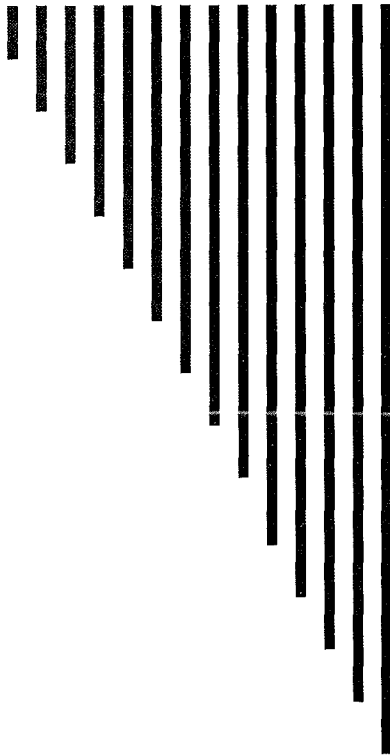


Polsko-Amerykański Instytut Pediatrii
Wydziału Lekarskiego UJ



BIOETYCZNE
ZESZYTY
PEDIATRII

W numerze:

Autonomia pacjenta
Komórki macierzyste

RADA NAUKOWA (Scientific Advisory Committee)

Ks. dr hab. Tadeusz Biesaga SDB, prof. PAT

Prof. dr hab. Jan Grochowski

Prof. dr hab. Marek Kaciński

Ks. prof. dr hab. Jan Kowalski

Bp dr hab. Józef Wróbel SCJ, prof. KUL

Przewodniczący Rady Naukowej (Chair)

Prof. dr hab. Jacek Pietrzyk

Z-ca Przewodniczącego (Vice-Chair)

Prof. dr hab. Janina Stopyrowa

KOLEGIUM REDAKCYJNE (Editorial Board)

Redaktor Naczelny (Editor-in-Chief)

Ks. dr Lucjan Szczepaniak SCJ

Z-ca Redaktora Naczelnego (Deputy Editor)

Dr Teresa Depowska

Sekretarz Naukowy (Associate Editor-Medical)

Dr Szymon Skoczeń

Z-ca Sekretarza Naukowego (Deputy Associate Editor-Medical)

Lek. med. Wojciech Strojny

Sekretarz Techniczny (Deputy Associate Editor-Technical)

S. mgr Bożena Leszczyńska OCV (korekta językowa – manuscript editing)

WSPÓŁPRACA (Cooperation)

Mgr Elżbieta Wróblewska (tłum. języka ang. – translations)

WYDAWCA (Publisher)

Polsko-Amerykański Instytut Pediatrii Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu Jagiellońskiego

ADRES REDAKCJI

30-663 Kraków, ul. Wielicka 265

tel. (12) 658-20-11, w. 10-28

e-mail: bzp@onet.pl

SPIS TREŚCI
CONTENTS

Przedmowa	5-11
Introduction	
Jan Kowalski	
Autonomia chorego. Aspekt etycznomoralny	12-23
Autonomy of the sick. The ethical-moral aspect	
Lucjan Szczepaniak SCJ	
Granice autonomii chorego dziecka	24-32
Boundaries of the sick child's autonomy	
Marek Kaciński	
Opieka lekarska nad dzieckiem przewlekle chorym i jego rodziną	33-44
Medical care of chronically ill children and their parents	
Elżbieta Szweda	
Psychologiczna opieka nad dziećmi chorującymi na nowotwory i ich rodzinami	45-52
Psychological care of pediatric cancer patients and their parents	
Lucjan Szczepaniak SCJ	
Granice informowania dziecka o jego chorobie	53-61
Boundaries in informing a child about the disease	
Aleksander B. Skotnicki	
Aktywny udział pacjenta w procesie terapeutycznym	62-68
Active participation of the patient in the therapeutic process	
Agnieszka Turkot	
Opieka nad chorym na chorobę Alzheimera	69-75
Care for patients with Alzheimer disease	
Józef Wróbel SCJ	
Etyczne aspekty technik biomedycznych opartych na komórkach macierzystych	76-85
Ethical aspects of biomedical techniques based on stem cells	

Tadeusz Biesaga SDB	
Etyczna ocena pozyskiwania komórek macierzystych	86-97
Ethical evaluation of obtaining stem cells	
Lucjan Szczepaniak SCJ	
Dylematy rodziców ciężko chorych dzieci związane z terapią komórkami macierzystymi	98-106
Parents of severely ill children coping with dilemmas associated with stem cell therapy	
Mariusz Żelichowski	
Badania nad embrionalnymi komórkami macierzystymi w prawie międzynarodowym	107-118
Studies on embryonic stem cells in international law	
Lucjan Szczepaniak SCJ	
Wybrane problemy etyczne neonatologii	119-127
Selected ethical problems in neonatology	
Regulamin publikowania prac	128-129
Manuscript submission policy	

