Triviálisnak tűnik az ellentét, pedig ki tudja, mennyire létezik egyáltalán: az idegtudomány testrepresentációval kapcsolatos újabb eredményei legalábbis elbizonytalanítják az embert.) A második pedig az, hogy egy kiadós adag kávé elfogyasztása egyáltalán nem „medikalizált”, szemben azzal a cselekedettel, amikor ugyanazt a hatóanyagot koffeintabletták formájában juttatjuk a szervezetünkbe. Sokan azért fogyasztanak lelkesen gyógynövénytermékeket, mert úgy gondolják, azok „természetesek” és nem rendelkeznek mellékhatásokkal. Pusztán a hatóanyag olyan prezentációja, amely az orvosláshoz kapcsolja, meghatározza azt, hogyan gondolkodunk róla, hogyan érzünk vele kapcsolatban. (Helman, 2003)

Ahogy a gyógyszerelés egyre köznapiabbá vált, megjelent az öngyógyítás is; ismert probléma a vénnyel nélkül kapható szerek nem rendeltetésszerű fogyasztása. Azonban ez legtöbbször „klasszikus” testi problémákra korlátozódik<sup>3</sup>, csak a legszűkebb közelmúltban indult terjedésnek a különböző pszichiátriai készítmények, pl. hangulatjavítók, abúza. Joggal merülhet fel bennünk, hol a határ: létezik-e olyan funkciójavító beavatkozás, ami már végképp annyira extrém, hogy valaki csak orvosi célból, a szükség által kényszerítve vetné alá neki magát<sup>4</sup>.

A jelenleg létező beavatkozások – legyenek azok farmakológiaiak vagy akár fizikaiak – eredeti célja csaknem minden esetben orvosi. De ez nem törvényszerű, és a közeljövőben várhatóan megváltozik; főleg azoknak az összegeknek a hatására, amiket az amerikai hadsereg pumpál a katonák teljesítményfokozásának a kutatására<sup>5</sup>. Ebből is látszik, hogy a politika (a szó *policy-making* értelmében) nagy hatást gyakorol a bioetikai állásfoglalásokra, és viszont.

Egyfelől a bioetikához nem feltétlenül kapcsolódó területek döntéshozása egyre inkább olyan következményekkel jár, amelyeket a bioetikai szakmai közösség nem hagyhat szó nélkül; másrészt az utóbbi csoport szakvéleményei már specifikus bioetikához kapcsolódó döntéshozáshoz vezethetnek. Az Egyesült Államokban egy bioetikai elnöki tanácsadó testület (a The President's Council on Bioethics) létrehozásával mindez mára többé-kevésbé intézményesült is. Viszont a politika érdekek mentén szerveződik, és bizony a bioetikával kapcsolatban is fel-felmerül a kérdés: *cui podest?* Talán nem véletlen, hogy az említett testület állásfoglalásai, Bush elnök irányvonalához illeszkedően, meglehetősen konzervatívak, és néhol a vallással kacérkodnak.

Bármennyire is szeretnénk, nem tudjuk a kérdés politikai és vallási vetületeitől elválasztani az etikait és a pszichológiáit (vagy specifikusan a pszichológus etikait); így mielőtt áttekintenénk, milyen mozgásteret biztosítanak a mai rendelkezések és etikai útmutatók a pszichológusnak az idegrendszeri augmentáció etikájával kapcsolatban, muszáj lesz kitérnünk ezekre is.

## 2. Politika és bioetika

Francis Fukuyama (2002/2003) népszerű politológus, közgazdász és közíró *Poszthumán jövődönk* címmel egy egész könyvet szentelt a biotechnológia társadalomra gyakorolt hatásának; ezzel a nem hivatásos bioetikusok közül talán a legnagyobb hatást gyakorolta a területre. Érdemes tehát áttekintenünk, hogyan gondolkodik a mi kérdésünkről.

