

## Przeszczepienie twarzy – dylematy tożsamości

Face graft - the dilemmas of identity

Bożena Gulla

Instytut Psychologii Stosowanej UJ

Wydział Nauk Społecznych Papieskiej Akademii Teologicznej w Krakowie

### Wprowadzenie

Dokonany niedawno w eksperymentalnym oddziale chirurgii plastycznej kliniki w Cleveland (Ohio, USA) przez dr Marię Siemionow (źródło internetowe 1), lekarkę i naukowca polskiego pochodzenia, zabieg przeszczepienia prawie całej twarzy, jest czwartym takim zabiegiem na świecie, jednak obejmującym ok. 80% obszaru tkanek. W związku z tym, że twarz jest postrzegana jako najważniejszy element identyfikacji człowieka, pojawiają się pytania, czy jej przeszczepienie nie zaburzy tożsamości osoby, poddanej temu zabiegowi? Jakie będą psychologiczne konsekwencje zabiegu? Czy możliwe jest zaakceptowanie obcej twarzy jako własnej? Jakie są granice ingerencji w obszary ludzkiego ciała i psychiki? Czy tak głęboka ingerencja nie wzbudza wątpliwości etycznych (Nowacka, 2003)?

Na odpowiedź trzeba będzie trochę

poczekać, gdyż informacje o przebiegu pooperacyjnym nie są udostępniane publiczności. Jednak już teraz można zwrócić uwagę na szereg ważnych aspektów psychologicznych transplantacji. Warto dokładniej przyjrzeć się tej sytuacji, bo może ona łatwo stać się źródłem sensacyjnych komentarzy, a także budzić wątpliwości, na ile względy estetyczne mogą stać się uzasadnieniem dla poważnych interwencji chirurgicznych. Ze względu na unikatowy charakter wykonanej transplantacji, możliwe jest jedynie budowanie prawdopodobnych hipotez, ale nie pewne przewidywanie jej psychologicznych następstw. Dr Siemionow (źródło internetowe 2) mówi o swojej pacjentce po transplantacji twarzy: „Pacjentka akceptuje siebie taką, jaka jest w tej chwili. Nie może siebie zobaczyć, w sensie dosłownym, bo ma uszkodzony wzrok po wypadku. Jednak myjąc twarz, czuje, że ma usta i nos, a poprzednio wyczuwała w tych miejscach otwory (...). Wreszcie

## Przeszczepienie twarzy – dylematy tożsamości

jest w stanie oddychać przez własny nos, ma poczucie węchu i smaku, może jeść stałe pokarmy, a nie tylko płynne”.

### **Operacja kosmetyczna a normalizująca**

Operacja plastyczna (kosmetyczna) różni się zdecydowanie od przeszczepienia twarzy, przywracającego normalny wygląd (operacja normalizująca). Motywacja do operacji plastycznej wynika z niezadowolenia ze swego naturalnego wyglądu, na którym osoby dążące do operacji są często nadmiernie skupione. Kształt twarzy w poważnym stopniu determinuje ich najczęściej bardzo zaniżoną samoocenę. Reagują silnym cierpieniem psychicznym na drobne i niezauważalne dla otoczenia defekty. Jedynym wskazaniem do dokonania operacji plastycznej jest zatem zmiana psychologiczna (Sheridan, 1998). Przyszli pacjenci często kompulsywnie dążą do korekty urody i przybliżenia się do pożądanego, idealnego stanu. Zdarza się, że są niezadowoleni z odbiegającego od ich wyobrażeń efektu zabiegu. Cel, jakim jest zmiana wyglądu, może wynikać z tendencji autoagresywnych i autodestrukcyjnych. Zdarzają się również motywacje wynikające z dysmorfofobii (zaburzenia oceny własnego ciała) lub innych schorzeń psychicznych.

Natomiast motywację do transplantacji twarzy stanowią nie tylko problemy psychologiczne, ale również społeczne i biologiczne, związane z zaburzeniami funkcji fizjologicznych. Defekty wyglądu przyszłych biorców nie są nieznaczne, a rzeczywiście bardzo poważne. Osoby o zdeformowanej twarzy nie mają wygórowanych oczekiwań (źródło

internetowe 3), nie dążą do ideału, nie chcą poprawiać urody, chcą jedynie odzyskać wygląd umożliwiający im normalne funkcjonowanie i życie w otoczeniu społecznym. Ich motywacja do dokonania transplantacji jest silna, ale nie ma charakteru kompulsywnego. Samoocena osób kwalifikowanych do transplantacji twarzy i poziom ich koncentracji na własnym wyglądzie są adekwatne do trudnej sytuacji, w jakiej się znaleźli oraz licznych ograniczeń i utrudnień związanych z deformacją twarzy.