Ks. dr hab. n. filoz. Tadeusz Biesaga SDB, prof. PAT

ETYCZNA OCENA POZYSKIWANIA KOMÓREK MACIERZYSTYCH

ETHICAL EVALUATION OF OBTAINING STEM CELLS

Katedra Bioetyki Wydziału Filozoficznego PAT w Krakowie

Kierownik Katedry: Ks. dr hab. n. filoz. Tadeusz Biesaga SDB, prof. PAT

SUMMARY

Five methods of providing stem cells are discussed in the paper: from human embryos obtained by in vitro method, from embryos obtained by cloning, from fetal tissue after miscarriage or abortion, from blood of umbilical cord during childbirth, from human organism. Ethical analysis chiefly concerned embryonic stem cells derived from the so-called therapeutic cloning. Certain falsehoods in the introduction and use of medico-ethical terms in order to mask the moral truth about a given medical action were brought to light. The therapeutic cloning is not therapeutic but euthanatic for a human clone. Different reasons for the destruction of the human clone subjectivity were disclosed. These reasons are not the development of biological and medical sciences but „laboratory”, technical objectification of the human embryo in order to implicate medicine in the realization of non-medical objectives: the progress in science, technology, and economy.

Key words: embryonic stem cells, cloning (reproductive, therapeutic, euthanatic), moral status of a human embryo, proper medical aims, extra-medical aims

1. SPOSOBY POZYSKIWANIA KOMÓREK MACIERZYSTYCH

Komórki macierzyste (SC – stem cells), ze względu na wszechstronność w wytwarzaniu różnorodnych komórek potomnych, dzieli się na totipotencjalne, pluripotencjalne, multipotencjalne i monopotencjalne. Totipotencjaną komórką jest zawsze zygota. Pluripotencjalnymi są komórki pochodzące z różnych listków zarodkowych, z których jak np. z ektodermy mogą powstać neurony, nabłonki, komórki gruczołowe, czy z mezodermy komórki mięśni. Multipotencjalnymi są komórki pochodzące z jednego listka zarodkowego, które mają mniejszy zakres różnicowania się. Komórki unipotencjalne to ta-

kie, które mogą wytworzyć tylko jeden typ komórek¹. Wiedza o nich ciągle się rozwija. Zdobywana jest ona na podstawie obserwacji komórek macierzystych w organizmie ludzkim, czyli „in vivo”, jak też w różnorodnie prowadzonej hodowli „in vitro”.

Ze względu na pochodzenie komórek macierzystych wyróżnia się komórki macierzyste: embrionalne (ESC – embryonic stem cells), płodowe i dorosłe (ASC – adult stem cells). Komórki macierzyste można otrzymywać z: embrionów ludzkich uzyskiwanych metodą „in vitro”, embrionów uzyskiwanych metodą klonowania, tkanki płodu po poronieniu czy aborcji, krwi pępowinowej podczas porodu oraz organizmu ludzkiego, w którym występują tzw. komórki macierzyste dorosłe². Pojawiają się też doniesienia o możliwości pobierania komórek macierzystych ze zwłok³.

Tak wielkie zainteresowanie komórkami pochodzącymi bezpośrednio z wczesnych embrionów ludzkich (stadium blastocysty) spowodowane jest tym, że komórki te są liczne, łatwo dostępne, posiadają cechę toti- lub pluri-potencjalności oraz immunologicznie zgadzają się one z dawcą jądra do klonowania, dzięki czemu mogą być wobec niego bezpośrednio, terapeutycznie zastosowane. „Komórki macierzyste organizmów dorosłych (ASC) są obecnie [...] w znacznie mniejszej (do kilku stopni skali logarytmicznej) liczbie i są monopotencjalne lub jeżeli multipotencjalne, to ograniczone do wytwarzania niewielu linii komórkowych”⁴. Niemniej rozwijająca się wiedza o tych komórkach podważyła utrzymywane dotychczas poglądy. „Uprzednio zakładano, że w organizmie dorosłego występują tylko te populacje komórek macierzystych, które dają początek komórkom wytwarzanym na tym etapie życia. Obowiązywała również zasada nieodwracalności ukierunkowania różnicowa-

¹ W. Korohoda, *Inżynieria komórkowa i tkankowa na początku XXI wieku – nowe nadzieje i nowe zagrożenia*, „Prace Komisji Zagrożeń Cywilizacyjnych PAU”, 5(2002), s. 114.

² Z. Pojda, *Kliniczne zastosowania komórek macierzystych – stan obecny i perspektywy*, „Nowotwory”, „Journal of Oncology” 52(2002), nr 3, s. 145-150.

