

Jerzy Tofiluk

Etyczne problemy medycyny

Elpis 6/9/10, 43-55

2004

Artykuł został zdigitalizowany i opracowany do udostępnienia w internecie przez Muzeum Historii Polski w ramach prac podejmowanych na rzecz zapewnienia otwartego, powszechnego i trwałego dostępu do polskiego dorobku naukowego i kulturalnego. Artykuł jest umieszczony w kolekcji cyfrowej bazhum.muzhp.pl, gromadzącej zawartość polskich czasopism humanistycznych i społecznych.

Tekst jest udostępniony do wykorzystania w ramach dozwolonego użytku.



ETYCZNE PROBLEMY MEDYCYNY

Wiek XX charakteryzował się olbrzymim postępowaniem w wielu dziedzinach nauki i wręcz trudno wyobrażalnym rozwojem techniki. W sposób szczególny osiągnięcia te znalazły zastosowanie w medycynie. Znaczny postęp genetyki, badania zmierzające do sporządzenia tak zwanej mapy genetycznej każdego człowieka przez poznanie genomu ludzkiego czy struktury makromolekularnej dostarczają wiedzy potrzebnej zarówno do diagnostyki jak i leczenia wielu chorób, często ciągle jeszcze nieuleczalnych. Jednak przy całym podziwie dla osiągnięć ludzkiego rozumu, nie wolno zapominać, że te osiągnięcia stwarzają również liczne zagrożenia poprzez wykorzystanie ich w dziedzinach pozamedycznych, co może stać się przyczyną zagrożenia ludzkiej egzystencji. Wszystko to spowodowało, że zagadnienia dotyczące przyszłości i rozwoju nauk medycznych stały się przedmiotem dyskusji nie tylko w środowiskach lekarzy i ludzi związanych z rozwojem nauk biologicznych, ale także obszarem dyskusji i debat naukowych, społecznych a także często politycznych. Po raz pierwszy do tej dyskusji, jako jedni z najważniejszych, zostali włączeni filozofowie. Zostali oni postawieni na równi z socjologami, psychologami, prawnikami, ekonomistami, a przede wszystkim lekarzami i biologami. Z tej dyskusji zaczęła kształtować się nowa dyscyplina akademicka, jeszcze niejednorodna i niespójna, ale zaczynająca odgrywać coraz większą rolę – bioetyka (gr. *bios* – życie i *ethika* – zespół ocen i norm moralnych). Problematyka tej dyscypliny wydaje się raczej odnosić bardziej do przyszłości niż do przeszłości, czy nawet terażniejszości. Słowo „bioetyka” jest skrótem od wyrażenia „biomedical ethics”. Wraz z upowszechnieniem się terminu „biotechnologia” zaczęto uważać je za skrót wyrażenia „*biotechnological ethics*”. Mimo obecnej popularności zarówno samego terminu, jak i dyscypliny naukowej, wśród uczonych zajmujących się historią bioetyki istnieją rozbieżności na temat autorstwa samego pojęcia. Autorstwo

tego terminu jest przypisywane Andre Hellegersowi, R. van Potterowi¹ czy Davidowi Thomasmowi².

Przed bioetyką zajmującą się poszukiwaniem rozwiązań problemów i zagadnień etycznych dotyczących życia, w sposób oczywisty osiągnięcia medycyny, biologii, elektroniki i techniki stawiają coraz to nowe pytania i problemy. „Bioetyka” jest w jakiejś mierze spadkobierczynią filozofii medycyny oraz etyki medycznej i jej zakres dotyczy publicznych zagadnień ochrony zdrowia, stosunków pomiędzy lekarzami i pacjentami oraz badań naukowych w zakresie medycyny i biotechnologii.