### **Problemy współczesnej transplantologii**

Dzięki szybkiemu rozwojowi techniki medycznej, transplantologia stała się dziedziną dynamicznie się rozwijającą (Walter, 1992, Danovith, 2007). Przynosi ratunek ludziom dotkniętym chorobami niemożliwymi do wyleczenia innymi metodami (transplantacje serca, serca i płuc, nerek, wątroby, szpiku kostnego, rogówki, dłoni i wiele innych). Jednocześnie jest to dziedzina medycyny bardzo zależna od klimatu społecznego, jaki ją otacza. Wydarzenia podważające zaufanie do lekarzy natychmiast wpływają na spadek liczby narządów zgłaszanych do transplantacji. Transplantologii towarzyszy wiele sensacyjnych doniesień medialnych, obawy o nadużycia i handel narządami. Prezentowane są postawy zarówno wspierające ideę transplantacji, jak i jej przeciwnie (Sanner, 2006). W Polsce, mimo szeroko zakrojonych akcji edukacyjnych Poltransplantu (Barcikowska, 1997, Becler, 1997), nadal nawet w środowiskach medycznych, nie mówiąc o szerokim społeczeństwie, są osoby mające wątpliwości co do kryteriów śmierci

mózgu, niechętnie wyrażeniu zgody na pobranie narządów od nich lub osób bliskich po ich zgonie. Krążą pogłoski o możliwym wpływie wszczepionego organu na osobowość biorcy, o zmianie psychicznej, reorganizacji osobowości, przekazie wspomnień dawcy osobie poddanej transplantacji, pamięci komórkowej i cielesnej (*cellular and body memory*, Pearsall, Schwartz, Russek, 2002), „przeszczepieniu duszy”. Taka atmosfera nie ułatwia pracy lekarzom zgłaszającym dawców, a zwykła wygoda i chęć uniknięcia kłopotów w swoim środowisku społecznym dodatkowo hamują proces oceny możliwości pobrania narządów od osób zmarłych, zwłaszcza w małomiasteczkowych szpitalach.

Jednak równocześnie własną misję na rzecz transplantologii prowadzą w swoim otoczeniu i w mediach ci, którzy żyją dzięki wszczepionym organom i tkankom. Biorcy mają poczucie zobowiązania, wdzięczności za „darowane” życie (Storkebaum, 1997). Starają się urealniać wyobrażenia społeczne na temat przeszczepiania, służą pozytywnym przykładem, motywują do deklarowania zgody na pobranie narządów po śmierci. Między innymi dzięki ich odwadze cywilnej, możliwości techniczne współczesnej medycyny przekładają się na uratowanie wielu istnień, nawet w niezbyt sprzyjającym transplantacjom klimacie społecznym.

Przeszczepienie tkanki twarzy ma charakter najbardziej spektakularny. Związek między zmianą wyglądu a zmianą osobowości narzuca się jako bardzo prawdopodobny, a wyobrażenia możliwych skutków tej operacji i ich wykorzystania do różnych, na przykład przestępczych, celów,

same się nasuwają. W świadomości odbiorcy tych sensacyjnych informacji pojawia się wizja Frankensteina, z jego szpetotą i odpowiednio diabolicznym charakterem. Poza tym nasuwają się skojarzenia niezwiązane z ratowaniem życia, czemu służą inne transplantacje, lecz z poprawą wyglądu, korekcją rysów niezadawalających estetycznie. Człowiekowi, który spogląda na siebie w lustrze z poczuciem bezwzględnie pewnego rozpoznawania własnej osoby, trudno sobie wyobrazić przystosowanie się do zupełnie nowego wyglądu. Taka możliwość budzi niepokój, gdyż to, co wydaje się stałe i pewne, przestaje być stabilne, naruszając poczucie bezpieczeństwa i przewidywalności. Czy to możliwe, że spotkany na ulicy obcy człowiek odezwie się głosem bliskiego przyjaciela z przeszczepioną cudzą twarzą, a znajoma twarz w autobusie okaże się przynależać do obcej osoby? Na czym w tym płynnym, nietrwałym świecie można się zatem oprzeć, skoro wszystkie pewniki zawodzą? Z tych właśnie powodów rozważania społeczeństwa i dziennikarzy koncentrują się raczej na problemach związanych z tożsamością biorcy, a nie na zagadnieniach związanych z immunologią, kluczowych dla powodzenia każdej transplantacji.