³ Podaję za: P. Morciniec, *Ocalić (obraz) człowieka. Istota dyskusji o komórkach macierzystych*, w: *Ocalić cywilizację – ocalić ludzkie życie*, Kraków 2002, s. 124; Z. Zalewski, *Czy istnieją granice postępu w badaniach naukowych w medycynie? Spór o komórki macierzyste*, „Sztuka leczenia” 8(2002) nr 1, s. 48.

⁴ Z. Pojda, *Kliniczne zastosowania komórek macierzystych – stan obecny i perspektywy*, dz. cyt., s. 146

nia tych komórek – raz ukierunkowana komórka nie była w stanie tego ukierunkowania zmienić, stąd z komórek macierzystych krwiotworzenia musiał powstać jedynie układ krwiotwórczy, a np. z komórek macierzystych mięśni tylko tkanka mięśniowa”⁵. Doktryny te zostały jednak odrzucone. Odrzucono pogląd kwestionujący występowanie w organizmie dorosłym, w jego różnych organach, różnorodnych komórek macierzystych, nie tylko tego rodzaju, które utworzyły dany organ. Odrzucono też pogląd o nieodwracalności ich różnicowania i ukierunkowania⁶. Głosi się też tezę o cyrkulacji różnorodnych komórek macierzystych w organizmie ludzkim⁷. Choć są różnorodne opinie na temat możliwości formowania plastyczności komórek macierzystych (stem cells plasticity) dorosłego organizmu, w kwestii (przekierunkowania – trans-differentiation) z jednej linii komórkowej na inną lub odróżnicowania – de-differentiation, czyli powrotu do komórki wcześniejszej), to jednak nie ulega wątpliwości, że wiedza ta przyniesie nowe odkrycia i praktyczne możliwości.

Łatwym i dostępnym źródłem komórek macierzystych jest krew pępowinowa, pozostająca po porodzie w naczyniach łożyska i łożyskowej części pępowiny. „Ostatnio wykazano, że zawiera ona, oprócz komórek krwiotwórczych, komórki macierzyste dające początek innym liniom komórkowym, np. komórkom kościotwórczym, komórkom układu nerwowego”⁸. Budzi to nadzieje na szersze ich zastosowanie niż leczenie układu krwiotworzenia.

⁵ Tamże, s. 147.

⁶ Tamże, s. 147-148; por. M.T. Marszałek, *Komórki macierzyste wątroby i trzustki u zwierząt i człowieka*, „Postępy Biologii Komórki” 26(1999) nr 1, s. 135-179; M. Majka, A. Michałowska, M.Z. Ratajczak, *Próba izolacji ludzkich komórek macierzystych mięśni szkieletowych*, „Postępy Biologii Komórki” 30(2003), Suplement nr 21, s. 17-24.

⁷ M. Kucia, M. Majka, M.Z. Ratajczak, *Plastyczność nieembrionalnych komórek macierzystych: Fakt czy artefakt?*, „Postępy Biologii Komórki” 30(2003), Suplement nr 21, s. 3-16.

⁸ Z. Pojda, *Kliniczne zastosowania komórek macierzystych – stan obecny i perspektywy*, dz. cyt., s. 147; por. Z. Pojda, E.K. Machaj, A. Gajkowska, T. Ołdak, M. Jastrzevska, *Badanie potencjalnej przydatności klinicznej komórek macierzystych uzyskiwanych z krwi pępowinowej*, „Postępy Biologii Komórki” 30(2003), Suplement nr 21, s. 127-138; W. Wiktor-Jędrzejczak, E. Urbanowska, M. Rokicka i inni, *Wstępna ocena możliwości wykorzystania kriotwórczych komórek macierzystych pozyskanych z różnych dawców krwi pępowinowej do jednoczesnego przeszczepiania u biorców dorosłych*, „Postępy Biologii Komórki” 30(2003), Suplement nr 21, s. 139-147.

Mimo że komórki macierzyste z krwi pępowinowej, czy dorosłego organizmu, na obecnym etapie rozwoju medycyny, są trudniejsze do uzyskania, czy zastosowania klinicznego w porównaniu z embrionalnymi komórkami macierzystymi, to jednak ich wykorzystanie nie budzi zastrzeżeń etycznych. Natomiast zdobywanie komórek macierzystych drogą klonowania embrionów ludzkich i ich eutanazji poprzez ekstrakcję komórek macierzystych, jest etycznie nie do przyjęcia.