Jak zauważył prof. Jan Hartman, sama nazwa nowej dziedziny predestynuje filozofów, a konkretnie etyków, do dostarczenia pewnych ogólnych ram pojęciowych i teoretycznych oraz formułowania pewnych konkluzji dla prowadzonych dyskusji przy określeniu granic stosowania nowoczesnych technik oraz w dziedzinie deontologii.³ Tak więc bioetyka nie jest tylko domeną środowiska akademickiego, gdyż w znacznym stopniu jest ona dziedziną mającą znaczenie dla świata medycznego. O bioetyce dyskutuje się i prowadzi debaty nie tylko w środowisku etyków, naukowców i lekarzy, ale także w środowisku polityków i ekonomistów. Nie bez znaczenia jest również dyskusja o tych zagadnieniach w środowisku teologów. Mam świadomość tego, że bardzo często słowo „etyka” w środowisku bioetycznym – i nie tylko – oznacza ogół standardów uczciwości i przyzwoitości oraz refleksję, w której są one wypracowywane i komentowane. Natomiast słowo „moralność” dość wyraźnie kojarzona jest z przekonaniem religijnymi i bardzo często właśnie te zagadnienia moralne są pomijane w bioetyce naturalistycznej czy ekologicznej. Tym samym, z góry przesądza się, że bioetyka powinna być wprawdzie nacechowana szacunkiem dla rozmaitych przekonań moralno-religijnych oraz dla rozmaitych obyczajów, lecz sama nie może się w nie angażować, poprzestając na budowaniu warunków uczciwego, demokratycznego i równego współistnienia osób i wspólnot o różnych potrzebach, stylach życia, przekonaniach i możliwościach.

Najprostszy podział zagadnień bioetyki odróżnia zagadnienia ogólnosystemowe związane ze skuteczną i sprawiedliwą ochroną zdrowia

¹ Zob.: A. Filipowicz, *Bioetyka. Dialog w obronie życia*, Warszawa 2002, s. 45-47.

² J. Hartman, *Czym jest dzisiaj Bioetyka?*, „Archeus” 3/2002, s. 7.

³ Zob.: J. Hartman, *Czym jest dzisiaj bioetyka?*, „Archeus” 3/2002, s. 5-15. *Deontologia* – zbiór zasad, przepisów i norm moralnych obowiązujących lekarzy w stosunku do chorych i innych lekarzy. Określa także, między innymi, zasady etyczne badań naukowych.

(system opieki zdrowotnej, zdrowie publiczne), zagadnienia etyczne związane ze stosunkami lekarzy i pacjentów (autonomia pacjenta, prywatność, świadoma zgoda na badania etc.) oraz zagadnienia etyki badań klinicznych i biomedycznych. Przeważającą część tematów bioetyki można spolaryzować pomiędzy „początkiem życia” i „końcem życia” człowieka. Z tego, powyższego, podziału widać, że obszar zagadnień etycznych jest bardzo obszerny i w niniejszym wystąpieniu nie sposób podjąć wszystkich tematów.

I. Lekarz i pacjent

Od samego początku rozważań na temat celów i zadań medycyny oraz roli lekarza zawsze podkreślano potrzebę poszanowania godności pacjenta, który nie być postrzegany jako przedmiot badań, ale zawsze jako osoba. Medycyna jako jedna z dziedzin działalności człowieka zajmuje miejsce szczególne, właśnie dlatego, że w niej nauka i płynąca z niej wiedza łączy się z wartościami nie mającymi nic wspólnego z naukowością i samą nauką. Jedną z podstawowych zasad charakteryzujących stosunek lekarza do pacjenta jest wrażliwość, która w swej istocie nie jest naukowa. To, co nazywamy „ludzkim podejściem”, może być uwzględniane w jakiegokolwiek działalności człowieka, ale w medycynie jest to konieczne, gdyż medycyna nie może istnieć bez wrażliwości, współczucia, czy nawet i współcierpienia. Wrażliwość i współczucie nie oznaczają sentymentalności, ale odczuwane bólu z powodu czyjegoś cierpienia, jak zauważył metropolita Antoni Bloom.⁴ Pacjent nie domaga się od lekarzy, aby ci odczuwali jego ból i cierpienie. On potrzebuje od lekarza twórczej odpowiedzi na swoje cierpienie, odpowiedzi, która będzie wpływała z szacunku lekarza dla tego właśnie pacjenta.

W całej medycynie dostrzega się dzisiaj tendencję do uprzedmiotowienia pacjenta. Postęp techniczny, coraz większe możliwości dokonywania przeszczepów, możliwość modyfikacji w funkcjonowaniu poszczególnych organów człowieka, coraz większa rola aparatury nie tyle oddalają lekarza od pacjenta, co czynią te wzajemne relacje bezosobowymi. Często pacjentowi pozostaje rola biernego i posłusznego wykonawcy zaleceń lub nawet przedmiotu leczniczych zabiegów.

⁴ Zob.: A. Bloom, *Człowieczeskije ciennosti w miedicine*, [w tegoż:] *Trudy*, Moskwa 2002, s. 29.

