

## JAKOŚĆ CZY WARTOŚĆ? DYLEMATY MEDYCYNY JUTRA

Chcąc przyjrzeć się medycynie przyszłości, sięgnąłem po napisaną przed dwudziestu laty książkę pt. „Na progu medycyny jutra”<sup>1</sup>, aby zobaczyć, jak wtedy przedstawiało się owo „jutro”. Nakreślona wizja jest w partiach opisowych stanu faktycznego bardzo pesymistyczna, zwłaszcza gdy idzie o diagnozę ekologii, higieny psychicznej, relacji międzyludzkich czy rokowań dotyczących żywotności, umieralności, zachorowalności. Wystarczy jednak wsłuchać się w podstawowe przesłanie książki, aby odkryć pokłady optymizmu wynikające z wiary w (dobro) człowieka.

Czy po przekroczeniu granicy tysiąclecia dokonały się na tym polu znaczące zmiany? Wydaje się, że przynajmniej w jednym punkcie obserwujemy stałość i zgodność: istota pytania o przyszłość człowieka w objęciach medycyny sprowadza się do *pytania o samego człowieka*, który decyduje o prawdziwym obliczu opieki zdrowotnej w następnych latach i dziesięcioleciach. Podejmując przed kilku laty zagadnienie obrazu człowieka w naukach medycznych, głosiłem tezę o odradzaniu się antropologii integralnej, o zwiastunach odkrywania na nowo pełnej prawdy o człowieku<sup>2</sup>. Obecnie stawiam pytanie, czy dzisiejsza „futurologia medyczna” bardziej tchnie nadzieją, skoro tyle za nami nowych odkryć i przełomów, czy też daje przede wszystkim podstawy do pesymizmu?

Spróbujemy podjąć problem, wychodząc od fundamentalnej kwestii zasadności alternatywy jakość czy wartość? (1) Czy nie jest raczej tak, że w obydwu przypadkach mamy na myśli tę samą rzeczywistość, tylko odmiennie ją nazywamy? Szukając odpowiedzi na tytułowe pytanie, odwołam się także do autorytetu Kościoła nauczającego, bowiem w wypowiedziach magisterialnych te dwa terminy niejednokrotnie się pojawiają (2). Następnie podejmiemy próbę zdiagnozowania aktualnego stanu faktycznego medycyny XXI wieku, wskazując konkretne symptomy i trendy charakterystyczne dla cywilizacji zachodniej (3), aby na zakończenie wybiec myślą w przyszłość i naszkicować rodzące się już dziś „medyczne jutro” wraz z jego przewidywalnymi konsekwencjami (4).

### 1. Zasadność pytania: jakość czy wartość (życia)?

We współczesnej medycynie, stojącej na pozycjach utylitarystycznych i pragmatycznych, rozpowszechniła się tendencja do odmiennego niż tradycyjne wartościowania życia. Jeżeli dodamy, że zmiana paradygmatu służby zdrowiu z zasady bezwzględnej ochrony życia na normę skuteczności terapeutycznej faktycznie zorientowała całą opiekę medyczną na praktyczność, to sygnalizowany trend staje się jedną z cech znaczących dla przyszłościowej wizji medycyny. Ta nowa tendencja

---

<sup>1</sup> J. Aleksandrowicz, H. Duda, *U progu medycyny jutra*, Warszawa 1988.

<sup>2</sup> Zob. P. Morciniec, *Odrodzenie antropologii integralnej w medycynie*, w: *Ut mysterium paschale vivendo exprimatur*, red. T. Dola, R. Pierskała, Opole 2000, s. 443-455.

wymienia uświęconą tradycją koncepcję świętości życia na selektywnie rozumiane ujęcie „jakości życia”<sup>3</sup>. Posługiwanie się kategorią „jakości życia” jako ważnym kryterium terapeutycznym domaga się etycznej refleksji<sup>4</sup>. Wymaganie to nabiera dodatkowej wagi wobec skonstruowania w ramach etyki stosowanej tzw. *etyki jakości życia*, która jest wyraźnym przeciwieństwem tradycyjnej *etyki świętości życia*. Istotę problemu wydaje się trafnie oddawać tytułowe pytanie, postawione przez jednego z niemieckich etyków: Czy można moralnie usankcjonować trend opowiadający się za „nieograniczoną jakością życia”<sup>5</sup>? Nie jest niczym nagannym domaganie się dobrej jakości w opiece zdrowotnej, natomiast problem rodzi się tam, gdzie próbuje się z tej jakości uczynić jedyne kryterium nadrzędne, swoistego medycznego bożka. Spróbujmy przyjrzeć się obrazowi przyszłości w wypadku radykalnego opowiedzenia się za jakością życia.

Tradycyjna medycyna i kierująca nią etyka świętości mieści się w ramach deontologicznej teorii normatywnej. Oznacza to, że podstawę wartościowania życia ludzkiego stanowi odwołanie się do wewnętrznej wartości każdego człowieka. Jako że człowiek jest „obrazem Bożym” – albo w języku imperatywu personalistycznego: jedynie celem, a nigdy środkiem do jakiegokolwiek obcego celu – pozostaje wartością bezwzględnie chronioną. Na wartości człowieka bazuje wartość jego życia, stąd przyznaje się także życiu każdego człowieka jednakową, niezaprzeczalną wartość, określaną mianem „świętości” – to co święte, jest nienaruszalne i nietykalne.

Przed dwoma tygodniami słyszeliśmy na tym miejscu ważne rozważania na temat godności osoby jako aksjologicznego fundamentu integracji europejskiej. Chciałbym przypomnieć przynajmniej myśl o absolutnej wartości godności osobowej lub tezę o teźże godności jako o dobru podstawowym i niestopniowalnym. Na tym fundamencie buduje etyka świętości życia. Konsekwencją takiego stanowiska jest bezwarunkowy szacunek dla życia każdego człowieka oraz pierwszorzędny obowiązek zachowania życia: „Każdy człowiek szczerze otwarty na prawdę i na dobro może dzięki światłu rozumu [...] rozpoznać w prawie naturalnym wpisanym w sercu [...] *świętość ludzkiego życia od poczęcia aż do kresu* oraz dojść do przekonania, że każda ludzka istota ma prawo oczekiwać absolutnego poszanowania tego swojego podstawowego dobra. Uznanie tego prawa stanowi fundament współżycia między ludźmi oraz istnienia wspólnoty politycznej” (EV 2).

Taki był zresztą, przynajmniej w pierwotnym założeniu, charakter niezbywalnego prawa człowieka – prawa do życia, choć już nieporozumienie językowe, w oparciu o które mówi się jedynie o „przyrodzonym prawie do życia” (a więc uzyskiwanym przy urodzeniu), pokazuje, że wykładnia tego prawa nie musi koniecznie oznaczać bezwzględnej ochrony żyjącego człowieka. Historia drugiej połowy XX wieku dostarcza wielu wstrząsających dowodów tej tezy. Śmiem twierdzić, że wiele z nich wyraźnie

---

<sup>3</sup> Omówienie, zob. np.: R. Otowicz, *Etyka życia. Bioetyczny i teologiczny kontekst problematyki życia poczętego*, Kraków 1998, 134-145. Autor wskazuje na występowanie różnych znaczeniowo (!) pojęć „jakości życia”. Tamże, 135.

<sup>4</sup> Podobnie jak np. pojęcie „normalności”, które także nie jest wolne od trudności i możliwych nadużyć, zwl. interpretacyjnych. Na ten temat zob. np. Z. Zalewski, *On “Abnormal Normality” of Health*, [www.jezuici.pl/genetyka](http://www.jezuici.pl/genetyka), 15.03.2004.