### **Życie po transplantacji**

Warto na chwilę zatrzymać się nad tym, jak żyje się osobom z przeszczepionymi organami i tkankami. Zastosowana metoda leczenia stawia im duże wymagania dotyczące współpracy pooperacyjnej i stylu życia. Po transplantacji istnieje przede wszystkim konieczność stałych, systematycznych kon-

troli lekarskich, niekiedy, jak w przypadku transplantacji serca, o inwazyjnym i uciążliwym dla pacjenta charakterze. Przyjmowane do końca życia leki immunosupresyjne skutkują zmniejszeniem odporności organizmu i zwiększają ryzyko zachorowań na infekcje, a nawet na choroby nowotworowe. Dodatkowo powodują liczne i nieprzyjemne objawy uboczne. Biorca musi prowadzić higieniczny tryb życia, unikać dużych skupisk ludzkich, odpowiednio się odżywiać, zrezygnować z używek. Stale obecne jest zagrożenie odrzuceniem wszczepionego graftu. Jednak równocześnie poprawia się kondycja fizyczna i tolerancja wysiłku (transplantacja serca), znika konieczność uciążliwych dializ (transplantacja nerki), możliwy jest powrót do samodzielnego życia bez codziennej pomocy (transplantacja rogówki), a w wielu wypadkach nawet do pracy zawodowej (Kanavagh, Yacoub, Kennedy, Austin, 1999). Transplantacja jest, co należy wyraźnie podkreślić, jedyną i ostateczną metodą leczenia w stanach, w których inne metody już nie skutkują. Nie stosuje się jej wówczas, gdy możliwa jest poprawa stanu zdrowia w inny sposób. Jest też trudną, wymagającą metodą leczenia, gdyż osoby nieumiejące zachować reżimu pooperacyjnego są narażone na bardzo poważne powikłania. Trudno zatem sobie wyobrazić użycie tej trudnej i obciążającej pacjenta metody leczenia z innych powodów, niż bardzo istotne względy medyczne. W wypadku przeszczepienia twarzy wskazaniem do operacji nie jest zagrożenie śmiercią fizyczną, lecz równie dramatyczne zagrożenie „śmiercią społeczną”, które w konsekwencji może przecież prowadzić do śmierci fizycznej.

### Skutki psychospołeczne deformacji twarzy

Wygląd zewnętrzny, a szczególnie wygląd twarzy, stanowi o atrakcyjności interpersonalnej człowieka. Osoba piękna jest równocześnie spostrzegana jako dobra, szlachetna i odwrotnie – osobie brzydszej łatwo przypisuje się negatywne cechy charakteru (Aronson, Wilson, Akert, 1997). Przystojnemu więcej się wybacza, minimalizuje jego przewinienia, usprawiedliwia postępowanie, podczas gdy brzydszego tak łatwo nie zwalnia się z domniemanej odpowiedzialności za negatywne uczynki (Memon, Vrij, Bull, 2003). Urodziwa twarz przyciąga, skłania do podtrzymywania kontaktu, wzbudza przyjazne uczucia, wabi seksualnie. Cały wygląd zewnętrzny, a więc strój, uczesanie, makijaż ułatwiają określenie przynależności do grupy społecznej i decydują o odpowiednim ustosunkowaniu się do człowieka. Twarz odzwierciedla uczucia, wyraża nastrój, przeżywane emocje, ułatwia proces komunikowania się z otoczeniem przez wzbogacenie go o elementy niewerbalne. Stanowi najbardziej indywidualną, osobistą część ciała. Pozwala rozpoznać człowieka, toteż jej podobizna jest zamieszczana w urzędowych dokumentach. Wszystkie te, tak istotne z osobistego, jak interpersonalnego i społecznego punktu widzenia, znaczenia twarzy, ulegają utracie wówczas, gdy dojdzie do jej poważnego zniekształcenia.

Przeszczepienie twarzy jest zabiegiem wykonywanym z powodu jej znacznego uszkodzenia. Poważna deformacja twarzy uniemożliwia dotkniętej nim osobie normalne funkcjonowanie, przede wszystkim w sferze społecznej. W relacjach z ludźmi

osoba dotknięta oszpeceniem może obawiać się litości, reakcji obrzydzenia, odrazy. Zdeformowana twarz jest źródłem wstydu, skrępowania, zażenowania, uczucie upokorzenia zmusza do jej ukrywania, zwykle nie pozwala na opuszczanie domu i przebywanie pomiędzy ludźmi. Szramy i ubytki tkanek mogą utrudniać lub uniemożliwiać mówienie, kontrolowanie reakcji takich jak łzawienie czy ślinienie, pogarszać sen, jeśli uszkodzeniu uległy powieki, stwarzać trudności w spożywaniu posiłków. Utrata wzroku, niekiedy węchu lub słuchu, zmienia całkowicie codzienne funkcjonowanie człowieka. Twarz staje się źródłem bólu i dolegliwości wynikających m.in. z procesu bliznowacenia, który unieruchamia mimikę, uniemożliwia niewerbalne komunikowanie uczuć, niekiedy nawet poruszanie głową. Uniemożliwia lub utrudnia werbalne porozumiewania się.