Wysiłek ze strony lekarzy aby uczynić pacjenta zdrowym, praca nad przywracaniem ładu w chorym organizmie przebiega dziś z użyciem całego zbioru maszyn zastępujących oddychanie, odżywianie, wydalanie i arsenalem specyfików farmaceutycznych. Powstaje w ten sposób funkcjonalny kompleks bio-techno-chemiczny, w którym *bios* – życie organiczne jest tylko częścią, reszta to automat. Coraz częściej przestacza się pacjenta w bezwolny (bo często nieprzytomny) przedmiot dość brutalnych preparacji. Jest to punkt, w którym technologia dominuje nad etyką. A przecież lekarz ma do czynienia z chorym pacjentem, a nie chorym organem, czy szczególnym przypadkiem medycznym. Jak zauważył metropolita Antoni Bloom, który sam był również lekarzem, „medyk, jeżeli jest tylko człowiekiem nauki, zdolnym z zimną krwią, beznamytnie czynić to, czego się od niego wymaga, bez żadnego stosunku do pacjenta, medyk dla którego najważniejszym jest nie pacjent, a jedynie działanie lecznicze, bądź rodzaj lekarstwa czy ingerencji chirurgicznej nie jest lekarzem jakiego zazwyczaj oczekujemy i jakim powinien być”⁵.

Jednak nawet najwrażliwszy lekarz, skryty za przesłoną wielu instrumentów badawczych i terapeutycznych i skupiony na nich, gdyż z nich płynie istotna informacja, z konieczności traktuje pacjenta o wiele bardziej bezosobowo czy wręcz anonimowo. We współczesnej medycynie zanika niezbędną dla wielu ludzi personalną więź oraz ciepło samarytańskiej moralności. Wrażliwość etyczna pod warstwą chłodnej fachowości albo nie ujawnia się, albo przestaje istnieć. Postęp technologiczny, tempo i wielość czynności lekarza czynią zbędnym każdy gest nie prowadzący bezpośrednio do zamierzonego skutku. W dzisiejszej medycynie metodyka zastępuje etykę. Dlatego często się mówi, że lekarz nie popełnia grzechu – co najwyżej błąd.

Często można usłyszeć, że lekarz nie musi być tak zwanym „dobrym człowiekiem”, ale kompetentnym znawcą i sprawnym fachowcem. Jednak przy całym bogactwie i dostatku wszelkiego rodzaju świadczeń terapeutycznych, przy ogromnej ilości pacjentów i wielkiej odpowiedzialności każdy lekarz powinien odczuwać respekt dla godności, autonomii i wolności swoich pacjentów. Zazwyczaj formułuje się następujące normy etyczne obowiązujące w relacjach lekarz – pacjent:

- prymat dobra pacjenta nad interesem lekarza;
- poszanowanie autonomii pacjenta;

⁵ *Tamże*, s. 27-28.

- uczciwa ocena własnych kompetencji przez lekarza;
- lojalność wzajemna lekarza i pacjenta;
- odpowiedzialność lekarza za własne błędy w rozpoznaniu i leczeniu.

II. Problemy etyczne współczesnej medycyny

W ostatnich kilkudziesięciu latach miało miejsce kilka istotnych dla medycyny wydarzeń, które stanowią bardzo poważne wyzwanie nie tylko dla etyki lekarskiej. Wymienię te wydarzenia nie w kolejności chronologicznej, ale dla potrzeb dalszych rozważań.

- 25 lipca 1978 r. w szpitalu w miejscowości Oldham w Anglii przyszła na świat córka Lesley i Johna Brown, której nadano imię Louise. Louise Brown jest pierwszym człowiekiem na świecie, który został poczęty poza organizmem matki. Bardzo ważną informacją z punktu widzenia etyki jest to, że w eksperymencie sztucznego zapłodnienia *in vitro* (w „próbówce”) uzyskano kilkadziesiąt ludzkich zarodków, z których wybrano jeden, wszczepiając go genetycznej i prawnej matce.
- 23 XII 1954 r. miało miejsce pierwsze przeszczepienie nerki w Bostonie. Dawca i biorca byli bliźniakami, dzięki czemu nie nastąpiło odrzucenie przeszczepu.
- W 1967r. dokonano pierwszego przeszczepu serca. Transplantologia stała się popularna już w połowie XX wieku.
- Pod koniec ubiegłego stulecia dokonano udanych prób ze sztucznym sercem, a XXI wiek daje nadzieję na bezproblemowe przeszczepianie wszystkich narządów ludzkich.
- 27 lutego 1997 r. ogłoszono narodziny owcy Dolly w Roslin Instytut w szkockim Uniwersytecie Edynburgu, po eksperymencie Iana Wilmuta i K. Campbella, którzy tradycyjne zapłodnienie zastąpili połączeniem jądra komórkowego z komórki somatycznej (ciała) zwierzęcia z komórką jajową (rozrodczą) pozbawioną jądra komórkowego. Nowy organizm jest taki sam genetycznie jak organizm, z którego wzięto jądro komórkowe. W Roslin Instytut przeprowadzono 277 prób połączenia jądra z komórką jajową, ale tylko 8 połączeń przyniosło rezultat - zaczęły rozwijać się nowe, potomne organizmy. Z ośmiu zarodków przeżył jeden - jagnię owcy, któremu nadano imię Dolly.