<sup>5</sup> Zob. K. Arntz, *Unbegrenzte Lebensqualität? Bioethische Herausforderungen der Moralthologie*, Münster 1996.

wiąże się z medycyną, jak choćby praktyka aborcji ze względów eugenicznych – motywowana prawem do „godnego”, a więc wolnego od defektów życia, albo wykorzystywanie ludzkich zarodków i embrionów w badaniach i eksperymentach medycznych, przy równoczesnym wskazywaniu, że takie działania „służą dobru chorych”. Dotychczasowym apogeum takich praktyk medycyny wydaje się być pozyskiwanie komórek macierzystych kosztem pozbawiania życia ludzkich embrionów oraz tzw. klonowanie terapeutyczne, służące do tego samego celu, z tą różnicą, że uzyskuje się komórki zgodne immunologicznie z osobą klonowaną. Swoista przewrotność polega na tym, że mowa jest o „terapii”, ale osoby trzeciej (biorcy tkanki lub organu wyhodowanego z komórek macierzystych kłona), zaś sama klonowana istota ludzka służy jedynie jako źródło deficytowego lekarstwa. Za możliwość leczenia innego człowieka zapłaci ona życiem, w tym celu zresztą została powołana do życia!

W przeciwieństwie do etyki świętości, etyka jakości życia stanowi niewątpliwą prowokację dla chrześcijańskiej koncepcji człowieka. Specyfika nowej opcji medycznej i postępującej za nią bioetyki polega m.in. na tym, że stara się rozwinąć etykę świecką, wolną od religijnych wymagań i założeń. Operuje ona konsekwencjalistyczną teorią normatywną, co w konkretnie oznacza przyznawanie życiu człowieka tylko relatywnej, nierównej wartości, zależnej od realizacji różnych wyznaczonych kryteriów mierzalnych, decydujących właśnie o dobrej lub złej jakości jego życia. Co za tym idzie, także prawo do życia i samo zachowanie życia rozpatrywane są w zależności od konkretnych jakości (preferencji)<sup>6</sup>. Z perspektywy medycznej oznacza to w praktyce ocenianie i wartościowanie człowieka wg kryteriów wydajności, funkcjonalności i przydatności, a ostatecznie zanegowanie nienaruszalności życia w imię skrócenia cierpienia, wygody lub dla ratowania życia „bardziej wartościowego”<sup>7</sup>. Z pozycji pacjenta nowy paradygmat ujawnia się zarówno w konsumpcyjnym podejściu do zdrowia, jak i w przesadnej wierze w skuteczność medycyny, do czego jeszcze nawijemy.

Jak widać, w obydwu koncepcjach podstawowa różnica dotyczy znaczenia i rozumienia pojęcia „jakości życia”. Przy wszystkich istniejących teoretycznych różnicach i odmiennych praktycznych konsekwencjach między etyką jakości i etyką świętości życia istnieje jednak podstawowa zbieżność: w obu koncepcjach *nie podważa się fundamentalnej wartości życia*. Kontrowersje występują natomiast przy wskazywaniu kryteriów, w oparciu o które ta wartość jest określana. Nie jest to kwestia marginalna, bowiem z niej wynika zarówno odmienna interpretacja prawa do życia, jak i krańcowo rozbieżne poglądy w ramach zagadnienia obrony życia. Minimalna ochrona propagowana przez etyków jakości życia, bazującej na kryteriach świadomościowych, ograniczona jest do istot żywych aktualnie spełniających wskazane wymagania, zaś maksymalna ochrona życia w koncepcji świętości życia bazuje na wspomnianej wyżej godności życia człowieka, co nabiera szczególnego znaczenia przy realizacji prawa do życia najsłabszych, np. ludzkich zarodków i embrionów, ludzi poważnie upośledzonych psychicznie, demencyjnych czy istot ludzkich w śpiączce.

<sup>6</sup> Por. D. Lanzerath, Lebensqualität, w: Lexikon der Bioethik, Hrsg. W. Korff, L. Beck, P. Mikat, Bd. 2., Gütersloh 1998, s. 567-568.

<sup>7</sup> Por. J. Nagórny, Godność powołania medycznego, „Roczniki Teologiczne” 44(1997), z. 3, s. 8.

## 2. Kościół wobec „jakości życia”

Proszę pozwolić najpierw na marginalną uwagę. Powszechnie mówi się o świętości i nienaruszalności życia ludzkiego. Taka terminologia prowokuje jednak krytyczne uwagi, że także gamety płciowe, paznokcie, krew, a nawet komórki nowotworowe są „życiem ludzkim”. Także posługiwanie się terminem „zasada świętości życia” zdaje się błędnie wskazywać na utożsamianie się etyki chrześcijańskiej z „etyką szacunku dla życia” A. Schweitzera, która zainicjowała etykę ekologiczną, ale równocześnie postawiła witalistyczny znak równości między wszystkimi postaciami życia, a więc przekreśliła wyjątkowy status życia człowieka i stanęła przed faktyczną nieuniknioną koniecznością unicestwiania życia w sytuacjach konfliktowych<sup>8</sup>. Merytorycznie poprawniejsze byłoby więc dodawanie w obydwu przypadkach słowa „człowieka”, a więc „zasada świętości życia człowieka”.

Przechodząc do meritum, nauczanie Kościoła w całej rozciągłości buduje na antropologicznym fundamencie, czyniąc człowieka centrum i normą wszelkich działań w medycynie. Dobro człowieka i służba osobie ludzkiej to nie tylko hasła wywoławcze, wielokrotnie powracające np. w przemówieniach Jana Pawła II do środowisk medycznych i naukowo-badawczych. O wiele bardziej chodzi o wydobycie nadrzędnej wartości człowieka, który jest zawsze celem samym w sobie, chcianym dla niego samego, tak przez Boga<sup>9</sup>, jak i przez człowieka. Można zaryzykować stwierdzenie, że dla Magisterium człowiek jako człowiek jest „najwyższą jakością” i jako taki nie podlega kryteriom ewaluacji i klasyfikacji.

W pewnym sensie programowo brzmi w tym kontekście przesłanie papieskie z pierwszej encykliki Jana Pawła II o „człowieku jako pierwszej i podstawowej drodze Kościoła” (RH 14). To właśnie już w tym dokumencie papież ostrzegął, że „człowiek, który chce zrozumieć siebie do końca - nie wedle jakichś tylko doraźnych, częściowych, czasem powierzchownych, a nawet pozornych kryteriów i miar swojej własnej istoty - musi [...] przybliżyć się do Chrystusa” (RH 10). Nie można także nie zauważyć, że w nauczaniu UNK eksponuje się religijne korzenie wartości i świętości życia, tak odwołując się do Boskiego pochodzenia życia, jak i umieszczając je w kontekście chrystologicznym. Znamienne jest również, że od tej pierwszej encykliki do dokumentu programowo broniącego świętości i nienaruszalności życia (*Evangelium vitae*) raz po raz powtarzana jest prawda o zdumieniu godnością człowieka i wartością jego życia – zdumieniu, które jest Ewangelią, czyli Dobrą Nowiną<sup>10</sup>.

<sup>8</sup> Koncepcja wraz z krytyką: E. Schockenhoff, *Ethik des Lebens. Ein theologischer Grundriß*, Mainz 1998<sup>2</sup>, s. 66-73.

<sup>9</sup> Ponadto czasowa pozostaje tu wymowa soborowego tekstu z KDK 23.

<sup>10</sup> „Właśnie owo głębokie zdumienie wobec wartości i godności człowieka nazywa się Ewangelią, czyli Dobrą Nowiną” (RH 10). We Wcieleniu „objawia się bowiem ludzkości nie tylko bezgraniczna miłość Boga, [...] ale także nieporównywalna wartość każdej osoby. Kościół zaś, rozważając wnikliwie tajemnicę Odkupienia, uświadamia sobie tę wartość zawsze z tym samym zdumieniem i czuje się powołany, by głosić ludziom wszystkich czasów tę „ewangelię” [...]. Ewangelia miłości Boga do człowieka, Ewangelia godności osoby i Ewangelia życia stanowią jedną i niepodzielną Ewangelię (EV 2).

Niezależnie od ogólnej tendencji, nauczanie Kościoła nieraz nawiązuje do interesujących nas terminów i to w kontekście medycyny, przy czym obserwuje się złożone podejście do problematyki jakości życia. Najpierw odrzuca się materialistycznie zawężone rozumienie terminu „jakość życia”, kiedy jest on interpretowany „najczęściej lub wyłącznie w kategoriach wydajności ekonomicznej, nie uporządkowanego konsumpcjonizmu, atrakcji i przyjemności czerpanych z życia fizycznego, natomiast zapomina się o głębszych - relacyjnych, duchowych i religijnych - wymiarach egzystencji” (EV 23). Tak wygląda nowa perspektywa postrzegania dobra, jakim jest życie i zdrowie, ze strony przede wszystkim pacjenta.