Embrionalne komórki macierzyste mogą być pozyskiwane z 5-6 dniowych płodów, tworzących w tym okresie rozwoju blastocystę⁹. Komórki zewnętrzne blastocysty to te, które utworzą łożysko, a komórki wewnętrzne (20-100 komórek) to te, które dadzą początek wszystkim narządom, to właśnie wielopotentjalne komórki macierzyste, zdolne do tworzenia wszystkich elementów organizmu. Ponieważ komórki macierzyste embrionów otrzymywanych metodą „in vitro” z obu rodziców wymagają pokonania bariery zgodności tkankowej, przy stosowaniu jej dla ewentualnych biorców przeszczepów, stąd zwrócono się do klonowania embrionów metodą wymiany jądra (CNR – cell nuclear replacement), czyli wprowadzenia w miejsce jądra komórki jajowej, jądra wziętego z komórki dawcy¹⁰. Dawca jądra, jako biorca przeszczepu, nie wymaga pokonania bariery zgodności tkankowej. W ten sposób medycyna wybiera najłatwiejszą drogę nie tylko pozyskiwania, ale przyszłego stosowania komórek macierzystych. Niemniej droga najłatwiejsza nie znaczy, że jest to droga etycznie najlepsza.

„Do wykorzystania komórek macierzystych w medycynie – pisze W. Korohoda z Instytutu Biologii Molekularnej Uniwersytetu Jagiellońskiego – nie są niezbędne komórki totipotencjalne z embrionów. Aby uzyskać rozmaite typy tkanek, neurony, kardiomiocyty, mięśnie, nabłonki itd., wystarczają komórki pluripotencjalne i multipotencjalne. Takie komórki można wykorzystać do implantacji w celu regeneracji serca po zawale (kardiomiocyty) lub leczenia cho-

⁹ Z. Pojda, *Kliniczne zastosowania komórek macierzystych – stan obecny i perspektywy*, dz. cyt., s. 146.

¹⁰ Por. Opis pierwszego sklonowania embrionu ludzkiego z 13.X.2001.- J.B. Cibelli, R.P. Lanza i Michael D. West, *Pierwszy klon*, „Świat Nauki” (2002) nr 1, s. 29-37; O tym, że próba ta była nieudana stwierdzają sami twórcy eksperymentu pisząc: „Niestety, tylko jeden z zarodków doszedł do stadium sześciu komórek, po czym przestał się dzielić”. - tamże, s. 30.

roby Parkinsona (neurony), wywołania zrastania kości i ścięgien (osteoblasty i chondriocyty), gojenia ran (keratynocyty). Źródłem komórek pluripotencjalnych może być: szpik, krew pępowinowa a nawet tkanki dorosłego człowieka. [...] Większość biologów uważa – podsumowuje swoje stanowisko wyżej wymieniony autor – że przedstawiony kierunek prac zasługuje na poparcie, gdyż nie wiąże się z kontrowersjami etycznymi¹¹. W związku z powyższym, klonowanie embrionów ludzkich tzw. terapeutyczne „nie ma – jego zdaniem – żadnego uzasadnienia, poza finansowym. Naciski na dopuszczenie do takich prac, mimo niewątpliwych zastrzeżeń etycznych, wynikają nie z potrzeb naukowych, ale czyisto merkantylnych¹².

2. PRÓBY DEGRADACJI STATUSU EMBRIONU LUDZKIEGO

Możliwość klonowania człowieka, wykorzystania totipotencjalności komórek macierzystych i rysujące się na horyzoncie możliwości kierowania plastycznością dorosłych komórek, sprowadzania ich do poziomu wcześniejszego, czyli od unipotencjalności do multipotencjalności itd., powinno wywołać na nowo dyskusję o początek życia ludzkiego i jego status moralny i prawny. Zaciera się bowiem różnica między komórkami somatycznymi a zarodkowymi, które stanowią początek życia. Na terenie etyki może to prowadzić do zatarcia różnicy między statusem ontycznym i moralnym embrionu ludzkiego w jego pierwszych stadiach rozwoju, a statusem komórek somatycznych naszego organizmu.

Jak dotychczas, problem statusu moralnego embrionu ludzkiego nie tylko nie zostały właściwie postawiony, ale już na samym początku unieważniony i zlikwidowany. Tak np. uczynił to Michael West, prezes firmy Advanced Cell Technology, argumentując, że z jego naukowego, biologicznego punktu widzenia, to co powstało w wyniku przeprowadzonego przez niego 13 października 2001 roku klonowania, tzw. terapeutycznego, nie jest nowym osob-

¹¹ W. Korohoda, *Inżynieria komórkowa i tkankowa na początku XXI wieku – nowe nadzieje i nowe zagrożenia*, dz. cyt., s. 115; por. W. Korohoda, *Biologia i inżynieria komórkowa na przełomie wieków*, «Kosmos». „Problemy Nauk Biologicznych”, 49(2000) nr 3, s. 403-412; tenże, *Czy inżynieria komórkowa stanowi zagrożenie*, „Prace Komisji Zagrożeń Cywilizacyjnych PAU” 3(2000), s. 7-18.

¹² Tamże, s. 113

nikiem, ale „wiązką komórek”. W procedurze tej nie mamy – jego zdaniem – do czynienia z życiem ludzkim, ale z życiem komórek, które zostaną wykorzystane do celów naukowych i terapeutycznych.