Adekwatnymi do zaistniałej sytuacji są reakcje przygnębienne, stany subdepresyjne, lękowe, niepokój, zaburzenia snu, koszmary senne, utrata łaknienia, spadek energii i witalności. Są to objawy bezpośrednio związane ze zdarzeniem powodującym uszkodzenie twarzy oraz skutkami w postaci jej zniekształcenia i mają charakter zaburzeń adaptacyjnych. Może jednak dojść do głębszych objawów psychopatologicznych, szczególnie do stanu kryzysu psychologicznego z następczymi objawami PTSD (Heitzman, 2002), zwłaszcza, że zniekształcenie twarzy zwykle jest rezultatem jakiegoś traumatycznego wydarzenia (poparzenia, pogryzienia, pobicia). Głębokość objawów psychopatologicznych zależy w dużej mierze od okoliczności zdarzenia, ale także od indywidualnych dyspozycji (takich jak we-

wnętrzna integracja, odporność psychiczna, poczucie koherencji – *sense of coherence*, giętkość psychiczna, sprężystość - *resilience*) oraz dostępnego wsparcia społecznego.

### Zmiany w zakresie poczucia tożsamości

Fakt okaleczenia staje się źródłem zmian związanych z poczuciem tożsamości. Zmienia się Ja fizyczne – ktoś, kto był przystojny, a przynajmniej wyglądał przeciętnie, staje się w swoim odczuciu odrażający, odmienny. Zmienia się Ja społeczne, gdyż z racji okaleczenia wiele ról społecznych staje się dla osoby dotkniętej uszkodzeniem twarzy niedostępne (na przykład praca zawodowa), wykonanie zadań wypływających z innych ról staje się trudniejsze (prowadzenie domu), a jeszcze z innych poszkodowany sam się wycofuje (na przykład z ról seksualnych w związku z poczuciem utraty atrakcyjności). Zmienia się także Ja psychiczne, gdyż towarzyszące oszpeceniu przeżywanie poczucia straty jest źródłem poczucia bezradności i bezsilności.

Toteż zmiany w zakresie tożsamości (Sokolik, 1993) są procesem, z którym człowiek dotknięty okaleczeniem musi się borykać już w okresie przedoperacyjnym. Najczęściej zachowuje równowagę psychiczną dzięki oparciu swojego poczucia tożsamości nie na wyglądzie fizycznym, zwłaszcza na wyglądzie twarzy, ale na identyfikowaniu się z tym, co myśli, czuje, ze światem wewnętrznych przeżyć. Że tworzenie takiej identyfikacji jest możliwe, świadczą psychologiczne badania osób otyłych, które nie utożsamiając się z własnym ciałem unikają luster, odbicia w wystawach sklepów,

## Przeszczepienie twarzy – dylematy tożsamości

„są tym, co czują lub myślą”. Budowanie identyfikacji w oparciu o czynniki wewnętrzne, a nie zewnętrzne, ułatwia adaptację po operacji, gdy przeszczepiona twarz jest inna niż własna. Trzeba także zwrócić uwagę na to, że ta nowa twarz nie jest biorcy całkowicie obca. Pozostaje ten sam, co poprzednio, układ kostny, kolor oczu, niekiedy kształt uszu, czy zębów, zależnie od stopnia uszkodzenia. Elementy stałe dla identyfikacji to także ton głosu (o ile nie został uszkodzony aparat nadawczy mowy), sylwetka, gestykulacja, sposób zachowania, co przede wszystkim ułatwia otoczeniu rozpoznanie osoby z przeszczepioną twarzą. Zachowania osób bliskich stanowią ważny element sprzyjający zachowaniu przez osobę poddaną przeszczepieniu twarzy poczucia ciągłości własnego Ja. Zmiany, które zachodzą w związku z transplantacją, są dla pacjenta korzystne – po ustąpieniu dolegliwości pooperacyjnych poprawia się zasadniczo wygląd, ustępują wcześniejsze uciążliwości, staje się możliwe zmniejszenie izolacji społecznej oraz powrót do ról życiowych. Korzystne zmiany jest znacznie łatwiej zaakceptować niż poprzednie, związane z oszpecceniem. Z identyfikacji związanej ze zniszczoną twarzą i tożsamości osoby oszpeconej, nietrudno zrezygnować na rzecz bardziej pozytywnej.

Badania nad Ja realnym i Ja idealnym w chorobie dowodzą, że Ja realne sprzed choroby nabiera wartości Ja idealnego. Człowiek z okaleczoną twarzą nie marzy zatem, by wyglądać przystojnie, a jedynie, by móc pokazać się ludziom bez wzbudzania uczucia przerażenia czy wstrętu, by nie zwracać na siebie uwagi. To zasadnicza różnica, która nie pozwala traktować

przeszczepienia twarzy jak zabiegu upiększającego, nie chodzi bowiem o poprawę wyglądu subiektywnie odczuwanego jako nieatrakcyjny, lecz o przywrócenie możliwości funkcjonowania społecznego człowiekowi z obiektywnie stwierdzanymi poważnymi zniekształceniami twarzy. Osoba dotknięta urazem twarzy cierpi z tego powodu tak bardzo, że skłonna jest zaakceptować każdą zmianę przywracającą jej „ludzki” wygląd. Trzeba zwrócić uwagę, że nie może sama dokonać wyboru twarzy, nie dba o jej urodę, zdaje się na zbieg czynników sytuacyjnych, decydujących o przeszczepieniu jej tej właśnie, a nie innej tkanki.