- Na początku 2003 r. sekta realian oraz włoski ginekolog Antinori zapowiadali, że w najbliższych miesiącach urodzi się pierwsze sklonowane dziecko. Prawdopodobnie z przyczyn „technicznych” wydarzenie to przesunie się na 2004r.
- 13 lutego 2004r. podano do publicznej wiadomości, że w Korei Południowej klonowano 30 embrionów ludzkich.
- Na początku IV 2002r. Parlament Holandii podjął decyzję o dopuszczalności w określonych warunkach eutanazji.

A) Początek życia

Po ponad dwudziestu pięciu latach od narodzin Luisa Browna, problem zapłodnienia pozaustrojowego nie jest już tak mocno dyskutowany jak wówczas, gdy stanowił on nowość. Dzisiaj, kiedy w wielu już miejscach oferuje się wręcz usługi w tej dziedzinie i można znaleźć w prasie ogłoszenia klinik proponujących dla rodzin nieposiadających dzieci zapłodnienie *in vitro*, problem ten rzadko jest rozpatrywany w kategoriach etyki i znajduje coraz większą aprobatę. Przygotowując się do tego referatu odnalazłem wypowiedź jednego z hierarchów Kościoła prawosławnego, wspomnianego już metropolity Antoniego Blooma, który powiedział, że „jeśli kobieta nie może mieć dziecka w naturalny sposób, to można wziąć nasienie jej własnego męża i tym nasieniem ją zapłodnić i wydaje się mi, że jest to całkowicie prawidłowe”⁶. Trzeba jeszcze tu powiedzieć, że dalszej części wystąpienia, metropolita Antoni wykluczył możliwość zapłodnienia kobiety nasieniem innego, niż mąż, mężczyzny. Wydaje się jednak, że z punktu widzenia zarówno moralności chrześcijańskiej, jak i tajemnicy sakramentu małżeństwa ta opinia może być trudna do zaakceptowania, ponieważ zapłodnienie *in vitro* wiąże się z uśmierceniem tzw. nadwyżki embrionów, którym odmawia się statusu osobowego. Przez wierzącego prawosławnego chrześcijanina małżeństwo nie może być postrzegane tylko jako sposób prokreacji. Prokreacja nie jest najważniejsza w małżeństwie będącym zjednoczeniem w miłości dwóch osób; kobiety i mężczyzny na wzór Chrystusa i Kościoła (Ef 5, 23-25). Mam świadomość, że ten problem – zapłodnienia *in vitro* - bardziej dotyczy moralności małżonków niż etyki lekarskiej, ale nie można było o nim nie wspomnieć.

⁶ A. Bloom, *Woprosy miedicinskoj etiki*, [w tegoż:] *Trudy*, s. 53-54.

Z początkiem życia związane są jeszcze dwa zagadnienia: aborcji i antykoncepcji. Aborcja, która dzisiaj jest nie tylko problemem etycznym, ale również w znacznej mierze społecznym a nawet politycznym, zawsze była postrzegana przez Ojców Kościoła, jak i współczesną teologię moralną, jako zabójstwo. Szacunek dla życia jest w chrześcijaństwie sprawą fundamentalną, wynikającą z wiary, że tylko Bóg jest jedynym Panem życia. Już w *Didache*, dziele pochodzącym z początków II wieku czytamy: „Nie zabijaj, nie cudzołóż, nie uprawiaj pederastii, nie uprawiaj nierządu, nie czaruj, nie truj, nie zabijaj płodu, nie odbieraj życia niemowlęciu”⁷ Chciałbym tu jeszcze wspomnieć o *Apokalipsie Piotra* (137 r.) zawierającej obraz kary dla kobiet, które dopuściły się „spędzenia płodu”⁸. Takich wypowiedzi można odnaleźć w literaturze patrystycznej wiele. W świadomości Kościoła aborcja zawsze była piętnowana jako grzech i dlatego prawo kanoniczne nakłada na osobę dokonującą aborcji karę odłączenia od Eucharystii taką jak dla zabójcy.