W ten sposób niektórzy naukowcy różnych firm próbują ominąć wymagania etyczne i prawne dotyczące klonowania człowieka. Przykładem takiej sofistyki jest wprowadzenie odróżnienia klonowania terapeutycznego jako nie budzącego zastrzeżeń etycznych, od klonowania reprodukcyjnego, które może wzbudzać opory etyczne. Przez określenie „terapeutyczne” chce się wzbudzić przychylność etyczną do tej procedury. Przywołuje się przy tym przewidywane, niewyobrażalne korzyści terapeutyczne, leczenie milionów chorych ludzi, hodowli tkanek i narządów do przeszczepów, by przez to przeważać szalę za dobrodziejstwami tegoż klonowania. W tym kontekście etycy krytykujący tę procedurę, widziani są jako hamujący postęp medycyny i proces wyzwiania ludzkości z uciążliwych chorób i cierpień.

Tymczasem gdy zapytamy, czy klonowanie terapeutyczne jest dla klonu ludzkiego terapeutyczne, to okazuje się, że nie tylko nie jest, ale wprost przeciwnie, zmierza do jego zniszczenia. Ekstrakcja komórek macierzystych z embrionu nie jest jego terapią, ale końcem jego życia, jego eutanazją. Z etycznego punktu widzenia mamy więc do czynienia z klonowaniem eutanatycznym, komercyjnym, czyli ze sklonowaniem embrionu ludzkiego, następnie jego eutanazją, w wyniku ekstrakcji jego komórek dla celów badawczych, terapeutycznych i handlowych. Przekładając to stanowisko na teren transplantologii, należałoby powiedzieć, że transplantacja terapeutyczna to taka, w której wszystkie tkanki i organy żywego, zdrowego człowieka są od niego pobrane i użyte dla leczenia innych ludzi. W tym wypadku również – tak jak wyżej – można uznać, że człowiek dorosły nie jest indywidualum, lecz zbiorem organów i stąd wolno rozplantować go na cele terapeutyczne. Można też transplantację, tzw. terapeutyczną, poprzeć rachunkiem korzyści, w którym poświęcenie jednego zdrowego człowieka dla uratowania dziesięciu chorych, okaże się korzystne. Nietrudno jednak dostrzec absurdalność etyczną takich kalkulacji.

Okazuje się więc, że w terminologii „klonowanie terapeutyczne” brano pod uwagę wszystko inne z wyjątkiem tej istoty ludzkiej, o którą w nim chodzi. Pominięto ją milczeniem, usunięto ją z dyskusji etycznej. Zostało to uczynione bez wielkiego namysłu, nie przez filozofa czy etyka, ale przez przedsta-

wiciela firmy, która po to powstała, aby przynieść sukcesy i zyski. Dziwne jest, że tę samą procedurę klonowania raz nazwano klonowaniem reprodukcyjnym, innym razem klonowaniem terapeutycznym. W pierwszym przypadku embrion – z definicji – ma być początkiem życia ludzkiego i ma nadawać się do rozwoju, w drugim nie może być początkiem, nie dlatego, że nie nadaje się do rozwoju, ale dlatego, że został przeznaczony do celów transplantacyjnych, terapeutycznych.

Należy więc podejrzewać, że presja sukcesów naukowych i handlowych oraz redukcyjna mentalność niektórych naukowców od inżynierii komórkowej, jest powodem nihilizacji statusu embrionu ludzkiego. Przeprowadza się ją w podwójny sposób, idąc od biologii komórki do etyki, i odwrotnie od etyki do pozytywnej oceny moralnej pewnych procedur w laboratoriach. W pierwszym podejściu wystarczy zredukować klon ludzki do zbioru komórek zarodkowych, a te ostatnie zrównać z komórkami somatycznymi, w drugim wystarczy wykorzystać etycznie pozytywny termin i nazwać klonowanie człowieka terapeutycznym, aby tę procedurę moralnie usprawiedliwić. Oczywiście, że medycyna może się posługiwać terminami swej dyscypliny twierdząc, że klon ludzki to komórka zarodkowa, komórka totipotencjalna. To jednak użycie tej niewinnej nazwy na terenie biologii komórki, nie jest niewinne na terenie etyki. Użycie jej bowiem w sensie etycznym, z rozmysłem próbuje zdegradować status ontyczny i moralny embrionu ludzkiego do statusu np. komórek somatycznych naszego organizmu, które bez zastrzeżeń etycznych wykorzystuje się w badaniach czy w terapii. Tego typu nihilizacja statusu istoty ludzkiej dokonywana jest szybko na użytek dalszych badań naukowych i technicznych, bez podejmowania dyskusji etycznej, bez ujawnienia zarówno tego, co do niej skłania, jak i założeń filozoficznych i etycznych, które za nimi się kryją. A przecież za każdym rozstrzygnięciem etycznym kryją się decydujące o kulturze ludzkiej założenia antropologiczne i aksjologiczne.