Zmiany cielesne, jeśli dokonują się stopniowo, są stosunkowo łatwe do zaakceptowania. Zmarszczki, łysienie, przygarbienie i inne związane z wiekiem przeobrażenia, nie zaburzają poczucia tożsamości zdrowego psychicznie człowieka. Znacznie trudniejsza jest adaptacja do zmian nagłych, w dodatku niekorzystnych. Najtrudniejsze do zintegrowania z całością osobowości są te zmiany, które dewaluuja człowieka w oczach innych. Zatem moment okaleczenia niesie ze sobą większe ryzyko dezintegracji tożsamości, niż moment odzyskania twarzy, z którą stopniowo w bezpiecznych warunkach pacjent może się oswajać, zwłaszcza że w tym czasie towarzyszy mu wsparcie i pomoc personelu medycznego i bliskich. Zdecydowanie zatem oszpeccenie niesie większe ryzyko zaburzeń tożsamości, niż zabieg odtwarzający normalny wygląd.

Doświadczenia chirurgii plastycznej pokazują, że pożądane zmiany wyglądu twarzy są łatwo asymilowane przez osoby

im poddane (korekcje uszu, nosa, implanty policzków, lifting twarzy, transplantacje włosów). Tzw. „kobieca telewizja” pokazuje programy, w których zakwalifikowane do nich osoby poddane są licznym zabiegom chirurgicznym w krótkim czasie (korekta twarzy, zębów, odsysanie tłuszczu, laserowa korekcja wady wzroku), a równocześnie otrzymują nowy wygląd dzięki pracy stylistów i wizażystów. Co więcej, warunkiem programu jest nieużywanie lustra, aby uzyskać efekt zaskoczenia zaistniałą zmianą. Oczywiście kandydaci do programów przechodzą proces kwalifikacji, jednak ponieważ transformacja jest często ich wielkim marzeniem od lat, zostaje szybko zaakceptowana. Niewątpliwie przeszczepienie twarzy stanowi zmianę poważniejszą, jednak przez osobę dotkniętą oszpecceniem jest ogromnie wyczekiwane i pożądane, co niewątpliwie ułatwia akceptację uzyskanych dzięki operacji rezultatów.

Tożsamość człowieka to poczucie wewnętrznej spójności, ciągłości i niepowtarzalności (Grzelak, Jarymowicz, 2002). Nie tworzy się ona w oparciu jedynie o wygląd fizyczny, lecz wewnętrzne, osobiste doświadczenie, przeżycia, przez doświadczenia społeczne wynikające z pełnionych ról życiowych. Nie każdy jest skłonny do autoanalizy i stawiania sobie pytań dotyczących Ja, toteż stopień samowiedzy jest różny. Sytuacja, w jakiej znajdują się ludzie ze zdeformowaną, a potem przeszczepioną twarzą, nasuwa takie pytania. Paradoksalnie zatem, sytuacja transplantacji twarzy może sprzyjać pogłębieniu wiedzy o sobie i poczucia osobistej identyfikacji.

## **Zagrożenia związane z przeszczepieniem twarzy**

Proces kwalifikacji do transplantacji twarzy wymaga, jak każda poważna operacja, oceny stanu psychicznego kandydata (Krupka-Matuszczyk, Klir-Sołdatow, 1995, Gulla, 2006). Jeśli jest to osoba, która przejawia adekwatne do sytuacji reakcje emocjonalne, udaje jej się zachować równowagę psychiczną i nie wykazuje poważnych zaburzeń tożsamości, jej kwalifikacja do zabiegu nie budzi wątpliwości. W przypadku poważniejszych zaburzeń psychicznych zwykle lekarze transplantolodzy nie decydują się na chirurgiczną interwencję w tym momencie, lecz na wcześniejsze podjęcie leczenia psychiatrycznego i psychoterapii. Pacjent powinien być przygotowany do przeszczepienia twarzy przez omawianie z nim różnych aspektów tej sytuacji i konsekwencji operacji, również osoby bliskie muszą zostać poinformowane o właściwym postępowaniu po operacji. Dokonuje się licznym prób określania czynników ryzyka niewystarczającej współpracy posttransplantacyjnej (Bunzel, Leaderach-Hofman, 2000), starając się przewidzieć możliwe trudności pooperacyjne i zapobiegać im. Aby uzyskać właściwą współpracę, kandydat do transplantacji powinien być szczegółowo poinformowany odnośnie procedury medycznej i jej możliwego ryzyka, musi zaakceptować tę metodę postępowania, a jego oczekiwania dotyczące wyniku przeszczepienia i zmiany pooperacyjnej powinny być urealnione, co pozwoli mu na podjęcie przemyślanej decyzji. Te wszystkie działania, razem z opieką psychologiczną po transplantacji, minimalizują ryzyko poopera-