Zwolennicy dopuszczalności przerywania ciąży przytaczają cały wachlarz argumentów uzasadniających możliwość aborcji: od przyczyn społecznych, przez uwarunkowania genetyczne decydujące o niesprawności fizycznej lub psychicznej dziecka, aż po zagrożenie życia matki. Jednak w wielu wypadkach te problemy nie powinny być problemami rozpatrywanymi w kategoriach wiary bądź niewiary, czy też moralności, a bardziej w kategoriach czysto medycznych: czy poczęte dziecko będzie żyć, czy umrze podczas porodu, czy da się je wyleczyć...⁹

W kwestii dopuszczalności środków antykoncepcyjnych podobnie jak i o stosunkach intymnych w małżeństwie trudno jest mówić, jeżeli nie zwróci

⁷ *Nauka Dwunastu Apostołów*, nr II/2, [za:] M. Michalski, *Antologia literatury patrystycznej*, Warszawa 1974, I, s. 17.

⁸ *Apokalipsa Piotra*, tamże s. 71.

⁹ W kontekście nauczania Kościoła prawosławnego w kwestii moralnego postrzegania aborcji, należy przytoczyć wypowiedź wspomnianego już wielokrotnie metropolity Antoniego Blooma, która w niektórych środowiskach wywołuje zdziwienie. We wspomnianym już artykule *Woprosy miedicinskoj etiki* metropolita na pytanie o dopuszczalność przerywania ciąży w przypadku, gdy wiadomo, że urodzi się dziecko z poważnymi wadami genetycznymi (niepodobne do człowieka) odpowiada „nie wiem, jak do tego podejść; myślę, że są sytuacje, gdy lepiej aby dziecko się nie narodziło ... Nie wiem jak z kanonicznego punktu wyjaśnić, ale z punktu widzenia medycyny jest to poważny problem”. W dalszej części wypowiedzi autor stwierdza, że nie może w sobie oddzielić człowieka, chrześcijanina, biskupa i lekarza, *dz. cyt.*, s. 52-53.

się uwagi na niejasności, przesady i przemilczenia z nimi związane. W pierwszej kolejności należy postawić pytanie: jaki cel ma akt seksualny w małżeństwie? Czy zasadniczym i jedynym celem jest prokreacja?

Od odpowiedzi na te pytanie zależy ocena współżycia płciowego małżonków, jak i również kwalifikacja samego małżeństwa. Uznanie prokreacji za jedyny cel współżycia prowadzi do oceny, że wszelkie współżycie nie mające na celu poczęcia nowego życia jest grzeszne lub zaledwie tolerowane. W takiej sytuacji, życie intymne sprowadza się do „mechanizmu” prokreacji.

Według tradycji Kościoła prawosławnego, zjednoczenie cielesne mężczyzny i niewiasty jest jednym z najważniejszych znaków zjednoczenia dusz i stanowi w pełni część sakramentu małżeństwa. „Obdarz ich doskonałą zgodnością dusz i ciał” i „daj im łożo nieskalane” – te słowa z sakramentu zaślubin podkreślając świętość małżeństwa, pokazują, że łożo tego małżeństwa jest bez plam i czyste samo w sobie.¹⁰ Należy w tym miejscu wyjaśnić, że „łożo” jest określeniem symbolizującym zjednoczenie cielesne. Współżycie cielesne nie jest wstydliwą częścią małżeństwa. Akt miłości małżeńskiej jest obrazem wzniosłej tajemnicy, jaką jest miłość. Odpowiedź na pytanie o dopuszczalność antykoncepcji i ocena praktyki kontroli narodzin za pomocą środków antykoncepcyjnych będzie zależała od pojmowania małżeństwa i odpowiedzi na pytanie wcześniej postawione „jaki cel ma akt seksualny w małżeństwie”?

B) Klonowanie i doskonalenie człowieka

Ogromne zainteresowanie, a równocześnie przejawy niepokoju, jakie wzbudziła współczesna genetyka mają swoje źródło nie tyle w perspektywach przenikania w tajemnicę biologicznego stawania się człowieka, co raczej w możliwościach zastosowania jej osiągnięć przez eugenikę. Zazwyczaj mówi się o dwóch rodzajach eugeniki: pozytywnej i negatywnej.