Fukuyama a leghatározottabban elutasít minden pusztán javító célú eljárást: „A határ meghúzásánál az egyik nyilvánvaló szempont a terápiás, illetve a tökéletesítő célú beavatkozások közötti különbségtétel, ugyanis míg az előbbiekkal kapcsolatos kutatások bátorítást érdemelnek, az utóbbiak vonatkozásában nincs helye az engedékenységnak.” (277. o.) A szerző attól tart, a biotechnológia felhasználása ahhoz vezethet, hogy az emberek elveszítik emberi lényegüket. „De nem vagyunk a végtelenségig képlékenyek, és az állandó elemek – *különösen a fajunkra jellemző érzelmi magatartásformák* – olyan biztos alapot jelentenek, amely lehetővé teszi, hogy potenciálisan az összes emberi lényvel kapcsolatot teremtsünk.” (290. o., kiemelés tőlem) Mi a probléma ezzel az érveléssel? Fukuyama elgondolását már számos szempontból kritizálták; nem is csoda, hiszen a hivatásos bioetikusokat leértékelő kijelentéseivel és azokkal az állításaival, hogy a tudósoktól anyagilag is függnek, valószínűleg szándékosan is provokálta őket. Most csak egy ellenvetést tennék, ami habár nem döntő súlyú, az eddigi bírálók – javarészt nem pszichológusok – figyelmét elkerülte. Mint a fentebbi idézetből is látszik, Fukuyama nagyon fontosnak tekinti a „normális emberi érzelmek” (sic!) meglétét, ezt érzéletes gondolat kísérletekkel támasztja alá. Elképzelteti az olvasóval azt, hogy egy lakatlan szigeten tartózkodik egy oroszlántestű, de emberi érzelmekkel rendelkező lényvel, és egy oroszlánérzelmekkel rendelkező embertestű lényvel. Természetesen mindenki az előbbivel társalkodna szívesebben. (Habár valószínűleg ebbe az is belejátszik, hogy az oroszlánok az emberrel szemben rendszerint ellenségesek – képzeljük el ugyanezt a helyzetet kutyával vagy macskával, mindjárt nem lesz olyan egyértelmű.) Valamint emlékezteti az olvasót a Star Trek sorozat Spockjára, aki a végtelékig racionális és egyáltalán nem emocionális. Itt azonban az érvek kifejtése meglepő fordulatot vesz, Spock ugyanis „Ha valami jót kínálna számunkra, talán elfogadnánk, de a legcsekélyebb hálát sem éreznénk, ugyanis tudnánk, hogy viselkedése csupán racionális számítás és nem jóindulat következménye. (...) És ha a körülmények arra kényszerítenének, hogy saját magunk megmentése érdekében megöljük őt (...) nem éreznénk iránta több sajnálatot, mintha bármely más értékes tárgyat, például egy autót veszítenénk el.” (229-230. o.)

A pszichológia azonban ismer hasonló rendellenességeket. Az alexitímia az érzelmi tudatosság hiánya, az ilyen személyek nem tudják értelmezni saját érzelmeiket (Goleman, 1995/2003). Az Asperger-szindrómára pedig a társas megismerés zavarai, többek között a társas-érzelmi reciprocitás hiánya jellemzőek. Valójában az Asperger-

szindrómával élő embereket gyakran hasonlítják éppen Spockhoz (Attwood, 1998/2002)!

Voltaképp a modern kognitív idegtudomány többek között éppen arra mutat rá, hogy a „normalitás” mint fogalom gyakran értelmezhetetlen (vagy inkább haszontalan), és csak „tipikusan” ill. „atipikusan” fejlődő rendszerekről beszélhetünk. Párhuzamot vonhatunk a modern ökológia fülke-fogalmával is: nem a legerősebb marad fenn, mert semelyik faj sem lehet mindenben a legerősebb; hanem az, amelyik megtalálja azt a módot, ahogyan legjobban illeszkedik a környezetébe. Pl. több autizmus-kutató foglalt állást amellelt, hogy az autizmus egyes magasan funkcionáló formái nem feltétlenül tekinthetők fogyatékoságnak, inkább eltérő kognitív stílusnak, és hogy a fogyatékoság-címkére csak azért (és addig) van szükség, amíg a társadalom elvárásai meg nem változnak<sup>6</sup> (Baron-Cohen, 2000; Happé, 1999).

### 3. Bioetika és politika

Azt már láttuk, mit gondolnak a politológusok a bioetikáról, de mit gondolnak a bioetikusok a politikáról? Az American Journal of Bioethics szaklap nemrégiben helyt adott egy az emberi fejlesztés (*augmentation*) etikájának témakörében zajló vitának. Frances Kamm (2005) vitaindító cikke Michael Sandel (2004) írására reflektált. Sandel véleménye azért is figyelemreméltó, mert ő a cikk megírásakor tagja volt az Egyesült Államok bioetikai elnöki tanácsadó testületének, így közvetlenül befolyásolhatta az e kérdéssel kapcsolatos törvényhozást. Kollégái e minőségében is bírálták.