## Przeszczepienie twarzy – dylematy tożsamości

cyjnych zaburzeń tożsamości. Wypowiedzi lekarzy opiekujących się obecnie pacjentką z przeszczepioną twarzą dowodzą, że starają się oni zwiększyć szansę na zaakceptowanie przeszczepionej twarzy jako własnej, dokonując stopniowego zapoznawania z nią pacjentki – najpierw za pośrednictwem zmysłu dotyku, a dopiero później, gdy znikną pooperacyjne opuchlizny i zasinienia, ukażą jej nową twarz w lustrze.

Doświadczenia związane z transplantacjami innych narządów wskazują, że dla pooperacyjnej adaptacji i przyjęcia przeszczepionego narządu jako własnego, nie jest korzystne posiadanie informacji o osobie, będącej dawcą. To uruchamia wyobraźnię, rozmyślenia o charakterze i upodobaniach dawcy, obawy przed „przejęciem części jego osobowości”, identyfikowanie się z dawcą, może też skutkować poczuciem winy za jego śmierć. W przypadku tej transplantacji anonimowość dawcy jest tym ważniejsza, że własna twarz ukazuje jego obraz i pobudza myślenie o nim. Dlatego warto nakłaniać biorcę do przyjęcia postawy pozwalającej na traktowanie przeszczepu jako tkanki, zbędnej już temu, kto zmarł, a dającej szansę na życie temu, kto tego potrzebuje oraz zmniejszenie tendencji do personifikowania tego daru, przy zachowanym szacunku i wdzięczności wobec dawcy i jego rodziny, która wyraziła zgodę na pobranie.

Zagrożenia, jakie wiążą się z przeszczepieniem twarzy, są związane głównie z uciążliwościami immunosupresji, zagrożeniem chorobami w związku z obniżoną odpornością organizmu, koniecznością uzyskania ze strony pacjenta zdyscyplinowanego podejścia do stałego leczenia, przyjęcia

odpowiedniego trybu życia. Zmotywowanie pacjenta do prawidłowej współpracy to bardzo ważne zadanie zespołu leczącego.

Innym zagrożeniem jest – wobec wielkiego zainteresowania mediów – ryzyko przyjęcia przez osobę po transplantacji twarzy zastępczej roli „gwiazdy mediów”. Niezbędne zatem jest wspieranie jej powrotu do normalnych ról życiowych i codziennych obowiązków. W relacjach z innymi ludźmi biorca powinien być przygotowany na ewentualne trudności, na przykład ciekawość osób znajomych, niepewność partnera co do jego tożsamości, czy przejściowe zdystansowanie się własnych dzieci.

Po przeszczepieniu twarzy może pojawić się problem z samoświadomością, gdyż nowa twarz może początkowo nie pobudzać tego stanu. Samoświadomość sprzyja przestrzeganiu norm i pobudza do refleksji nad własnym zachowaniem. Czy zatem zachodzi ryzyko zachowań niezgodnych z normami społecznymi? Nie, gdyż osoby, które dzięki trudnym i skomplikowanym procedurom medycznym odzyskały zdrowie, stają się zwykle wrażliwsze na cierpienia innych, skłonne do pomagania, zmienia się ich hierarchia wartości, wzrasta tendencja do działań prospołecznych, a nie tych związanych z łamaniem norm. W miarę stopniowej adaptacji pooperacyjnej przeszczepiona twarz w coraz większym stopniu będzie akceptowana jako własna i pobudzi procesy samoświadomości.

Nie można oczywiście całkowicie wykluczyć sytuacji, gdy poważna zmiana własnego wyglądu może po operacji skutkować znacznymi trudnościami w zintegrowaniu wszystkich aspektów. Ja. Prawdopodobnie



jednak może to dotyczyć osób o wyjściowo słabym poczuciu własnej tożsamości, niepewnej samoocenie, braku samoakceptacji i pełnym sprzeczności obrazie siebie. Wydaje się jednak, że odpowiednia kwalifikacja do operacji może temu zapobiec przez rozpoznanie poważniejszych deficytów tożsamości, niż te będące skutkiem okaleczenia i i podjęcie wcześniejszej psychoterapii o charakterze integrującym.