W takim ujęciu zdrowie fizyczne i zachowanie życia urastają do rangi wartości prawie absolutnej. Jest to, rzecz jasna, całkowicie sprzeczne z etyką katolicką<sup>11</sup>, która podkreśla podstawową, lecz nie autonomiczną wartość życia. Jeden z najwymowniejszych tekstów na ten temat znajdujemy w encyklice *Veritatis splendor*. Koronny passus zawiera czytelne odniesienie do personalistycznych korzeni tej wartości: „Źródłem i uzasadnieniem obowiązku bezwarunkowego poszanowania życia ludzkiego jest *godność osoby*, a nie jedynie naturalna skłonność do zachowania własnego życia fizycznego. Dlatego nawet życie ludzkie, choć jest fundamentalnym dobrem człowieka, zyskuje sens moralny dopiero przez odniesienie do dobra osoby, którą zawsze należy afirmować dla niej samej [...] Naturalne skłonności zyskują bowiem znaczenie moralne jedynie o tyle, o ile odnoszą się do ludzkiej osoby i do jej prawdziwego urzeczywistnienia” (VS 50).

Z drugiej strony, w kontekście społeczno-medycznym, pojawia się jednoznaczne wystąpienie przeciw selekcyjnemu mierzeniu wartości życia i prawa do życia jego jakością. Najwyraźniej ten wątek dochodzi do głosu w odniesieniu do ludzi starych i schorowanych. W *Evangelium vitae* jako przejaw „kultury śmierci” kwalifikuje się pewne tendencje, które powierzchownie mogłyby wydawać się logiczne i humanitarne, a przy głębszej analizie okazują się absurdalne i nieludzkie. Są one szczególnie wyraźnie obecne „w społeczeństwach dobrobytu, charakteryzujących się mentalnością nastawioną na wydajność, według której obecność coraz liczniejszych ludzi starych i niesprawnych wydaje się zbyt kosztowna i uciążliwa” (EV 64). Następuje planowa, często bezduszna izolacja tych ludzi przez rodziny i społeczeństwo. U najgłębszych podstaw tego nieludzkiego traktowania leży kierowanie się „prawie wyłącznie kryteriami wydajności produkcyjnej, wedle których życie nieodwracalnie upośledzone nie ma już żadnej wartości” (tamże). Przyszłościowy rozwój tej tendencji można zaobserwować już współcześnie w ekspansji ruchów i ustawodawstw eutanazyjnych w krajach cywilizacji technicznej.

Ze wszech miar pozytywnie jest natomiast oceniana realizacja moralnego zobowiązania, wynikającego z troski o zachowanie i poprawę jakości życia, które traktowane jest jako realizacja miłości bliźniego (por. KKK 2415). Podobnie z zadowoleniem obserwuje Kościół „wzrost zainteresowania *jakością życia oraz ekologią*” (EV 27). Wyrwanie tego zwrotu z kontekstu mogłoby

---

<sup>11</sup> Nauka katolicka głosi wyraźnie: „Życie cielesne w swojej ziemskiej kondycji bez wątpienia nie jest dla wierzącego wartością absolutną, tak że może on zostać wezwany, aby je porzucić dla wyższego dobra” (EV 47).

sugerować, że wszelkie stawianie na jakość życia jest pozytywne. Precyzując wypowiedź, chodzi o – charakterystyczne dla społeczeństw wysokorozwiniętych – dążenie „nie tyle do zapewnienia sobie podstawowych środków do życia, ile do globalnego polepszenia warunków życia”. Uznanie dla tak rozumianej, jakościowej troski pojawia się również w encyklikach społecznych Jana Pawła II.

Mamy więc do czynienia ze złożoną nauką, która przy podstawowym poparciu dla służby medycznej pracującej nad poprawą jakości życia, stanowczo odrzuca koncepcję jakości życia sprzeczną z godnością człowieka. Koncepcja świętości życia nie musi więc stać w sprzeczności z jakością życia, jeżeli ta ostatnia rozumiana jest jako poprawa jakości w służbie godności człowieka, dla którego życie ma pierwszorzędne znaczenia. Dlatego uzasadnione jest uwzględnianie jakości życia w rozstrzygnięciach terapeutycznych, nie może ono jednak w żadnym wypadku stać się kryterium, w świetle którego wyróżnia się życie „warte” i „niewarte” życia. Teologiczne uzasadnienie takiego stanowiska można zawrzeć w stwierdzeniu, że wartość człowieka (i jego życia) opiera się nie na własnych „jakościach” (zdrowie, zdolność do szczęścia, przydatność czy płeć), lecz na byciu człowiekiem, a w związku z tym na bezwarunkowej akceptacji życia osoby powołanej do wspólnoty z Bogiem. Tradycja Kościoła odrzuca absolutyzację kryteriów empirycznych, czyli neguje możliwość bezpośredniego wnioskowania z jakości życia o jego wartości i o prawie do niego<sup>12</sup>, przy równoczesnej akceptacji dla wysiłków zmierzających do poprawy jakości i warunków życia człowieka (EV 27). Etyka teologiczna pyta równocześnie o warunki niezbędne do zrealizowania życia udanego i sensownego, a to oznacza, iż zainteresowana jest także jakością życia w sensie normatywnym, tzn. wskazuje konkretne cele życiowe, decydujące o życiu spełnionym i szczęśliwym. Więcej jeszcze, zachęca do realizacji „życia o dobrej jakości”, ale wyłącznie w takim sensie.

W nauczaniu Jana Pawła II stałą pozycję zdobył schemat „kultura życia” kontra „kultura śmierci”. Jeżeli głębiej zastanowić się nad konkurencyjnym ustawieniem wartości i jakości życia, to okaże się, że mogą one być odpowiednikami walczących z sobą „kultur”. Wiele przejawów „kultury śmierci” w prostej linii wywodzi się z prymatu myślenia i oceniania jakościowego przy równoczesnym zapoznaniu godności osoby i niekwestionowanej wartości jej życia. Jeżeli więc sugerujemy, że współcześnie obserwuje się dominację kryterium jakościowej, wyrażamy tym samym niepokój o personalistyczny kształt medycyny jutra.

### **3. Konkretny znak zwycięstwa kryterium jakościowego w medycynie**

Odkrycia naukowe i nowe możliwości biomedyczne niesione są we współczesnej kulturze przez dwa nurty, które sprawiają, że jako społeczeństwo bardzo różnimy się w naszych wyobrażeniach od poprzednich pokoleń. Te nurty tworzą, z jednej strony, pęd naukowy potęgujący się gwałtownie w obliczu sukcesu oraz wspólna społeczna wola odepchnięcia jak najdalej wszelkich wypadków i niepowodzeń, do których zalicza się chorobę i śmierć. Wyraża się to m.in. w nieopanowanej żądzy

---

<sup>12</sup> Por. K. Arntz, dz. cyt., s. 340.

poznawania świata i panowania nad życiem i śmiercią (w myśl hasła: co jest wykonalne, tego należy spróbować). Drugi nurt objawia się nietolerancją psychospołeczną wobec niepełnosprawności i cierpienia, aż po przejawy agresji wobec słabości. Narazone na nią są zwłaszcza osoby w podeszłym wieku (tendencje eutanazyjne), najsłabsze istoty ludzkie (aborcja), niepełnosprawni (selekcja eugeniczna) i niezaradni życiowo (marginalizacja).