Sandel megkülönbözteti azt a fajta fejlesztést, amelyik olyan tulajdonságokat hoz létre, amelyek természetes körülmények között is előállnak – pl. átlagos intelligenciájú embereket átlagosnál magasabb intelligenciájúvá tenni – és azt, amelyek nem, pl. ilyen lenne az élettartam mesterségesen többszörösére hosszabbítása. Mégis mindkettőt elítélendőnek tartja, és az ilyen beavatkozásokat élesen megkülönbözteti a betegségek kezelésére szolgálóktól. A társadalmi felelősséget hangsúlyozza: mivel képességeinkért nem teljes mértékben magunk vagyunk felelősek, ez a közös vonásunk megnöveli az egymás iránt érzett szolidaritásunkat. Elvégre ki kötne biztosítást (ami szintén egy kollektív felelősségvállalási forma), ha tudná, hogy biztosan nem érheti baleset? Elítéli még az ilyen beavatkozások motivációját is, ami szerinte rendszerint a természet feletti uralom (*mastery*) elérése.

Kamm (2005) hibásnak tartja ezt a fajta érvelést – szerinte a tettek motivációja nem a tettek megengedhetőségére, hanem a cselekvő jellemére enged csak következtetni. Fontos-e, hogy egy tudós azért végez orvostudományi kutatásokat, mert jobbá szeretné tenni embertársai életét, a természetet akarja igába hajtani, pénzre és hírnévre vágyik, vagy egyszerűen csak szereti a munkáját? Sandel (2004) gondolatmenete ráadásul gyakran a gyógyító célú orvostudományra is vonatkozik, elvégre az is beavatkozik a természetbe; ezt maga is elismeri, de kiemeli, hogy az esetben az előnyök nagyobbak, mint a hátrányok. Mivel lehetne ezt bizonyítani? Kamm szerint az érveket három nagy csoportba lehet sorolni. Az első a közgazdaságtanból ismert csökkenő határháson elvével operál: minél jobb állapotban van valaki, annál kevesebb örömet leli állapotában, így a rosszabb állapotban lévőket érdemes segíteni. A második az ún. „prioritarianizmus” – morális szempontból előnyösebb azokat segíteni először, akik abszolút értelemben rosszabb helyzetben vannak. A harmadik pedig azt emeli ki, hogy különbséget tehetünk aközött, hogy valaki relatív deprivált helyzetben van, de még nem éri kár, és aközött, hogy tényleges kárt is szenved. De ezen érvelések egyike sem bizonyítja azt, hogy a fejlesztés előnyei (még ha nem is olyan nagyok, mint a gyógyításéi) túl kicsinyek ahhoz, hogy a természet feletti uralom elérését, mint motivációt ellensúlyozzák.

Kamm szerint Sandel fogalomhasználata máshol is homályos: engedélyezi, hogy a természet „adományait” (sic!) gyakorlással vagy képzéssel fejlesszük, de azt nem, hogy ugyanezt a hatást például gyógyszerekkel éri el; pedig a természet adományait mindkettő ugyanolyan mértékben változtatja meg, így ezeknek az etikátlanná nyilvánítására

Sandel érvelése nem elégséges.

Kamm megkülönböztet *ex ante* és *ex post* fejlesztést: az előbbi a személy világra jövele előtt történik meg, az utóbbi utána. Ez a distinkció a szülők gyermekeik iránti érzelmeinek tárgyalása céljából fontos (ami egyébként a bioetikusok kedvelt témája, lásd pl. Levick, 2004 terjedelmes eszmefuttatását a szülők klónozott gyermekekhez való feltételezett viszonyulásáról). Ha a beavatkozás még azelőtt megtörténik, hogy a gyermek megszületne, az nem evidenciája annak, hogy a szülő nem szereti a gyermekét 'úgy, ahogy van'. De Kamm sem teljesen megengedő: olyan beavatkozásokat, amelyek az emberi méltóságot sértenék, elutasít. Például még ha jót is akarunk valakinek, akkor sem engedhető meg, hogy úgy módosítsuk, hogy a lelki békéje érdekében egyes „szörnyű igazságok” elfogadására ne legyen képes. Viszont kiemeli, hogy az emberi méltóság tiszteletben tartásából nem következik, hogy morálisan elítélendő „megtervezünk” emberek tulajdonságait. (Gondoljunk csak arra, saját magunk megváltoztatását *a priori* elítéljük-e.) De itt óvatosságra int: abból, hogy természetesen a bármilyen szempontból megtervezett emberek személyes méltóságát tervezettségük nem befolyásolja, nem következik, hogy maga a tervezés helyes. Hiszen ha tiszteljük azoknak a méltóságát, akik jogsértés áldozatai lettek, még nem következik, hogy bátorítjuk a jogsértést! És abból, ha valaki számára lehetséges lesz gyermekét megtervezni, nem adódik, hogy ha ezt valamilyen okból nem teszi meg, már nem is fogja szeretni őt.