Eugenika pozytywna obejmuje manipulacje zmierzające do udoskonalenia gatunku ludzkiego przez polepszenie puli genetycznej bądź określonych populacji, czyli grup wyselekcjonowanych na podstawie odpowiednio dobranych kryteriów, bądź całego społeczeństwa. Celem jej jest tworzenie nowego typu człowieka i społeczeństwa, zorganizowanie ra-

¹⁰ Polskie tłumaczenie obrzędu małżeństwa zamieszczone jest w: J. Meyendorff, *Małżeństwo w Prawosławiu. Liturgia, teologia, życie*. Lublin 1995, s. 125-143.

cyjonalnych form procesów ewolucji, a ideałem jest „*homo creator*”.

Eugenika negatywna wychodzi z faktu, że wśród ludzi występują ujemne mutacje genetyczne powodujące patologiczne stany u dotkniętych nimi jednostek. Zmierza więc do przeciwdziałania tym stanom szczególnie w aspekcie zwalczania chorób dziedzicznych. W miejsce programu „nowego społeczeństwa”, jak w eugenice pozytywnej, kieruje się raczej troską o „zdrowie poszczególnego człowieka” i jego dobro wyznacza zadanie, jakie ta eugenika stawia przed sobą. W bezpośrednim niejako zasięgu działań eugeniki negatywnej znajduje się człowiek potrzebujący pomocy w swojej chorobie – „*homo patiens*”.

Faktem jest, że technika klonowania przeszła ze sfery doświadczalnych projektów na teren eksperymentalnych poczynań. Możemy mówić o kilku rodzajach klonowania:

- klonowanie reprodukcyjne
- klonowanie produkcyjne, nazywane niekiedy „terapeutycznym”, które po raz pierwszy zostało już dopuszczone ustawowo w Wielkiej Brytanii
- klonowanie w celach doświadczalnych
- oraz możemy tu również zaliczyć – modyfikację genotypu

Technika klonowania, mówiąc najprościej, polega na przeszczepieniu jądra dowolnej komórki organizmu do komórki jajowej innego organizmu tego samego gatunku. Umożliwia to nienaturalne mnożenie osobników gatunku ludzkiego o identycznej informacji genetycznej, czego konsekwencją w przyszłości stać się może seryjna produkcja dowolnie planowanych sobowtórów, czyli osobników o identycznych uzdolnieniach fizycznych i duchowych.

Podstawowym celem jest wizja przyszłego stanu ludzkości, doskonałego społeczeństwa. Charakteryzować się ono będzie udoskonaloną maksymalnie pulą genetyczną ludzkości, racjonalną organizacją społeczeństwa opartą na naukowych metodach socjotechnicznych, planowym sterowaniem procesami społecznego rozwoju, a wreszcie optymalną strukturą społeczną. Społeczeństwo zostanie utworzone z wyselekcjonowanych drogą genetycznego doboru elitarnych grup genialnych znakomitości i wybitnych fachowców reprezentujących wszystkie dziedziny życia zbiorowego, od gwiazd sportowych poczynając a kończąc na ekspertach nauki i sztuki.

Na rzecz dopuszczalności klonowania istot ludzkich przedstawiane są najczęściej dwa argumenty. „Dlaczego nie zaryzykować? – brzmi pierwsza z nich. – Nie trzeba się dziwić temu, że to, co nowe i nieznanne, budzi lęk, ale nauka właśnie dlatego tak wspaniale się rozwinęła, że starała się tego rodzaju lęki pokonywać! Przynajmniej spróbujmy! Jeżeli się okaże, że nie tędy droga, to przecież zawrócimy!”

Odnotujmy jeszcze pojawiającą się niekiedy dogmatyczną tezę – bo trudno ją nazwać argumentem – że embriion ludzki jest takim samym materiałem biologicznym jak wszystkie inne i nie widać powodów, żeby zakazywać używania go do doświadczeń, chyba że ktoś czeka, aby wyrosło mu z niego chciane i kochane dziecko.

W wyniku klonowania „terapeutycznego” z komórek pochodzących z płodu czy embriionów można produkować m.in. szczepionki odpornościowe oraz implanty wspomagające leczenie takich schorzeń jak choroby serca, nerek, mózgu czy reperatury skóry i paznokci. Embriiony mają jednak zastosowanie o wiele szersze, niż tylko medycyna czy nauka. Z komórek tych korzysta przemysł kosmetyczny. Stanowią one bazę do produkcji najnowszej generacji kremów, maseczek odmładzających itp. Uważam, że klonowanie embriionów jest nieuzasadnione zarówno z punktu widzenia etyki, jak i nauki. Człowiek nie powinien tego robić. Klonowanie embriionów nie uzasadnia nawet perspektywa leczenia chorób, które dzisiaj są nieuleczalne. Hodowla człowieka na części, jak proponują to Brytyjczycy, to niepotrzebne zło.