Być może taka postawa jest wyrazem egzystencjalnego lęku przed starzeniem się, unicestwieniem, własną słabością. Pewne jest natomiast, że przy rozpowszechnieniu się tego zjawiska w naszej technicznej kulturze staje się ono groźne nie tylko dla słabych, ale i dla samego społeczeństwa, które zatracza wiele ze swoich wewnętrznych wartości. Dynamizm, aktywność, wysoka jakość życia urastają do rangi mierników wartości człowieka, który sam w sobie degradowany jest do poziomu materiału lub tworzywa, którym można rozporządzać. Jak istotna jest sygnalizowana „jakościowa” zmiana opcji, niech świadczy będąca jej konsekwencją ewolucja w określaniu zdrowia i prawa do życia. Ilustracją powyższych tez jest obroniona w styczniu br. na Wydziale Teologicznym praca doktorska dotycząca tendencji obecnych we francuskiej diagnostyce prenatalnej<sup>14</sup>. Autor postawił w niej tezę o nowym eugenizmie<sup>15</sup> obecnym w nastawieniu, które towarzyszy badaniom ludzkich embrionów i płodów. Przedstawił np. propozycję ogólnonarodowego programu (obowiązkowej?) diagnostyki trisomii 21 (odpowiedzialnej za chorobę Downa). Nie byłoby w tym nic niepokojącego, gdyby nie fakt, że w ten sposób chce się rozpocząć skuteczną walkę z chorobą Downa, zalecając aborcję selekcyjną ze względów genetycznych. Troska o kondycję zdrowotną narodu, a więc o dobrą „jakość genetyczną” rodzącego się nowego pokolenia, byłaby więc wyzwaniem przerażającej i śmiertelnej dyskryminacji istot ludzkich, które nie „wykazały się” odpowiednią jakością. Na poziomie społecznym determinacja rodziców, którzy mimo wszystko chcieliby urodzić dziecko z trisomią, spotyka się – zdaniem autora – z niezrozumieniem, zarzutami i agresją, bo przecież mogli „uniknąć urodzenia dziecka chorego, a nie zrobili tego”. Społecznej uwadze zdaje się uchodzić fakt, że i medycyna, i sami rodzice zostają niejako zobligowani do sięgnięcia po niemoralny środek w postaci zabójstwa nienarodzonego, właśnie w imię „dobrej jakości” dzieci, którym przyznaje się prawo do urodzenia. Ponadto przerywanie ciąży awansuje do roli „środka leczniczego” w promowanym państwowo programie zdrowotnym.

Podobnie jednoznaczne w ocenie moralnej są intencje leżące u podstaw medycznie zalecanej diagnostyki preimplantacyjnej<sup>16</sup>. Nie podejmując w tym miejscu problemu instrumentalizacji i

<sup>13</sup> Istotą nowego profilu działania medycznego jest uczynienie z jakości życia samodzielnego kryterium medyczno-terapeutycznego. Lanzerath, art. cyt., s. 568.

<sup>14</sup> Zob. M. Sokoliński, *Ambiwalencja diagnostyki prenatalnej w świetle francuskiej literatury medyczno-etycznej*, mps, Opole 2003.

<sup>15</sup> Eugenizm etymologicznie oznacza troskę o dobre dziedziczenie. Historycznie związany został z działaniami nazizmu, zmierzającymi do zagwarantowania „czystości rasy” na drodze eksterminacji osób chorych psychicznie i uznanych za skażonych. W nowej odsłonie chodzi raczej o zapewnienie przekazu niezdefektowanej informacji genetycznej, tj. o eliminację istot ludzkich, u których stwierdzono aberracje chromosomowe.

<sup>16</sup> Por. np. J. Gründel, *Etyczne implikacje diagnostyki preimplantacyjnej*, w: *Etyczne aspekty diagnostyki genetycznej*, red. A. Marcol, Opole 1998, zwł. s. 165-170. Zob. też inne opracowania w tym tomie.

uprzedmiotowienia dziecka poczynającego się w ramach „zapłodnienia z probówki”<sup>17</sup>, choć i to działanie należy do stałego krajobrazu współczesnej medycyny, należy koniecznie uświadomić sobie istnienie faktycznej „kontroli jakości” w ramach tak pojętej produkcji człowieka. Do istoty diagnostyki zarodka ludzkiego przed wprowadzeniem go do macicy należy ustalenie, czy jest zdrowy i na tyle dobrze rokujący genetycznie, aby można było – aby opłacało się go wszczepić. Jakikolwiek zastrzeżenia dotyczące jego „zdrowotnej jakości” oznaczają jedno – śmierć. Aby nie obarczać winą jedynie lekarzy uczestniczących w procedurach *in vitro*, koniecznie trzeba dostrzec roszczenia drugiej strony, tj. zamawiających dziecko rodziców. Jak radykalnie jakościowe są ich żądania, świadczą przypadki zaskarżenia klinik położniczych z powodu doprowadzenia do urodzenia dziecka kalekiego<sup>18</sup>. Klimat społeczny potwierdza taką opcję, skoro wyroki sądowe przyznają odszkodowania dla „dotkniętych takim nieszczęściem rodziców”. Przykładając miary jakościowe, w pełni zasadne jest domaganie się restytucji za otrzymanie dziecka niepełnosprawnego, ponieważ nie spełnia ono stawianych mu oczekiwań. Właśnie z takiego założenia wyszedł sąd francuski, który obciążył klinikę świadczeniami materialnymi na rzecz dziecka, które urodziło się zdefektowane. Ewenement werdyktu polega jednak na tym, że sądowo przyznaje się, iż lepiej się nie narodzić, niż narodzić się jakościowo niedoskonałym lub przynajmniej niepoprawnym. Do wpływu takich orzeczeń na społeczne nastawienie wobec niepełnosprawności nie będziemy już wracać.

O ile takie tendencje należy jednoznacznie uznać za niemoralne i zbrodnicze, warto zauważyć czające się niejako w podtekście niebezpieczeństwo demonizacji cennych skądinąd odkryć. Mógłby przecież ktoś powiedzieć, że to rozwój genetyki „jest winien” takim zastosowaniom jej wyników. Nic bardziej błędnego. Nowe odkrycia, ze swoistym ich apogeum w postaci „odkrycia ostatniego kontynentu” (Jan Paweł II), czyli odczytania genomu ludzkiego i wykonania jego mapy, stanowią bogate zaplecze służby życiu i zdrowiu człowieka, otwierając nowe możliwości diagnostyczne i terapeutyczne. Jedynie wykorzystanie danych genetyki do jakościowej weryfikacji ludzi, kończące się dyskryminacją i selekcyjną eliminacją tych, którzy nie wypełniają wyznaczonych kryteriów, stanowi ciężkie wykroczenie moralne. Dokładnie w tym duchu papież Jan Paweł II mówił wielokrotnie o wartości odkryć genetyki, ostrzegając równocześnie o „ciemnej stronie” możliwych zastosowań uzyskanej na tej drodze wiedzy.

Iluzja terapeutycznych możliwości medycyny była jednym z czynników, który doprowadził do coraz wyraźniejszego wykształcania się oczekiwań dotyczących „jakości życia” w społeczeństwie. Należy ocenić to zjawisko pozytywnie, ponieważ orientuje konkretną terapię na dobro chorego, wartościując ją pod kątem jakości (standardu) życia gwarantowanej pacjentowi<sup>19</sup>, równocześnie trzeba

---

<sup>17</sup> Szeroko zob. mój art.: Homo reproductus. Antropologia „z probówki” contra godność człowieka, w: Ocalić obraz człowieka. Antropologiczne podstawy moralności, red. P. Morciniec, Opole 2003, s. 111-124.

<sup>18</sup> Z orzeczeń sądów francuskich znane są przynajmniej dwa takie przypadki, a więc precedens prawny już istnieje. Następny przewidywany etap to skarzenie rodziców przez dziecko w przypadku jego niepełnosprawności. Por. J. Hehn, Schadenersatz – weil mein Kind lebt, „Die Welt” z dn. 29.11.2002, s. 10.

<sup>19</sup> Pozytywne aspekty pojęcia „jakości życia”, zob. D. Lanzerath, art. cyt., s. 564-567.



jednak dostrzec, że pojęcie – albo lepiej rzeczywistość „jakości życia” – ma także swoją kryminogenną stronę. Okazuje się bowiem, że nieraz implikuje przekonania pacjentów o absolutnej wartości zdrowia, bez dostrzeżenia i akceptowania granic ludzkich możliwości, a ujawnia się postawą przeżycia czy utrzymania „jakości zdrowia” za wszelką cenę.