Viszont Kamm szerint Sandel nem említi az egyik legsúlyosabb problémát, amely valóban komoly érv a választható beavatkozások ellen. Ez pedig a „képzelőerő hiányából” fakad. Ha az ember belegondol, gyermekét milyennek szeretné látni, általában egy meglehetősen korlátozott ideálkép jelenik meg lelki szemei előtt. Az egyértelműen jó tulajdonságok itt felidézett spektruma nem túl széles; kimaradhat számos olyan vonás, amely pozitív lehet, illetve vonások olyan kombinációi, amelyek intuitíve nem vezetnek jó eredményre, de valójában igen. (Gondoljunk ismét az ökológiai fülkékre, vagy akár az Asperger-szindrómára.) És természetesen arról sem esett szó, ezek a beavatkozások jelenleg, ill. a belátható jövőben mennyire lesznek biztonságosan végrehajthatóak.

Habár Kamm (2005) vitacikkének fogadtatása inkább pozitív volt, sokan emeltek ki olyan tényezőket, amelyekre nem fordított figyelmet. Ashcroft (2005) szerint ilyen a kontextus hatása. Természetesen lehet logikai következményrelációkkal operálni, de a társadalmi vonatkozásokat nem lehet említés nélkül hagyni, ha a gyakorlatban alkalmazható eredményekre szeretnénk jutni. Például a jelenlegi amerikai társadalomban az, hogy a gyermek jó állást találjon, fontosabb a szülők számára, mint a gyermek önmegvalósítása, és ez nyilván jelen vita szempontjából sem semleges. Martin (2005) is hasonlóan érvel, és elkerülhetetlennek tartja, hogy ezeket a gyerekeket egyes szülők egyfajta státusszimbólumként kezeljék. Kiemeli azt is, hogy a cselekvések önmagukban hordozhatnak jelentést, például bizonyos eljárások végrehajtása azt jelezheti, hogy akiken ez nem ment végbe, ők kevésbé értékesek. Trachtman (2005) szerint viszont az efféle aggodalmak túldimenzionáltak, mivel az orvosi gyakorlat azt mutatja, hogy még a legtöbb sikerrel kecsegtető beavatkozásoknak sem veti alá az emberek többsége magát; bármely eljárást „a társadalom nagy szegmensei utasítanak el”, még ha kimondottan gyógyító célú is (pl. a kemoterápia). Liao (2005) pedig arra mutat rá, hogy vannak, akik természetes készségüknél fogva hajlamosak az öncsalásra, akkor önekik nem jár ki az emberi méltóság?

Többen arra hívták fel a figyelmet, hogy ezek az eljárások jelenleg még számos kockázattal járnak. Coors (2005) a genetikai beavatkozásokra koncentrálva kifejtette, hogy a legtöbb tulajdonságot gének rendkívül sűrű egymástól függésben működő hálózata hozza létre, így elvileg is sokkal egyszerűbb rendellenességeket (főleg egygénese rendellenességeket!) kijavítani, mint az alapállapoton fejleszteni, és az utóbbira irányuló törekvések már többször kudarcot vallottak. Ilyen a p53 gén nagy port felkavart esete: ennek a génnek a sérülése számos rákos megbetegedés hátterében megjelenik. De amikor a kutatók ezen felbuzdulva olyan egereket állítottak elő, amelyeknek a szervezetében ennek a génnek az expresszióját a normális többszörösére növelték, az egerek valóban nem lettek rákosak, de jóval

hamarabb mutatták az öregedés jeleit. És mivel az emberek ezekkel a kockázatokkal általában nem számolnak, a beavatkozások támogatói mögött viszont várhatóan jelentős anyagi források fognak állni, óvatosságra van szükség. Mindezek ellenére a szerző nem foglal állást a teljes tiltás mellett, csak a szigorú szabályozás fontosságát emeli ki.