Natomiast zagrożenia związane z przejęciem tożsamości dawcy, całkowitą zmianą charakteru biorcy, mają charakter sensacyjny, medialny, gdyż przeszczepienie twarzy nie stanowi „przeszczepienia osobowości”. Traktowanie transplantacji twarzy jako przygrywki do transplantacji mózgu, czy przeszczepienia pamięci, które są zabiegami ze sfery science-fiction i mają zupełnie inny wymiar etyczny, nie ma nic wspólnego z rzetelnym naukowym podejściem.

Obawy przed wykorzystaniem możliwości, jakie daje transplantacja twarzy, dla celów typowych dla świata przestępczego (jak w słynnym filmie z Johnem Travoltą) wydają się być również niezwykle mało prawdopodobne.

## Wnioski

Przeszczepienie twarzy jest skomplikowaną operacją, przywracającą zdrowie i możliwość normalnego funkcjonowania ludziom dotkniętym ciężkimi okaleczeniami, a przez to w rzeczywistości ratującą ich życie, nie tylko w sensie fizycznym, ale szeroko rozumianym wymiarze biopsychospołecznym. Jest to zabieg umożliwiający normalne życie, a nie rodzaj operacji plastycznej; re-

konstrukcja chirurgiczna ważnej części ciała człowieka, a nie korekta kosmetyczna na życzenie niezadowolonego ze swego wyglądu klienta.

Zagrożenie utratą poczucia osobistej tożsamości jest niewielkie, gdyż zabieg przynosi wiele korzyści i przywraca możliwość normalnego funkcjonowania. Prawdopodobne są przejściowe trudności adaptacyjne po tej operacji, które jednak przy dobrym kwalifikowaniu i przygotowaniu do transplantacji oraz późniejszej właściwej opiece psychologicznej powinny zostać pokonane. Uniknięcie zagrożeń dla tożsamości jest możliwe przez właściwy proces kwalifikacji do transplantacji, w trakcie którego zidentyfikowane zostaną indywidualne problemy psychologiczne kandydata do transplantacji twarzy i ustalony zostanie odpowiedni sposób prowadzenia psychologicznego po operacji, którego zadaniem będzie zintegrowanie nowego wyglądu z całością wiedzy biorcy o sobie i jego osobistej tożsamości.

Przeszczepienie twarzy stanowi wyzwanie dla psychologów (Clarke, Butler, 2004), którzy mogą efektywnie wspomagać proces kwalifikowania do tej operacji, ułatwiać przystosowanie biorcy po transplantacji i zapobiegać ewentualnym trudnościom adaptacyjnym. Pacjent nie może oczekiwać, że jego twarz po transplantacji będzie wyglądała tak, jak poprzednio. Warto pracować nad takimi procedurami, które ułatwią osobom skazanym na przeszczepienie twarzy adaptację, jak na przykład symulacje komputerowe, prezentujące stopniowo zmieniający się wygląd, ale przede wszystkim nad tym, by kryzys psychologiczny związany z oszczeniem i deformacją twarzy stał się źródłem

rozwoju osobistego, a świadomość własnej wytrwałości i odwagi w dążeniu do powrotu do normalnego życia wbudowała się trwale w samowiedzę osoby z przeszczepioną twarzą. Ponieważ dla tożsamości jednostki ważne są informacje od otoczenia, budujące Ja odzwierciedlone, praca z bliskimi biorcy może ułatwić właściwe postępowanie z ich strony, otwartą komunikację z osobą poddaną transplantacji i zapobiec narastaniu trudności adaptacyjnych. Wypracowanie modelu pracy psychologicznej z pacjentem i jego otoczeniem jest potrzebne również ze względu na prawdopodobieństwo szybkiego upowszechnienia się w medycynie, nie tylko eksperymentalnej, zabiegu transplantacji twarzy (jak kolejny, jednoczesny przeszczep części twarzy i obu dłoni dokonany we Francji). Tym bardziej, że życie po transplantacji twarzy stawia szereg wymagań, do których musi dostosować się biorca, prowadząc zdyscyplinowany tryb życia, co może mu ułatwić współpraca z przygotowanym do tych oddziaływań psychologiem.

Ludzie pozbawieni własnej twarzy są w stanie wiele znieść i zaakceptować, by uniknąć cierpienia fizycznych i psychicznych, a także uzyskać szansę na powrót do życia społecznego. W adaptacji nie pomaga im szum medialny wobec tej problematyki, a jedynie rzetelne i rzeczowe prezentowanie problemu transplantacji twarzy jako złożonej procedury medycznej o charakterze terapeutycznym. W medialnym zainteresowaniu problematyką warto pamiętać o szanowaniu prywatności pacjentów, tak bardzo potrzebnej im do prowadzenia normalnej egzystencji.

## Streszczenie

Tematem pracy są psychologiczne aspekty procedury transplantacji twarzy. Rozważania koncentrują się zarówno na potencjalnych zagrożeniach, jakie zabieg niesie dla tożsamości biorcy, jak i na zagrożeniach realnych, związanych z koniecznością przestrzegania reżimu pooperacyjnego, stanowiącego warunek powodzenia przeprowadzonej operacji.