Medycyna staje się wtedy dla pacjenta surogatem religii, w ramach której oczekiwania nieśmiertelności czy uwolnienia od chorób przeniesiono na „nowoczesnych kapłanów” w szpitalach i klinikach. Problem polega jednak na tym, że najsilniejsza nawet wiara w medycynę nie uczyni z człowieka bytu absolutnego, a co najwyżej narazi go na ogromne rozczarowanie i frustrację. Można zrozumieć taki zawód, skoro chory zrobił wszystko, nie licząc się nawet z zasadami logiki i etyki, a i tak starzeje się, jego stan się pogarsza i perspektywa śmierci jest nieunikniona. Widocznym efektem takiego spojrzenia są konflikty między lekarzami a pacjentami, kończące się coraz częściej w salach sądowych (zob. USA). Absurdalność nowej sytuacji polega ponadto na tym, że oczekiwania pacjentów, którzy zmienili się w „konsumentów” medycyny, rosną szybciej niż możliwości żywiłowo rozwijającej się dyscypliny, a tym samym zaufanie i szacunek dla lekarza zamiast wzrastać z nowymi osiągnięciami terapeutycznymi, sukcesywnie maleje.

W ramach tego scenariusza rozwojowego mieszczą się również tendencje negowania realności śmierci i spychania jej do podświadomości oraz poza margines życia społecznego. Śmierć jest przecież w kategoriach jakości jedynie klęską i katastrofą. O ile z perspektywy religijnej cierpienie, a także umieranie, ma wartość doczesną i zbawczą, o tyle z punktu widzenia przeciwstawnej opcji jest ono jedynie „obniżeniem jakości”, które nie wydaje się mieć sensu. Wtedy „trudno jest przyjąć i znosić cierpienie, a zatem zwiększa się *pokusa rozwiązania problemów cierpienia, eliminując go u podstaw* przez przedwczesne spowodowanie śmierci w momencie uznanym za najwłaściwszy” (EV 15). Tragicznym potwierdzeniem takich obserwacji jest rozpowszechnianie się eutanazji, i tej zakamuflowanej, i tej w majestacie prawa. „Usprawiedliwia się ją nie tylko rzekomym współczuciem dla cierpiącego pacjenta, ale czasem także racjami utylitarystycznymi, nakazującymi unikanie nieproduktywnych wydatków, które nadmiernie obciążają społeczeństwo. Proponuje się zatem pozbawianie życia noworodków z deformacjami ciała, osób z poważnymi upośledzeniami, niepełnosprawnych, starców - zwłaszcza niezdolnych do samodzielnego życia - oraz ludzi śmiertelnie chorych (taniec)”. W(taniec) powyższymi tendencjami dochodzimy do kolejnego istotnego elementu w zmienionym krajobrazie medycyny jutra. Stwierdza się istnienie podstawowego związku między techniczną ewolucją medycyny a zmianą odniesień lekarz-pacjent. Wraz z rosnącym znaczeniem techniki w diagnostyce i terapii wzrosło także obiektywne ryzyko związane z działaniami podejmowanymi względem chorego. Zaufanie chorego do lekarza, które było dawniej podstawą wzajemnego odniesienia, zostaje w dużej mierze związane z technicznymi możliwościami terapeuty, a częściej zespołu medycznego. Równocześnie następuje urzeczowienie stosowanych środków terapeutycznych (usługa z gwarancją), których jakość zabezpieacza dwustronna, prawnie wiążąca umowa między lekarzem a chorym. W miejsce etyki odpowiedzialności wkracza więc etyka umowy, której normalnym językiem jest język kontraktu<sup>20</sup>. Lekarz oferuje jako „towar” porcję zdrowia lub usługę w

jest język kontraktu<sup>20</sup>. Lekarz oferuje jako „towar” porcję zdrowia lub usługę w postaci działania diagnostyczno-terapeutycznego, natomiast pacjent zobowiązuje się do uiszczenia wynagrodzenia pod warunkiem, że przedmiot umowy posiada odpowiednią jakość. Przeniesienie relacji na poziom handlowy wprowadza jednak nieuchronnie reguły konkurencji, którym podlega zarówno lekarz, jak i środowisko medyczne, farmaceutyczne, szpitalne i ubezpieczeniowe. Gwarancja prawna tej umowy kupna-sprzedaży implikuje potrzebę zabezpieczenia się przed ryzykiem konsekwencji karnych za błędy w sztuce lekarskiej. Lekarz troszczy się więc najpierw o zabezpieczenie własnych interesów (zgodność postępowania z prawem), a dopiero przez ten pryzmat o dobro chorego<sup>21</sup>.

Przedstawiciele środowiska medycznego mają prawo czuć się urażeni taką wizją nowego, lepszego świata terapeutycznego, ale nawet głośno protestując, trzeba zgodzić się z prawdą o przesunięciu akcentów z medycyny towarzyszącej, której istotnym elementem była bliska, wręcz rodzinna relacja łącząca zainteresowanych, na kosztowną, masową i mocno „odczłowieczoną” medycynę techniczną. Próby odrodzenia instytucji lekarza rodzinnego są przecież wyraźnym głosem tęsknoty za opieką zdrowotną zorientowaną na spotkanie człowieka z człowiekiem.

Ponadto we współczesnej medycynie pojawiły się nowe problemy, wyrastające z kontekstu społeczno-politycznego służby zdrowia, jak zagwarantowanie odpowiedniej części produktu krajowego brutto na opiekę zdrowotną, sprawiedliwy rozdział środków na poszczególne dyscypliny medyczne, roztropne nakłady finansowe na nowe badania medyczne i specjalistyczne techniki bez upośledzenia prewencji i terapii rutynowych, czy wreszcie dobór i selekcja pacjentów zarówno ze względu na ograniczone możliwości finansowania terapii, jak i na zdatność danego chorego do poddania się konkretnej formie leczenia.

W tym kontekście, niekoniecznie na zasadzie marginesu – choć mam świadomość, że podjęcie tematu zapaści w polskiej opiece zdrowotnej jest równie ryzykowne, jak emocjonalnie angażujące i bolesne – przyjrzyjmy się pewnym rodzimym mechanizmom. Dotykając dramatu polskiej służby zdrowia dzisiaj, odkrywamy symptomy obecne w postępowym leczeniu Zachodu: konflikt między rządowymi agendami rozdzielającymi środki w ramach resortu zdrowia (nieważne, jak się zwa) a konkretnymi lekarzami czy korporacjami medycznymi pokazuje, że także pacjent może stać się kartą przetargową w budżetowym pokerze. Zaryzykuję tezę, że „kiedyś” było to nie do pomyślenia, ale wiem równocześnie, iż „czasy się zmieniły”. Nie podważam, rzecz jasna, uzasadnionych roszczeń środowiska lekarsko-pielegniarskiego, próbuję jedynie pokazać, że realizacja pomysłu o samofinansowaniu, a może nawet o dochodowości opieki zdrowotnej wyraźnie przesunęła punkt ciężkości w podejściu do człowieka chorego. Co ciekawe, wszystkie strony konfliktu niezmordowanie szermują argumentem z troski właśnie o *jakość opieki zdrowotnej* zorientowanej na chorego, warto by

---

<sup>20</sup> Por. H. D. Waller, Grenzen der Therapie und Ethik der Patientenaufklärung, „Jahrbuch für Wissenschaft und Ethik” 3(1998), s. 132-133.

<sup>21</sup> Por. J.R. Bierich, Arzt und Kranker. Wandlungen des Menschenbildes in der Medizin, „Arzt und Christ” 37(1991), H. 1, zwł. s. 9-10.

jednak zapytać, kto za tę jakość „zapłaci” (w sensie szerszym niż jedynie materialny). To wydaje się być jeden z podstawowych wyznaczników „nowych czasów” w medycynie.

Analizując ten jakościowy kierunek rozwojowy z perspektywy pacjenta, podkreślić należy pozytywny aspekt w postaci docenienia jego prawa do samodecydowania i przyjęcia odpowiedzialności za siebie (autonomia), którego wyrazem jest wymóg świadomej zgody. Jako podstawę tego wymagania zakłada się zresztą istnienie zaufania pacjenta do objaśniającego lekarza. Nie może jednak ująć uwadze, że obecny jest także negatywny wymiar w postaci możliwego zastąpienia zaufania nieufnością, próbami zabezpieczenia się lub sceptycyzmem, a także formułowania swoich oczekiwań jedynie na bazie mentalności konsumenta, który „płaci i wymaga”, bez liczenia się z realnymi możliwościami sztuki medycznej. Wkroczenie mentalności konsumpcyjnej do medycyny niesie ze sobą także nieuniknioną, istotną trudność akceptacji długotrwałej lub chronicznej choroby czy inwalidztwa, ponieważ odziera z sensu cierpienie, a w miejsce akceptacji choroby i ludzkiej przygodności oferuje tylko bunt i niezrozumienie.