Schwartz (2005) szerint azt sem állíthatjuk, hogy a gyógyító célú beavatkozások minden esetben többet használnak, mint a fejlesztő-tökéletesítő célúak: képzeljünk el egy kisfiút, aki enyhe asztmával küzd, és ő a legalacsonyabb az osztályban (még ha nem is kórosan alacsony). Valószínűleg az utóbbit nagyobb problémának érzi. (Viszont Sandel, 2004 eredeti cikke ugyanebben a kérdésben említi a fegyverkezési versenyt, mint párhuzamot – ha mindenki magasabb akar lenni, a korábbi magasak lesznek alacsonyak! De itt megint vissza lehet utalni Trachtman, 2005-re: a népesség jelentős hányada valószínűleg nem fogja követni a trendet.)

Robert (2005) Kamm-mal szemben foglal állást: szerinte az amerikai bioetika túlhangsúlyozza a személyes autonómiát, olykor más értékek – pl. a szolidaritás – rovására, itt erre láthatunk példát. Bármi, ami a szolidaritás ellenében hat, nem kis hatásvadászattal „az emberi társadalom alapzatát ássa alá”. Felrója még Kammnak a téma korábbi feldolgozásainak elhanyagolását is, és többek között saját műveit ajánlja figyelmébe. (Kérdés, mennyire jogos ilyesmit számon kérni egy olyan cikken, ami maga is reagálásként született.)

Strong (2005) már jóval komolyabban vehető ellenvetéssel él: kiemeli, hogy a vita során több alkalommal is vallásos fogalmakra történt szekuláris köntösben hivatkozás, de ezek a fogalmak vallásos kontextusukból kiemelve erejüket veszítik. Ilyen az „adományok” elképzelése – ki adta ezeket? Egy antropomorfizált 'Természet'? Ha Sandel pusztán metaforaként akarta használni az adomány szót, akkor világossá kellett volna tennie, pontosan miben is áll a képességeink és az adományok közötti párhuzam. Ha viszont nem tekintjük az emberi tulajdonságokat adománynak, akkor Sandel érvelése igen ingataggá válik. Ez az eljárás már csak azért is kényes, mert miután a köznapi gondolkodásban jelen vannak a vallásos elképzelések, az olvasó számára hatásosnak tűnhet Sandel mondanivalója. A hatás oka viszont nem maga a logika, hanem „egy konkrét vallásos tradíció” előfeltevéseinek implicit felhasználása. Ez Strong szerint általánosságban is jellemző az elnöki bioetikai tanács munkájára.

Ez a téma Sandel cikkének az elnöki bioetikai tanácsadó testületben lefolytatott megbeszélésén is előkerült<sup>7</sup>: Sandel a kérdésekre válaszul fő motivációnak valóban a vallást nevezte, de ragaszkodott ahhoz, hogy szekuláris értelme is van álláspontjának.

#### 4. Szekuláris és vallásos etika

A fentebbiekből is látható, hogy ebben a vitában a világi és a vallásos etika nem különül el kellőképp – ez mindkét oldalról nézve hiba, mert az eltérő nézetrendszerek más-más implicit előfeltevésekkel élnek, így könnyű elhamarkodott következtetéseket levonni. Mint az előbbieken már szó esett róla, Strong (2005) élesen bírálja Sandel (2004) cikkét emiatt. De abba a hibába sem szabad esni, hogy vagy „a vallást” mint homogén tömböt kezeljük, vagy pedig egy bizonyos vallásos tradíciót a többi fölé emelve úgy véljük, hogy csak az élhet ilyenfajta befolyással. Mai európai szemmel nézve furcsa, de az Egyesült Államokban egyre inkább bevett, hogy bizonyos vallások képviselői konkrét tudományos problémákban is állást foglalnak, rendszerint a tudósokkal szemben (lásd például a kreacionizmus-vitákat). Ez leginkább az Amerikában elterjedt fundamentalista protestáns keresztény irányzatokra jellemző; valószínűleg őrájuk gondolhatt Strong is, amikor nem kívánta nevesíteni a „konkrét vallási tradíciót”. Viszont mint a jelenlegi vita is mutatja, más vallások ugyanígy befolyásolhatják a világi bioetikusok nézeteit – ez különösen jól látszik Trachtman (2005) hozzászólásában. A gyakorló orvos, és vélhetőleg ebbéli minőségében véleményt nyilvánító Trachtman Kamm (2005) álláspontja mellett érvel azzal, hogy nehéz megállapítani mások viselkedése alapján a motivációikat: „Még a vallásos viselkedés megítélésében is (...) a szándékot általában megfelelően tartjuk vagy