Trzeba więc na nowo odpowiedzieć, czy klon ludzki jest ludzki? Czy jest początkiem życia ludzkiego? Powstaje on bowiem inaczej, niż dzieje się to przez połączenie plemnika z jajem. Znane są różne formy klonowania: naturalne klonowanie przez podział wężła zarodkowego i powstanie bliźniąt jednojajowych, klonowanie przez bisekcje, czyli podział blastocysty, izolację czy reagregację blastomerów, czy też omawiane wyżej klonowanie w drodze tech-

nicznej enukleacji jądra z oocytu i transferu do niego jądra komórki somatycznej¹³.

To właśnie odmiennosc tej ostatniej procedury klonowania wykorzystuje się dla podważenia statusu moralnego klonu ludzkiego. Można bowiem twierdzić, że cała ta procedura to inżynieria komórkowa, a nie naturalne poczęcia życia. W ten sposób klon ludzki można zdegradować do komórek wśród innych komórek organizmu.

Jeśli poprzednio podważono status embrionu ludzkiego odwołując się do sposobów jego wykorzystania, to tutaj podważa się go przez odwołanie się do sposobów jego powstania. W pierwszym wypadku nie ma embrionu ludzkiego, gdyż mamy do czynienia z terapią, tutaj też go nie ma, bo mamy do czynienia tylko z inżynierią komórkową. Stanowisko to jest dziwne na terenie samej embriologii, wyróżniającej przecież różne formy klonowania jako początku życia. Jest ono już wprost błędne przy rozróżnieniu klonowania reprodukcyjnego i terapeutycznego. Rozróżnieniu temu musiało służyć przekonanie, że klon reprodukcyjny jest właśnie klonem zdolnym po wszczepieniu do rozwoju, że jest początkiem życia. Przekonanie takie zostało potwierdzone choćby przez sklonowanie i hodowlę owcy Dolly. Klon tzw. terapeutyczny nie różni się od reprodukcyjnego pod względem metody powstania, nie powinien się więc różnić w swym statusie biologicznym i etycznym. Nie można więc, nawet dla zaszczytnych celów naukowych i terapeutycznych, wprowadzać sofistycznych argumentów i podważać statusu etycznego klonu ludzkiego.

Etyczną obronę statusu początku życia ludzkiego spotykamy nie tylko w twierdzeniach etyków, ale ze strony różnych autorytetów naukowych i religijnych. „Klonowanie embrionów, dokonywane w celach biomedycznych bądź z zamiarem wyprodukowania komórek macierzystych – mówi abp R.R. Martino w nowojorskiej siedzibie ONZ – jest pogwałceniem godności i integralności osoby ludzkiej. Klonowanie ludzkiego embrionu z myślą o jego uśmierceniu mogłoby doprowadzić do instytucjonalizacji celowego i systematycznego niszczenia powstającego życia ludzkiego, w imię nieznanego «dobra» w postaci potencjalnej terapii bądź odkryć naukowych.

¹³ J.A. Modliński, J. Karasiewicz, *Klonowanie ssaków: mity i rzeczywistość*, w: *Klonowanie człowieka*, red. B. Chyrowicz, Lublin 1999, s. 23-92.

Taka wizja jest nie do przyjęcia dla większości ludzi, także tych, którzy zdecydowanie opowiadają się za rozwojem nauki i medycyny. Ponieważ klonowanie embrionów oznacza stworzenie nowej istoty ludzkiej, którą pozbawia się możliwości rozwijania cech prawdziwie ludzkich w przyszłości, a zamiast tego poświęca się ją celom naukowym i skazuje na pewną śmierć, trzeba stwierdzić, że procesu tego nie można usprawiedliwiać niesieniem pomocy innym ludziom. Klonowanie embrionów jest pogwałceniem fundamentalnych praw człowieka¹⁴.

Dokument w tej sprawie Papieskiej Akademii Pro Vita stwierdza: „Pobranie wewnętrznej masy komórkowej blastocysty, które ludzki embrion ciężko i nieodwracalnie uszkadza przez to, że przerywa jego rozwój, jest działaniem ciężko niemoralnym i dlatego całkowicie niedopuszczalnym¹⁵.”

Dyskusja o status ontyczny, moralny oraz prawny embrionu ludzkiego musi się ciągle ożywiać, i to w sytuacji coraz to nowych odkryć medycznych, ponieważ w niej sprawdza się dziś, jaki humanizm zbudujemy; humanizm, który szanuje życie wszystkich, czy tylko niektórych. Humanizm, który uprzedmiotowi i skomercjalizuje życie ludzkie, czy humanizm, który będzie je chronił od początku.