#### **4. Ku jakiej zmierzamy przyszłości?**

Papież Jan Paweł II jest niekwestionowanym mecenasem nauki, a w jej ramach także nowoczesnej medycyny. Stara się on o wydobycie pozytywnych aspektów każdego nowego osiągnięcia ludzkiej myśli, zwłaszcza jeżeli dotyczy ono dziedziny tak newralgicznej, jak troska o ludzkie życie i zdrowie. Nie może jednak ująć uwadze, że choćby diagnoza współczesności przedstawiona w encyklice *Evangelium vitae* (rozd. I) daleka jest od naiwnej wiary, że „będzie dobrze”. O wiele bardziej do głosu dochodzi zatroskanie i powaga wobec wielu zagrożeń i swoistej dominacji „kultury śmierci”. Nic więc dziwnego, że także niniejsza wizja przyszłościowa nie tryska radością i optymizmem. Uczciwie staram się, na ile to możliwe, wskazać pozytywne przewidywane scenariusze rozwojowych, ale trudno też przemilczeć groźne tendencje, że wspomnę choćby zapowiedzi eutanazyjnej lawiny czy niemałe obszary działań o charakterze eugeniczno-selekcyjnym. Niezależnie od pewnego pesymizmu, podtrzymuję pogląd o istnieniu pozytywnych symptomów, których rozwój zależny jest jednak od samego człowieka.

Niewątpliwie w ramach dyskusji nad drogami dalszego rozwoju medycyny można najpierw podnieść problem sprawiedliwości, zwłaszcza w jej wymiarze globalnym. Personalistycznie patrząc, chciałoby się realizować zasadę sprawiedliwości w postaci: „Nie każdemu równo, lecz każdemu to, co mu się należy”, nieświadomie broniąc w ten sposób rosnących oczekiwań zdrowotnych świata zachodniego. Jeżeli jednak norma ta rzeczywiście miałaby obowiązywać, nie da się etycznie usprawiedliwić nadrzędności celów medycyny technicznej, należnej bogatszej części świata, przy równoczesnym braku zaczątków opieki zdrowotnej w przeważających obszarach globu tym bardziej,

że w ten sposób jedynie pogłębią się przepaści nierówności społecznych<sup>22</sup>. W każdym razie wskazanie na indywidualne korzyści, jakie wiążą się z każdą nową strategią terapeutyczną, oraz na spektakularne sukcesy osiągnięte przez zachodnią medycynę w zwalczaniu nowych chorób, nie usunie z pola widzenia podstawowych problemów sprawiedliwości, ani wizji nowego totalitaryzmu, tym razem wyzierającego z klinik i laboratoriów medycznych.

Jeżeli dodamy do tego wkomponowane w cele współczesnego postępu medycznego zamierzenie przekraczania naturalnych granic cierpienia, choroby i śmierci, przez stawianie sobie nierealnych ideałów wyleczenia każdej choroby i przedłużenia życia za wszelką cenę, uzyskujemy obraz coraz bardziej zastanawiający. Pojawia się bowiem pytanie, wynikające nawet z ekonomicznego rachunku zysków i strat: czy dalsze rozwijanie wszystkiego, co jest technicznie wykonalne, niesie z sobą sensowne zabezpieczenie i rozszerzenie ludzkich wartości? Papież formułuje ten problem podobnie: „czy działanie medyczno-sanitarne znajduje swą rację bytu w zapobieganiu chorobie, a potem w jej leczeniu, czy też powinno dopuszczać każdy rodzaj zabiegu na ciele, jeśli jest to technicznie możliwe?”<sup>23</sup> Podjęcie wszystkich wątków strategii terapeutycznych rokujących przyszłościowo jest w ramach wykładu niewykonalne, skoncentrujemy się na wybranych nowych dyscyplinach, stanowiących w równej mierze wyzwanie i obietnicę dla medycyny przyszłości. Taką dziedziną jest niewątpliwie *medycyna predyktywna*<sup>24</sup>, określana też jako genetyczne testy prognozujące. Nazwa tej nowej dyscypliny pochodzi od łacińskiego słowa *praedicare* (przepowiadać, prognozować) i oddaje dokładnie cel wysiłków zmierzających do ustalenia genetycznych predyspozycji do poszczególnych chorób, a więc swoistej biografii chorobowej jednostki<sup>25</sup>. Możliwość uzyskania informacji o stanie swojego genomu jest sama w sobie pozytywna, warto jednak rozważyć kontekstowo nowość takiej praktyki.

Diagnoza genetyczna zawiera w sobie równocześnie pewną prognozę dotyczącą przyszłości, przy czym w przypadku stwierdzenia defektów genetycznych oznacza ona niepomyślność prognoz. Mimo iż badana jednostka może mieć przed sobą wiele lat zdrowego życia, w przypadku noworodka może chodzić nawet o połowę życia, uzyskana diagnoza stanowi czynnik diametralnie modyfikujący dalszą egzystencję. Szczególnie w przypadku chorób nieuleczalnych o bardzo negatywnym przebiegu, np. płasawica Huntingtona, choroba Parkinsona czy Alzheimera, jest ona porównywalna z odroczonego wyrokiem skazującym, tak że mówi się już o nowej kategorii osób, tzw. „zdrowych chorych”<sup>26</sup>, którzy oczekują na spełnienie się wyroczni, nie mogąc zapobiec rozwojowi wydarzeń, dźwigając równocześnie nieznośny ciężar napięcia psychicznego i emocjonalnego buntu. Dobry stan

<sup>22</sup> Por. E. Schockenhoff, dz. cyt., s. 203.

<sup>23</sup> Jan Paweł II, Ochrona zdrowia a społeczeństwo. Przemówienie do uczestników kongresu Papieskiej Rady ds. Duszpasterstwa Służby Zdrowia, odpow. nr 2 i 3, „L'Osservatore Romano” 2001, nr 3, s. 13.

<sup>24</sup> Zob. np. T. Schroeder-Kurth, Zur Ethik der Genetischen Diagnostik, „Zeitschrift für medizinische Ethik” 48(2002), H. 4, s. 330-340.

<sup>25</sup> Por. M. Machinek, Życie w dyspozycji człowieka. Teologia moralna wobec problemów etycznych u początku życia ludzkiego, Olsztyn 2000, s. 71.

<sup>26</sup> Takiego zwrotu użyła komisja Bundestagu w raporcie z 15.05.2002 na temat „Prawo i etyka w nowoczesnej medycynie.

zdrowia aktualnie zdominowany zostaje przez świadomość bycia nieuleczalnie chorym (z opóźnieniem) oraz przez pytania o ujawnienie się schorzenia.

Już po skrótowym zasygnalizowaniu problemu warto zapytać o rozłożenie akcentów między wartością i jakością jego życia. Mimo iż życie osoby o negatywnym rokowaniu przedstawia identyczną wartość, jak życie każdego innego człowieka, uzyskane informacje postawiły ją pod znakiem zapytania ze względu na kryterium jakości genetycznej. Dla zainteresowanych byłoby niewątpliwie lepiej, gdyby oszczędzono im obciążającej diagnozy.

Mając na uwadze poważne konsekwencje tych badań, Jan Paweł II wymienia kilka istotnych wymagań stawianych przed medycyną predyktywną. Są nimi: „konieczność świadomego przyzwolenia dorosłej osoby, która zostaje poddana badaniom genetycznym, a także zachowania w tajemnicy uzyskanych tą drogą informacji o danej osobie i jej potomstwie. Nie należy też lekceważyć delikatnej kwestii powiadomienia osób badanych o wynikach, które wskazują na istnienie ukrytych patologii genetycznych, stanowiących zagrożenie dla ich zdrowia”<sup>27</sup>. Podobne normy wyprowadzają także bioetycy analizujący etyczne aspekty diagnostyki genetycznej<sup>28</sup>.