figyelman kívül hagyjuk, feltéve, ha a kimenetel nem káros az egyénre vagy a közösségre nézve.” Ez viszont fontos teológiai különbség a kereszténység és a zsidóság legtöbb irányzata között. A zsidóság számára valóban a tettek, a jó cselekedetek az elsődlegesek, a belső meggyőződés kevésbé hangsúlyos<sup>8</sup>, a kereszténységben – különösen annak protestáns irányzataiban – viszont éppen fordítva áll a helyzet, az üdvözülés pusztán a hit által is lehetséges. (Habár a zsidóságban az üdvözülés fogalma mint olyan nem értelmezhető, annak megfelelője, az eljövendő világban való rész csak a tettek által érdemelhető ki.)

Trachtmanra nagyobb hatást gyakorolt a zsidó vallási tradíció – pl. a Pirké Ávotból idéz –, de írása egyértelművé teszi, hogy nem a zsidó vallásjog, hanem a szekuláris etika képviselőjében fejt ki véleményét. Viszont ilyenkor tisztában kell lennie azzal, mikor melyiknek az előfeltevéseivel dolgozik – csakúgy, mint Sandelnek –, mert így a felek könnyen elbeszélhetnek egymás mellett. (Érdekességképp: a halacha, a zsidó vallási jog általában engedékenyebb bioetikai kérdésekben, mint akár a katolikus egyház, akár a fentebb említett protestáns felekezetek – például keretei között a fentebb gyakran előkerült „a természetet nem szabad igába hajtani”, ill. annak vallásos verziója, „I-tent játszani” érvelés teljesen értelmezhetetlen<sup>9</sup>.)

## 5. Mit tegyen a pszichológus?

Milyen útmutatással szolgál a Pszichológusok Szakmai Etikai Kódexe?

Az általános alapelvek között több idevágó rész is szerepel, de mivel ezek az elvek általánosak, „átfogó, iránymutató és szemléletformáló jellegük miatt nem tekinthetők szankcionálási alapnak” (3. o.). Új helyzetekben ezekből kiindulva lehet konkrét követelményeket megfogalmazni, amelyek aztán később bekerülnek a törzsszövegbe is. Itt többek között a következők találhatók:

„Magatartása, tevékenysége diszkriminációmentes, ezen belül mentes bármely megkülönböztetéstől (...) vagyoni (...) helyzet szerinti különbségtételtől.”

„A közjó érdekében önzetlenül is tevékenykedik.”

„Betartja ígéreteit, és nem vállal betarthatatlan kötelezettségeket.”

(Érdekességképp: a „primum nil nocere” elve is ebben a részben található.) De lássuk a már szankcionálható pontokat is!

„Szakmai felelősséggel tartozik tehát mind a személy, mind a társadalom érdekeinek megóvásáért.” (2.2.)

„Kizárólag új eljárásokra (...) sem diagnosztikus, sem terápiás munkát nem alapoz.” (3.12.)

„Tartózkodik minden olyan megnyilvánulástól (...) amely (...) negatív diszkriminációt alkalmaz (...) gazdasági-szociális helyzet (...) alapján.” (4.2.)

„Mindenkor közérthetően, világosan fogalmaz, a félreértés, félremagyarázás lehetőségét igyekszik kizárni. Erre figyelmet fordít a nem pszichológus (pl. orvos, mérnök, pedagógus, közgazdász) képzettségű kollégáknak vagy a megbízóinak adott jelentéseiben, ill. szóbeli közléseiben is.” (7.1.)

„Fellép minden olyan szakmai vagy szakmán kívül álló megnyilvánulással szemben, amely a pszichológusi tevékenységet (...) jogosulatlan és túlzó elvárásokkal kompromittálja.” (8.2.)