3. TECHNIZACJA ŻYCIA LUDZKIEGO I RÓWNIA POCHYŁA

Przeniesienie początku życia ludzkiego do laboratoriów przyczyniło się do przedmiotowego, naturalistycznego, technicyzowanego jego traktowania. Łatwiej jest uprzedmiotowić embrion ludzki, niż uprzedmiotowić dorosłego człowieka. Inaczej bowiem ich spostrzegamy i inaczej bronią oni swej podmiotowości. W przypadku zygoty czy blastocysty mamy do czynienia z mikroorganizmem¹⁶. Na podstawie obserwacji w laboratorium trudno

¹⁴ R.R. Martino, *W sprawie całkowitego zakazu klonowania człowieka. Wystąpienie w nowojorskiej siedzibie ONZ*. 23.09.2002, „L'Osservatore Romano” (wyd. pol.) 23(2002) nr 12(248), s. 38-40.

¹⁵ Pontifical Academy for Life, *Declaration on the production and the scientific and therapeutic use of human embryonic stem cells*, Vatican City 2000, rozdz. Ethical problems nr 3; www.vatican.va/roman_curia/pontifical_academies/acdlife/index.htm.

¹⁶ „Blastocysty to pęcherzyki średnicy ok. 0,1 milimetra”-J. Karasiewicz, J. Modliński, *Komórki macierzyste ssaków: potencjalne źródło zróżnicowanych komórek do transplantacji*, „Postępy Biologii Komórki” 28(2001), nr 2, s. 220.

go potraktować jak podmiot, któremu przysługuje podobny szacunek, jakiego wymaga od nas człowiek dorosły. Zygota ludzka w laboratorium, której początek dała procedura „in vitro” (IVF), czy też klonowanie, z pozycji obserwacji naukowej może być łatwo traktowana tylko jako biologiczny materiał laboratoryjny dla celów naukowych, technicznych i komercyjnych. Badania naukowe w laboratorium niejako ciążą do traktowania wszystkiego przedmiotowo. Nie ma w nich podejścia podmiotowego, w którym dostrzega się, że oto mamy do czynienia nie tylko z czymś, ale z kimś, z istotą ludzką, która mimo swoich mikrorozmiarów wkracza w swój tor życia i tym samym zyskuje szacunek i prawa należne rodzinie ludzkiej. Ze względu na ten mikrowymiar, zniszczenie embrionów w pierwszych stadiach rozwoju w laboratoriach, wydaje się być zwykłą czynnością techniczną, usunięciem zbędnych przedmiotów, posprzątaniem przed następnym badaniem. Może się wydawać, że czynność ta nie podlega kwalifikacji etycznej, tak jak jej podlega zabicie embrionu w dalszych stadiach jego rozwoju, czy też zabicie urodzonego dziecka.

Do przełamania oporów etycznych, przy niszczeniu embrionów ludzkich dla tzw. dobra nauki i ludzkości, przyczynia się też propaganda sukcesów medycyny, która wzmacnia mentalność utylitarystyczną. Dzieje się tak przy propagowaniu możliwych osiągnięć wykorzystania embrionalnych komórek macierzystych. Miesza się tu przypuszczenia z fantazjami. W popularyzacji badań nie opisuje się całej skomplikowanej medycznie i etycznie sytuacji, niepowodzeń, niebezpieczeństw, czy też rzeczywistych małych kroków w terapii, lecz raczej przeważa retoryka o „cudownym leku na wszystko”. Łatwe i entuzjastyczne obietnice leczenia prawie wszystkich chorób, regeneracji wszystkich narządów, laboratoryjnej hodowli tkanek i narządów do przeszczepów, oddziałują na świadomość milionów ludzi, zdobywając ich przychyłność dla utylitarnego traktowania początku życia ludzkiego i dla dalszej jego technizacji. Milcząco zaczyna funkcjonować przekonanie, że jest to zło konieczne, że dobry cel uświęca złe środki.

Propaganda sukcesu wzmacniana jest żądzą sławy niektórych naukowców i żądzą niewyobrażalnych zysków biotechnologicznych koncernów. „Jak wyglądają na tym tle – pyta jeden z bioetyków – uczeni biorący udział w tym

wyścigu, w którym oprócz żądy wiedzy i żądy sławy, coraz większą rolę odgrywa żądza pieniędzy, która rychło wysunąć się może na plan pierwszy?”¹⁷.

Powstaje więc pytanie, czy zsuwamy się po równi pochyłej (slippery slope argument), od stechnicyzowania podmiotowości istoty ludzkiej w technikach „in vitro”, po nihilizację podmiotu ludzkiego w technikach klonowania, jego komercjalizację oraz ingerencję i manipulację genetyczną naturą człowieka¹⁸.