Współczesna medycyna przewiduje kilka możliwych scenariuszy w przypadku diagnozy negatywnej. W przypadku nienarodzonych optuje się zazwyczaj za rozwiązaniem problemu przez uśmiercenie płodu „dla dobra jego samego i rodziców”, a w domyśle także społeczeństwa<sup>29</sup>. Jak cyniczne potrafi być usprawiedliwienie takiej postawy, niech świadczy wypowiedź odkrywcy struktury chemicznej DNA, J. Watsona, z jego autobiograficznej książki<sup>30</sup>: „[...] eliminacja genetycznie uszkodzonego płodu nie powinna umniejszać wartości życia osób, w których świat by on w końcu wtargnął. Tak naprawdę przeważającym uczuciem musi być przede wszystkim ogromna ulga, że nie będzie się musiało dawać miłości i wsparcia dziecku, które nigdy nie będzie miało przed sobą przyszłości”. I dalej, jakby programując „nową przyszłość” pod dyktando „medycyny jakości”: „[...] proces ewolucji nie traktuje życia – czy to dorosłego osobnika, czy płodu – jako przyrodzonego prawa. O wiele lepiej jest traktować istoty ludzkie jak społeczne zwierzęta mające potrzeby (na przykład pożywienia, zdrowia czy seksu), zdolności (między innymi do myślenia i miłości) i obowiązki (w tym pracę, którą wykonują razem z innymi istotami ludzkimi, aby zapewnić wszystkim zaspokojenie potrzeb). Inteligentne działanie na rzecz sytuacji, w której dobre – a nie złe – geny decydują o życiu jak największej liczby ludzi, jest najbardziej naturalnym sposobem postępowania”.

Drugi scenariusz dotyczy osób już urodzonych. Najpierw należy dostrzec, że prawdopodobieństwo zachorowania może podlegać istotnym modyfikacjom środowiskowym, psychologicznym i społecznym, a więc nie można mówić o pewności wystąpienia i natężenia choroby,

---

<sup>27</sup> Jan Paweł II, *Etyczne problemy genetyki. Przemówienie do uczestników sympozjum nt. „Aspekty prawne i etyczne badań nad genomem ludzkim”*, nr 7, w: K. Szczygieł (red.), *W trosce o życie*, Tarnów 1998, s. 250.

<sup>28</sup> Por. np. D. Mieth, *Was wollen wir können? Ethik im Zeitalter der Biotechnik*, Freiburg – Basel – Wien 2002, s. 200-209.

<sup>29</sup> Rozwinięcie zob. E. Hepburn, *Genetische Beratung: elterliche Autonomie oder Akzeptieren von Grenzen?*, „Concilium“ (niem.) 34(1998), H. 2, s. zwł. 152-153.

<sup>30</sup> J. Watson, *DNA pasją mojego życia*, Warszawa 2001, odpow. s. 154, 197.

lecz jedynie o zwiększonym prawdopodobieństwie. Ponadto, aby spełniła się najgorsza nawet prognoza, zainteresowany musi dożyć do czasu możliwej aktualizacji choroby genetycznej, a tej gwarancji także nie mamy. Biorąc te czynniki pod uwagę, należałoby stanowczo odrzucić dyktat medycyny genetycznej o „obowiązku poddania się badaniom” na rzecz zagwarantowania „prawa do wiedzy” przy równoczesnym zrównaniu go z „prawem do niewiedzy”. Do uznania „prawa do niewiedzy” zachęcają m.in. biskupi niemieccy pisząc, iż „prawo do niewiedzy, jako część prawa podstawowego do informacyjnego stanowienia o sobie, należy do zgodnie z prawem zagwarantowanych praw osobowościowych człowieka”<sup>31</sup>. Równocześnie postulują oni tworzenie zorientowanego na wartości poradnictwa fachowego tak przed-, jak i podiagnostycznego.

Wybór wariantu w podejściu do testów genetycznych musi bowiem być pozostawiony osobie mogącej poddać się badaniom, po uprzednim uświadomieniu jej całokształtu złożonej sytuacji, którą przeprowadzenie badań może spowodować. Takie postawienie sprawy pokazuje, że decydująca jest wartość życia i zdrowia (także psychicznego) danego człowieka, a pytanie o jakość jego wyposażenia dziedzicznego musi pełnić rolę służebną wobec dobra osoby i jej integralnego rozwoju, do którego należy także unikanie zbędnych obciążeń psychicznych.

Mówienie w odniesieniu do medycyny predyktywnej o „absolutnej nagości człowieka” lub o „przeźroczystym człowieku”<sup>32</sup> nie powinno być odbierane w kategoriach sensacji, nie można jednak zapomnieć, że sygnalizują one ogromne niebezpieczeństwo jakościowej redukcji człowieka pod kątem jego cech genetycznych. Jeżeli informacje uzyskane w testach genetycznych nie będą bezwzględnie chronione tajemnicą, mogą stać się „przedmiotem zainteresowania” instytucji, które mogą je wykorzystać ambiwalentnie. Najczęściej wymienia się tutaj pracodawców i ubezpieczalnie<sup>33</sup>. W obydwu przypadkach informacja genetyczna klienta stanowi istotną wskazówkę dotyczącą sposobu postępowania dla jego dobra, np. redukując szkodliwe obciążenia mogące uaktywnić chorobę, lub na jego szkodę, dyskryminując go. Prawda jest jednak taka, że trudno wprost uwierzyć w altruizm pracodawcy lub agencji ubezpieczeniowej. Dlatego etycy przestrzegają przed powstającymi nowymi obszarami i formami dyskryminacji, tym razem ze względu na jakość informacji genetycznej. Nie może ująć uwagę, że sama wiedza genetyczna nie podlega tutaj ocenie moralnej, a jeśli już to na pewno nie negatywnej. Wartościuje się natomiast wykorzystanie tej wiedzy, a w takich działaniach preferencje środowiska medycznego, uznającego pierwszeństwo bądź to wartości, bądź to jakości życia nie będą bez znaczenia. Ilustracja znaczenia takiej zależności jest możliwe ambiwalentne wykorzystanie wyników diagnostyki prenatalnej, o których mówiliśmy wyżej.

Wielkie nadzieje na przyszłość wiąże medycyna z różnymi formami terapii genowej, zwłaszcza z inżynierią genetyczną. Większych zastrzeżeń nie budzi somatyczna terapia genowa, jeśli

---

<sup>31</sup> Sekretariat der Deutschen Bischofskonferenz, dz. cyt. (pkt: Das Human-Genom-Projekt).

<sup>32</sup> Zob. M. Machinek, dz. cyt., s. 72.

<sup>33</sup> Por. np. M. Zimmermann-Ackin, *Ethische Überlegungen zur genetischen Diagnostik an kranken Menschen*, „Zeitschrift für medizinische Ethik“ 48(2002), H. 4, s. 377-378; J. Wróbel, *Konsekwencje moralne poznania genomu człowieka*, „Roczniki Teologiczne” 2001, z. 3, s. 160-166.

ma cel ściśle leczniczy, nie jest związana z nadmiernym ryzykiem dla pacjenta i nie narusza jego integralności (KPSZ 12). Kryterium jakościowe zaczyna wyraźnie dochodzić do głosu już przy wnikliwszej analizie terapii komórek rozrodczych i linii zarodkowej, kiedy wprowadzone modyfikacje „dla polepszenia substancji dziedzicznej” naruszają integralność jednostki i mogą stanowić zagrożenie dla całej ludzkości – a wszystko to w imię eugeniki, tj. dobrego dziedziczenia. Wartość człowieka jako takiego i jego wyposażenia dziedzicznego nie tylko zostaje zakwestionowana, ale podlega planowej zmianie „na pokolenia”.

W związku z powyższym papież Jan Paweł II ostrzega: „Dziedzictwo genetyczne jest skarbem należącym lub mogącym należeć do określonej istoty, która ma prawo do życia i do pełnego rozwoju. Dowolne manipulacje dokonywane na gametach lub embrionach w celu modyfikacji określonych sekwencji genomu, które są nośnikami cech gatunkowych lub jednostkowych, stawiają ludzkość przed ogromnym ryzykiem mutacji genetycznych, prowadzących do naruszenia integralności fizycznej i duchowej nie tylko tych istot, u których dokonano tych modyfikacji, ale także u ludzi przyszłych pokoleń”<sup>34</sup>.