A többi pont még ennyire sem releváns. Megállapíthatjuk tehát, hogy amíg a pszichológus nem tesz a társadalom érdekeinek ellenében, nem diszkriminálja az embereket vagyoni helyzetük szerint, és nem kizárólag új eljárásokra alapoz, hanem azokat a régebbiekkel is összehasonlítja, sőt túlzott elvárásokat sem ébreszt az emberekben saját lehetőségeivel kapcsolatban, akkor tulajdonképpen nem követ el vétséget kizárólagosan augmentatív célú beavatkozásokkal. (Persze a pszichológus mint olyan, nem írhat gyógyszert stb. tehát mozgástere meglehetősen szűk; de a nagyközönség tájékoztatásában fontos szerepe van.) Viszont a fentebbi szerzők némelyike szerint ezek a

beavatkozások felborítják a társadalmi rendet, diszkriminálják a rossz anyagi helyzetben lévőket, és túlzott elvárásokat ébresztenek. Ezt viszont, mint fentebb részletesen kifejtettük, más bioetikusok ugyanennyire vitatják. Tehát a pszichológus leginkább csak a saját mérlegelésére hagyatkozhat a helyzet megítélésében.

Vizsgáljuk meg egy rokon szakma etikai irányadóját, a Magyar Orvosi Kamara Etikai Kódexét is!

„Az orvosnak meg kell tagadnia az olyan kezelést, amelyet jogszabály tilt.” (6.)

„A tájékoztatás során az orvos (...) nem ígérhet olyan eredményt sem, amelyre az orvostudomány adott állása szerint nem számíthat.” (12.)

„Az orvosnak fel kell emelnie szavát a dohányzás, az alkoholizmus, a doppingszerek és a drogfogyasztás minden formája ellen.” (152.)

Itt lényegesen kevesebb kapcsolódó pontot találunk, de azok között szerepel a doppingszerek explicit tilalma. Indoklás nem szerepel, de a dohányzással és az alkoholizmussal egy sorba állítás azt sugallja, hogy itt az egészségkárosító hatás a fő probléma. Kérdés, hogy ha az egészségkárosító hatások elhanyagolhatóak (mint pl. az éberséget fokozó modafinil esetében<sup>10</sup>), akkor hogyan dönthet az orvos: felírhatja-e ezt egy olyan páciensének, aki tulajdonképpen nem is beteg?

Mint fentebb láthattuk, a kategorikus tiltás mellett felhozott érvek többsége gyenge lábakon áll, de az tagadhatatlan, hogy az orvosi döntéshozatalt egy ilyen állásfoglalás nagymértékben leegyszerűsíti. (Itt meg kell jegyezni, hogy a Bioetikai Elnöki Tanács is így döntött.) Hogy ezzel csak a probléma kialakulását odázzuk-e el, vagy tényleg jót teszünk, egyelőre nem lehet eldönteni. Mindenesetre az megfontolandó, hogy minél veszélytelenebbek az eljárások, annál inkább kikerülnek az orvos (pszichológus, stb.) illetékességi köréből – pl. gyógyszerek árusítása vénnyel/vény nélkül/patikán kívül –, így lehet, hogy egészen másnak kell majd a problémával szembesülnie.

#### Jegyzetek:

1 – A Dana Press 2006-ban egyenesen neuroetikai témájú *kötetsorozat*ot indított!

2 – Például a Brainethics (<http://brainethics.wordpress.com/>) vagy a Neuroethics & Law Blog (<http://kolber.typepad.com/>).

3 – Habár a határvonal nem éles, gondoljunk csak a fájdalomcsillapítókra és az altatókra/stimulánsokra!

4 – Itt most eltekintünk az olyan önkéntesen vállalt beavatkozásoktól, amelyek egyértelműen valamely rendellenességből származnak, pl. a testképzavar egyes súlyos eseteiben az önkéntes amputációra (Bayne és Levy, 2005).

5 – A Wired 2007 márciusi száma egy olvasmányos áttekintést és riportot tartalmaz a témában Noah Shachtman tollából, „Be More Than You Can Be” címen. <http://www.wired.com/wired/archive/15.03/bemore.html>

6 – addig viszont mindenképp, mert így vehetik igénybe a csak fogyatékosok számára nyújtott szolgáltatásokat, amikre a jelen körülmények között gyakran szükségük van.

7 – az ülés jegyzőkönyve itt olvasható: <http://www.bioethics.gov/transcripts/dec02/session4.html>

8 – Olyannyira, hogy a bibliai héberben a „hit” fogalma nem is használatos, a rendszerint így fordított אמונה (emuná) szó jelentése „hűség”; mindenképpen cselekvéshez vezető diszpozíció.