Moralnie nie da się usprawiedliwić klonowania człowieka ani jakichkolwiek innych doświadczeń i manipulacji na ludzkich embriionach, jak tylko na gruncie antropologii materialistycznej, redukującej duchowość człowieka do tych wymiarów rzeczywistości, którymi zajmują się nauki przyrodnicze¹¹.

Jeśli jednak uznamy, że człowiek jest osobą, i jeśli „być osobą” jest to sytuacja ontyczna a nie wynik jakiejś tylko umowy społecznej, i jeśli ludzki embriion „jest co najmniej” potencjalnie osobą - będzie to wymuszało zarówno zakaz klonowania człowieka, używania ludzkich embriionów do doświadczeń, jak również wszelkiej postawy własnościowej wobec jakiegokolwiek ludzkiej istoty.

Akademia Nauk w USA powołała grupę ekspertów, którzy sporzą-

¹¹ Zob.: J. Salij, *Moralne aspekty klonowania człowieka*, [w:] *W życiu i śmierci*, praca pod red. M. Skierkowskiego, Łomża 2001, s.27-40.

dzili spis niebezpiecznych doświadczeń genetycznych, apelując równocześnie do naukowców o zaniechanie ich przeprowadzania. Jednak już dzisiaj widać, że ten apel nie będzie stanowił praktycznie żadnej przeszkody dla często nieodpowiedzialnych eksperymentów genetycznych.

Walka o nieśmiertelność, jako zadanie nowych technologii stara się wykorzystać chrześcijańską ideę o „niestworzonosci” śmierci, z tym, że traktuje się śmierć w kategoriach całkowitego unicestwienia istoty. I dodatkowo mówi się tylko o nieśmiertelności ciała a istotę człowieka często sprowadza się do jego cielesności.

C) Eutanazja

W 1974 r. ukazał się drukiem „Manifest na rzecz eutanazji”¹², podpisany między innymi przez Jacquesa Monoda, Linusa Carla Paulina, Georga Tomsona laureatów Nagrody Nobla, w którym napisano, że „człowiek ma prawo umrzeć z godnością ... ma prawo w wolności swego rozumu wybierać rodzaj śmierci i należy mu udostępnić środki, aby mógł spokojnie i lekko umrzeć ... kiedy życie dla niego straci wartość, sens i przyszłość”.

W tym manifestie zaskakuje jedna rzecz: śmierć jest określana jako prawo, a nie jako fakt. W kontekście zagadnień życie – śmierć jedynym prawem, które posiada człowiek to obrona życia i czynienie wszystkiego, ażeby zachować życie, które zostało dane przez Boga.

17 maja 2002 r. arcybiskup Chrystodulos – zwierzchnik prawosławnego Kościoła w Grecji – na konferencji naukowej w Salonikach poświęconej eutanazji powiedział, że po decyzji parlamentów Holandii i Belgii eutanazja zaczęła zyskiwać przychylność i akceptację, zaczęto ją postrzegać jako coś pozytywnego¹³.

Proszę zwrócić uwagę, że słowo eutanazja – oznaczające dobrą śmierć – zmieniło swoje znaczenie. Dzisiaj eutanazja oznacza przyspieszenie śmierci (działaniem bezpośrednim lub pośrednim) z powodu „współczucia”, „uwolnienia od cierpień” czy tak po prostu jako wypełnienie prośby chorego, aby umrzeć „godną śmiercią”. W starożytności termin ten w żadnym wypadku nie oznaczał przedwczesnego zakończenia życia, nawet pełnego cierpień, rozpacz czy męczarni.

¹² „The Humanist” VII/1974.

¹³ <http://www.pravoslavie.ru/cgi-bin/sykon/client/display.pl?sid=575&did=1174>.

We wspomnianym referacie arcybiskup Chrystodulos powiedział nie bez racji, że powodem aprobaty eutanazji jako „godnej śmierci” jest utrata miłości i wiary w Boga, oraz utrata miłości do bliźniego, które zostały zastąpione utylityzmem i racjonalizmem. Dla niego eutanazja jest połączeniem zabójstwa z samobójstwem.