Jeszcze poważniejsze zagrożenie wiąże się z jakościowymi inklinacjami inżynierii genetycznej, jeśli pomyślimy o pokusie nadużyć w postaci „hodowli ludzi” o wybranych cechach. A niebezpieczeństwo jest niejako w zasięgu ręki, skoro nie ma nawet powszechnej zgody co do pojęcia choroby czy kryteriów decydujących o tzw. normalności (zob. wyżej). Niepokojący jest zwłaszcza fakt, że coraz częściej zalicza się do kategorii cech wymagających modyfikacji genetycznej także takie, które nie są związane ze schorzeniem, a jedynie nie odpowiadają współczesnej mentalności życzeniowej. Tym samym medycyna zdegradowana zostaje do roli „zakładu naprawczego naszych marzeń i fantazji”<sup>35</sup>, a kryterium jakościowe osiąga swoiste apogeum w postaci „jakości optymalnej”, do której należy dążyć wszelkimi dostępnymi środkami. Nawet kontrowersyjni etycy, jak Peter Singer, wskazują na groźną wizję „genetycznych supermarketów”<sup>36</sup>, w których zapobiegliwi rodzice zechcą kupić swoim dzieciom nie tylko zdrowie, lecz także urodę i IQ, wybrać płeć oraz wiele – w ich mniemaniu – pozytywnych cech. Nie trzeba przekonywać, że decydującym motywem działaniowym jest troska o jakość potomstwa, a nie jest bezczynna akceptacja „przeciętnego” dziecka. Obok mentalności selekcyjnej realna staje się groźba wykreowania genetycznego supermana, bo przecież nie wystarcza już „zwyczajne bycie człowiekiem”.

Na przeciwnym biegunie poczynają „medycyny”, przy czym należy wyraźnie opatrzyć ją cudzysłowem, mieszczą się działania w prostej linii zabójcze. Wyraźnym zgrzytem w przyszłościowej wizji medycyny przyjaznej człowiekowi jest nasilająca się praktyka eutanazyjna. Z perspektywy medycznej trafnie ujął to jeden z profesorów, odwołując się do przykładu Holandii: „W 1941 roku 4261 spośród około 6000 lekarzy holenderskich wypowiedziało się pisemnie przeciwko włączeniu się

<sup>34</sup> Jan Paweł II, Etyczne problemy genetyki, nr 7, w: K. Szczygiel (red.), dz. cyt., s. 252.

<sup>35</sup> Por. W. Früwald, Die Medizin wird zum Reparaturbetrieb unserer Fantasien, „Die Welt” z dn. 9.08.2001, s. 9.

<sup>36</sup> Por. P. Singer, Wyścig po pawia ogon, „Gazeta Wyborcza” z dn. 17-18.02.2001, s. 10-12.

do programu eutanazyjnego Naczelnego Komisarza Rzeszy. Co za ironia. Niecałe 60 lat później parlament tego małego kraju zatwierdził i wprowadził w życie ustawę o dopuszczalności eutanazji w Holandii<sup>37</sup>. W uzupełnieniu danych dodał, że aktualnie 41% lekarzy holenderskich wyraża gotowość uprawiania eutanazji<sup>37</sup>. Można uciekać od prawdy faktów. Jeżeli jednak przyjmiemy do wiadomości, że poza Holandią także Belgia zalegalizowała „zabijanie na życzenie”, a w innych krajach Europy trwają dyskusje lub toczą się procesy lekarzy oskarżanych o eutanazję (np. Francja, Niemcy), to wyłania się ponury obraz planowego unicestwiania życia uznanego za „pozbawione odpowiedniej jakości”.

Kiedy pytamy o mechanizm stojący za takim procederem, otrzymujemy odpowiedź potwierdzoną autorytetem Magisterium Kościoła: „Kiedy zaczyna przeważać tendencja do uznawania życia za wartościowe tylko w takiej mierze, w jakiej jest ono źródłem przyjemności i dobrobytu, cierpienie jawi się jako nieznośny ciężar, od którego trzeba się za wszelką cenę uwolnić. Śmierć jest uważana za „bezsensowną”, kiedy niespodziewanie kładzie kres życiu otwartemu jeszcze na przyszłość, która może przynieść wiele interesujących doświadczeń; staje się natomiast „upragnionym wyzwoleniem”, gdy ludzka egzystencja zostaje uznana za pozbawioną dalszego sensu, ponieważ jest pogrążona w bólu i nieuchronnie wystawiona na coraz dotkliwsze cierpienie” (EV 64).

Można zastanawiać się, czy mamy do czynienia z czystym hedonizmem, można jednak również mieć nadzieję, że zwyciężą zdrowe tendencje ochrony życia człowieka i troski o godne umieranie, które jest ważnym wymogiem etycznym. Praktyka pokazuje bowiem, że tam, gdzie dobrze funkcjonuje medycyna paliatywna z całym arsenałem środków uśmierzających ból i pozwalających godziwie zakończyć życie, wołanie o eutanazję cichnie, ustępując miejsca trosce o człowieka umierającego.

Zakończę truizmem, że przyszłość należy do człowieka i od niego zależy. Nie chodzi tu jedynie o skutki ludzkich działań i o kierunek, w jakim popchniemy świat, lecz o wiele bardziej o samorozumienie człowieka, o obraz człowieka, który będzie wyciskał swoje piętno na nowoczesnej medycynie i na etycznych rozstrzygnięciach w jej obszarze. Kryzys autorefleksji istoty ludzkiej przyniósł gorzkie owoce uprzedmiotowienia i zamachów na życie („kultura śmierci”), odrodzenie antropologii integralnej może pomóc w promowaniu wartości ludzkich i w trosce o „dobrą jakość” życia człowieka. Chodzi więc nie tyle o antagonizowanie wartości i jakości życia, ile o wykorzystanie postulatów poprawiania jakości dla zabezpieczania i rozwijania wartości życia, przy radykalnym odrzuceniu weryfikowania wartości kryteriami kwalifikującymi.

Z takim postawieniem sprawy współgra stały postulat medycyny o potrzebie promowania profilaktyki zdrowotnej, która ma za zadanie nie tylko uświadamiać o przewadze prewencji nad terapią, lecz także tworzyć pomost między naukami technicznymi i humanistycznymi<sup>38</sup>. Rewolucja

---

<sup>37</sup> F. Kokot, Eutanazja – aspekty medyczne, w: Eutanazja w dyskusji, red. P. Morciniec, Opole 2001, s. odpow. 45 i 49.

<sup>38</sup> Zob. J. Aleksandrowicz, H. Duda, dz. cyt., s. 255.



naukowo-techniczna minionych dziesięcioleci ujawniła z całą mocą niedobory humanizmu, przy czym także medycyna techniczna jako gałąź opieki zdrowotnej nie była wolna od takich wynaturzeń. Dostrzeżenie psychosomatycznej i duchowej jedności człowieka, a w konsekwencji bardzo szerokie zakresowo rozumienie zdrowia<sup>39</sup>, pozwala odnajdywać wciąż nowe obszary, na których promocja prawa do życia przez dbanie o jego jakość może mieć miejsce. Jeżeli troska o człowieka – wyrażająca się m.in. konstruktywnym przezwyciężaniem stresu i jego destrukcyjnych skutków, pomocą w łagodzeniu wpływów neurotycznych, propagowaniem współpracy z naturą i jej wspierająco-leczniczymi siłami czy troską o zabezpieczenie potrzeb ludzkich, tak w wymiarze farmakologicznym, jak i relacyjnym oraz duchowym – na nowo pozwoli odkryć całego człowieka jako „przedmiot” oddziaływania medycyny, można mieć nadzieję, że jedyną opcją medycyny jutra będzie troska o jakości wartości zdrowia i życia człowieka, każdego człowieka w pełnym zakresie jego życia od poczęcia do naturalnej śmierci.

---

<sup>39</sup> Wartościowo omawia ten wątek: J. Wróbel, Medyczne i personalistyczne rozumienie zdrowia, „Roczniki Teologiczne” 56(1999), z. 3, 107-122.