9 – „(...) a génmanipulációval kapcsolatban felmerült, néhányan úgy vélik, hogy vétek I~tent játszani. A zsidó álláspont viszont az, hogy mivel az ember I~ten képmása az értelem, morál és szabad akarat tekintetében, ezért arra rendeltetett, hogy I~ten társa legyen a teremtésben. I~ten szándékosan befejezetlenül hagyta a világot, a célból, hogy bevonja az embert a jobbá tételébe. Tehát a betegséget, szegénységet és más szenvedést nem kell passzívan elfogadni. Épp

ellenkezőleg, az I~ten akarata, hogy az ember lépjen közbe és jobbita meg a világot. Zsidó szemszögből tehát nemhogy nem vétek I~tent játszani, hanem valójában kötelesség, amennyiben ez a világ és az emberiség javára történik.” - Yirmiyahu Ullman ortodox rabbi, <http://ohr.edu/yhiy/article.php/2954>

10 – Vagy legalábbis nem ismertek, de ez minden gyógyszerre azonos mértékben áll.

#### Irodalom:

Ashcroft, R. E., Gui, K. P. (2005): Ethics and World Pictures in Kamm on Enhancement. *The American Journal of Bioethics*, 5(3): 19-20.

Attwood, T. (1998/2002): *Különös gyerekek.* (Asperger's Syndrome: a Guide for Parents and Professionals.) Budapest: Animus. Ford. Simó Judit.

Baron-Cohen, S. (2000): Is High-Functioning Autism/Asperger's syndrome necessarily a disability? *Development and Psychopathology*, 12: 489-500.

Bayne, T., Levy, N. (2005): Amputees By Choice: Body Integrity Disorder and the Ethics of Amputation. *Journal of Applied Philosophy*, 22(1): 75-86.

Coors, M. E., Hunter, L. (2005): Evaluation of Genetic Enhancement: Will Human Wisdom Properly Acknowledge the Value of Evolution? *The American Journal of Bioethics*, 5(3): 21-22.

Farah, J. M. et al (2004): Neurocognitive enhancement: what can we do and what should we do? *Nature Reviews Neuroscience*, 5: 421-425.

Fukuyama, F. (2002/2003): *Poszthumán jövődönk.* (Our Posthuman Future.) Budapest: Európa. Ford. Tomori Gábor.

Goleman, D. (1995/2003): *Érzelmi intelligencia.* (Emotional Intelligence.) Budapest: Háttér. Ford. N. Kiss Zsuzsa.

Happé, F. (1999): Autism: cognitive deficit or cognitive style? *Trends in Cognitive Sciences*, 3 (6): 216-222.

Helman, C. (2001/2003): *Kultúra, egészség és betegség.* Budapest: Medicina. Ford. Berghammer Rita.

Kamm, F. M. (2005): Is There a Problem With Enhancement? *The American Journal of Bioethics*, 5(3): 5-14.

Kass, L. R. (2003): *Beyond Therapy: Biotechnology and the Pursuit of Human Improvement.* The President's Council on Bioethics.

Levick, S. E. (2004): *Clone Being. Exploring the Psychological and Social Dimensions.* Oxford: Rowman & Littlefield.

Liao, S. M. (2005): Are „Ex Ante” Enhancements Always Permissible? *The American Journal of Bioethics*, 5(3): 23-25.

Martin, A. M., Peerzada, J. (2005): The Expressive Meaning of Enhancement. *The American Journal of Bioethics*, 5(3): 25-27.

Miller, F. G., Brody, H. (2005): Enhancement Technologies and Professional Integrity. *The American Journal of Bioethics*, 5(3): 15-17.

Robert, J. S. (2005): Human Dispossession and Human Enhancement. *The American Journal of Bioethics*, 5(3): 27-29.

Sandel, M. J. (2004): The Case Against Perfection. *The Atlantic Monthly*, April 2004.

Schwartz, P. H. (2005): Defending the Distinction Between Treatment and Enhancement. *The American Journal of Bioethics*, 5(3): 17-19.

Strong, C. (2005): Lost in Translation: Religious Arguments Made Secular. *The American Journal of Bioethics*, 5(3): 29-31.

Trachtman, H. (2005): A Man is a Man is a Man. *The American Journal of Bioethics*, 5(3): 31-33.