Z ostatnio przeprowadzonych badań wynika, że nikt, kto prosi o eutanazję, nie czyni tego z powodu pragnienia śmierci. Najczęściej podawane są trzy przyczyny:

1. ból lub strach przed nim
2. rozpacz z powodu utraty fizycznych sił
3. strach, aby nie być ciężarem dla bliskich¹⁴.

Przy omawianiu zagadnienia eutanazji bardzo ważnym jest próba określenia roli lekarza. W przysiędze Hipokratesa znajduje się zdanie, które powinno rozwiązać wszelkie wątpliwości w tej kwestii:

„Nikommu, nawet na żądanie, nie dam śmiercionośnej trucizny, ani nikomu nie będę jej doradzał, podobnie też nie dam nigdy niewieście środka poronnego. W czystości i niewinności zachowam życie swoje i sztukę swoją”¹⁵.

Potwierdzeniem tego są słowa współcześnie żyjącego profesora medycyny Andre Spagnolo, które są często przytaczane przez przeciwników eutanazji: „istota służenia lekarza zawiera się w tym, aby leczyć i dawać życie, a nie siać śmierć; śmierć nigdy nie będzie środkiem uzdrawiającym”¹⁶.

„Jeżeli Boga nie ma, to wszystko jest dozwolone” – mówił Fiodor Dostojewski. W kontekście zagadnień eutanazji te słowa Dostojewskiego mogą zabrzmieć następująco: Jeżeli człowiek nie wierzy w Boga i w istnienie nieśmiertelnej duszy, to śmierć jest dla niego tylko zakończeniem istnienia biologicznego organizmu i w niej nie ma nic strasznego; wszystko jest dozwolone: jeżeli człowiek prosi o śmierć – pomóżmy

¹⁴ Por. R. Fenigsen, *Postępy i porażki Ruchu na rzecz eutanazji w Stanach Zjednoczonych*, „Etos” 33 i 34/1996; tenże, *Eutanazja. Śmierć z wyboru?*, Poznań 1997, s. 76-88; por. cytowany już wykład arcybiskupa Chrystodulosa <http://www.pravoslavie.ru/cgi-bin/sykon/client/display.pl?sid=575&did=1174>.

¹⁵ *Kodeks Etyki Lekarskiej* (cyt. za wydaniem: Warszawa 1992) zawiera podobne sformułowanie w art. 20: „Lekarz powinien starać się uśmierzyć cierpienie swojego pacjenta. Nie ma on prawa do umyślnego spowodowania śmierci”.

¹⁶ Wypowiedź dla „La Sienna”, nr 88/1996, s. 52-53.

mu umrzeć; jeśli jakakolwiek kobieta chce zabić dziecko w łonie – to nie ma żadnego problemu.

Eutanazja, podobnie jak i aborcja, to problem nie medycyny i nawet nie etyki, ale przede wszystkim problem duchowy. Autentycznie chrześcijańskie pojmowanie śmierci w kontekście wieczności, bo inaczej trudno to chrześcijaninowi rozpatrywać, ukazane jest w pojęciu, którego użył Włodzimierz Iljin „tajnoroźdzenie w śmierci” – tajemnicze zrodzenie w śmierci.

* * *

„Genialne” pomysły współczesnego świata połączone z wykreowaniem człowieka idealnego, szczęśliwego i nieśmiertelnego etyka sprowadza do pytań czy to jest godziwe, sprawiedliwe, dobre i przede wszystkim ludzkie. Czy próby udoskonalania człowieka są złem? Czy nowe terapie, leki i odkrycia medycyny powinny być zabronione? Odpowiedź na to pytanie nie jest prosta. Nie wszystko, co z medycznego punktu widzenia jest nowoczesne i postępowe, przynosi człowiekowi dobro, ale też i nie wszystkie osiągnięcia nauki i techniki są złe.

Nowe możliwości medycyny i technologii pozwalają współcześnie realnie „dawać życie” (sztuczne zapłodnienie), określać i zmieniać jakościowe cechy życia (inżynieria genetyczna; chirurgia transseksualna), odkładać w czasie „czas śmierci” (reanimacja, transplantacje, gerontologia) a także przyspieszać śmierć (eutanazja). Kwestie moralnych ocen i etycznych implikacji eksperymentów genetycznych i eugenicznych, problem transplantacji narządów, temat eutanazji, aborcji, sztucznej prokreacji, ochrony zdrowia psychicznego, cierpienia, samobójstwa, godziwej śmierci — wszystkie te zagadnienia zaświadczenia o randze tej dyscypliny, ale i o trudnościach, jakie nastroją dylematyczność jej rozstrzygnięć.