**Słowa kluczowe:** transplantacja, twarz

## Summary

The main topic of this work are the psychological aspects of face transplantation procedure. The reflections focus on the potential threats to the identity of the recipient, and on real dangers, connected with the necessity of obeying the postoperative discipline which is a condition of the success of the operation.

**Key words:** transplantation, face graft

## Bibliografia

1. Aronson E., Wilson T. D., Akert R. (1997). Psychologia społeczna. Serce i umysł. Poznań: Wyd. Zys i S-ka.
2. Barcikowska B. (1997). Aktualnie obowiązujące uregulowania prawne dotyczące pobierania i przeszczepiania komórek, tkanek i narządów. *Poltransplant*, 1, 3–4.
3. Becler R. (1997). Czynności prowadzące do orzeczenia śmierci mózgowej.

- Poltransplant, 7–8.
4. Bunzel B., Leaderach-Hofman K. (2000). Solid organ transplantation: are there predictors for post transplant noncompliance? A literature review. *Transplantation*, 70 (5), 711-716.
  5. Clarke A., Butler P.E.M. (2004). Face transplantation: psychological assessment and preparation for surgery. *Psychology, Health & Medicine*, 9 (3), 31-325.
  6. Danovitch G.M. (2007). *Podręcznik transplantacji nerek*. Lublin: Wyd. Czelej.
  7. Grzelak J.Ł., Jarymowicz M. (2002). *Tożsamość i współzależność*. [W:] Strelau J. (red.), *Psychologia. Podręcznik akademicki*. Gdańsk: GWP.
  8. Gulla B. (2006). Psychologiczne aspekty transplantacji serca. *Psychiatria Polska*, 2, 323–334.
  9. Heitzman J. (2002). Reakcja na ciężki stres i zaburzenia adaptacyjne. [W:] Bilikiewicz A., Pużyński S., Rybakowski J., Wiórka J., *Psychiatria*. Wrocław: Wyd. Medyczne Urban & Partner.
  10. Kanavagh T., Yacoub M.H., Kennedy J., Austin P.C. (1999). Return to work after heart transplantation: 12-year follow up. *The Journal of Heart and Lung Transplantation*, 18 (9), 846–851.
  11. Krupka–Matuszczyk I., Klir–Sóldatow T. (1995). Zaburzenia psychiczne u pacjentów przygotowywanych do transplantacji serca. *Polski Przegląd Chirurgiczny*, 67, 11, 1183–1185.
  12. Memon A., Vrij A., Bull R. (2003). Prawo i psychologia. Wiarygodność zeznań i materiału dowodowego. Gdańsk: GWP.
  13. Nowacka M. (2003). *Etyka a transplantacje*. Warszawa: Wyd. Naukowe PWN.
  14. Pearsall P., Schwartz G.E.R., Russek L.G.S. (2002). Changes in heart transplant recipients that parallel the personalities of their donors. *Journal of Near-Death Studies*, 20 (3), 191-206.
  15. Sanner M.A. (2006). People's attitudes and reactions to organ donation. *Mortality*, 11 (2), 133-149.
  16. Sheridan Ch.L., Radmacher S. (1998). *Psychologia zdrowia. Wyzwania dla biomedycznego modelu zdrowia*. Warszawa: Wyd. IPZ PTP.
  17. Sokolik M. (1993). *Psychoanaliza i Ja. Kliniczna problematyka poczucia tożsamości*. Warszawa: Jacek Santorski & Co. Agencja Wydawnicza.
  18. Storkebaum S. (1999). *Dar życia*. Warszawa: Bertelsmann Media, Klub Świat Książki.
  19. Walter P.J. (ed.) (1992). *Quality of life after heart transplantation*. Dordrecht (etc.): Kluwer Academic Publishers.
  20. [http://www.przekroj.pl/cywilizacja\\_nauka\\_artykul,3864.html](http://www.przekroj.pl/cywilizacja_nauka_artykul,3864.html), Maria Siemionow: Twarz sukcesu (rozmawiał W. Piasecki)
  21. ([http://www.rp.pl/artykul/2,289620\\_Nowa\\_twarz\\_przywraca\\_\\_do\\_zycia.html](http://www.rp.pl/artykul/2,289620_Nowa_twarz_przywraca__do_zycia.html)), Nowa twarz przywraca do życia (A. Stanisławska)
  22. <http://www.przeszczep.pl/?a=tekst&i-d=944> „Pierwsza na świecie osoba po przeszczepie twarzy: >czuję się jak nowo narodzona<”, Polski Portal Transplantacyjny, serwis Stowarzyszenia „Życie po przeszczepie”

**Adres do korespondencji:**

Dr Bożena Gulla  
Instytut Psychologii Stosowanej UJ  
Ul. Łojasiewicza 4, Kraków