W tym kontekście należy zapytać, dokąd zmierza medycyna? Czy realizuje swój główny cel, jakim jest zdrowie każdej istoty ludzkiej, czy też ulega innym, zewnętrznym względem niej celom, jakimi są cele naukowe, techniczne, ekonomiczne i polityczne?

4. MEDYCINA, JEJ CEL I JEJ MORALNOŚĆ

Próba nihilizacji podmiotowości embrionu ludzkiego w klonowaniu eutanatycznym, wykorzystującym embrionalne komórki macierzyste klonu ludzkiego, podważa zasadniczy cel medycyny jako takiej. W centrum medycyny jest bowiem medycyna kliniczna, a w niej pacjent i jego zdrowie. Zdrowie pacjenta jest celem wewnętrznym medycyny, a wszystko inne stanowi cele zewnętrzne względem niej¹⁹. Ono determinuje obowiązki i cnoty lekarza. Podporządkowanie medycyny innym celom, np. celom naukowym, ekonomicznym, komercyjnym jest jej wypaczeniem i zdradą.

Zdrowie pacjenta jako cel podstawowy usprawiedliwia inne działy medycyny i nadaje im sens moralny. Postęp naukowy czy techniczny o tyle ma sens etyczny, o ile służy życiu i rozwojowi konkretnego człowieka i społeczeń-

¹⁷ Z. Zalewski, *Czy istnieją granice postępu w badaniach naukowych w medycynie? Spór o komórki macierzyste*, dz. cyt., s. 51.

¹⁸ Por. B. Chyrowicz, *Bioetyka i ryzyko. Argument «równi pochyłej» w dyskusji wokół osiągnięć współczesnej genetyki*, Lublin 2000, s. 307 nn.

¹⁹ Tak rozumiany cel medycyny wypracowany jest w następujących pracach: E.D. Pellegrino, D.C. Thomasma, *A Philosophical Basis of Medical Practice: Toward a Philosophy and Ethic of the Healing Professions*, New York, Oxford University Press 1981; E.D., Pellegrino, D.C. Thomasma, *For the Patient's Good: The Restoration of Beneficence in Health Care*, New York, Oxford University Press, 1988; E.D. Pellegrino, *The Goals and ends of medicine: how are they to be defined?*, w: *The Goals of Medicine: The Forgotten Issue in Health Care Reform*, red. D. Callahan, M.J. Hanson, Washington DC 1999, s. 55-68; E.D. Pellegrino, *The Internal Morality of Clinical Medicine: A Paradigm for the Ethics of the Helping and Healing Professions*, „Journal of Medicine and Philosophy” 26(2001) nr 6, s. 559-579.

stwa. Postęp techniczny sam w sobie nie jest równoznaczny z postępem moralnym. Technika może być użyta za i przeciw życiu ludzkiemu. Medycyna nie może ulegać celom pozamedycznym czy utopijnym. Celem działań medycznych nie jest zbawienie ludzkości, walka i zwycięstwo ze śmiercią, dobrobyt i szczęście na ziemi, naukowy, technologiczny czy ekonomiczny tryumfalizm. Mentalność heglowsko-marksistowska o wyższości społeczeństwa nad jednostką, może ciągle usprawiedliwiać poświęcenie jednostek dla tzw. dobra ludzkości. Mimo że zrealizowane w tym duchu programy przez nazizm i klasizm ostrzegają, to jednak pokusa zbudowania na ziemi raj dla wybranych pozostała.

Stąd też w odkrywaniu właściwego celu medycyny należy przypomnieć, że konkretny pacjent i jego dobro powinno być podstawowym kryterium działań medycznych. Medycyna, która zdradzi pacjenta choćby dla postępu naukowego, dla celów ekonomicznych czy politycznych, podcina podstawy swojej moralności. Rezygnuje ze swej moralności wewnętrznej, na rzecz zasad narzucanych jej z zewnątrz. Gdyby w imię takich zasad pozbawiała kogoś podmiotowości i należnych uprawnień etycznych, gdyby decydowała, które życie ludzkie jest warte, a które nie jest warte życia, powtarzałyby w nowej wersji błędy historii, kiedy to pewne właściwości, takie jak kolor skóry, przynależność do określonej rasy czy klasy, decydowały o życiu czy śmierci. Pozbawianie podmiotowości człowieka w okresie prenatalnym, czy też w czasie terminalnej choroby – jest czynem skierowanym przeciwko człowiekowi, jest poświęceniem jednych dla drugich. Jeśli medycyna wkroczyłaby na tę drogę, stałaby się narzędziem naukowców, ekonomistów, narzędziem biotechnologicznych koncernów, polityków snujących nowe wizje „zbawienia” ludzkości.

Przy okazji nowych odkryć i nowych możliwości, medycyna musi ciągle wracać do swego etosu. Powinna odkrywać etyczne drogi rozwoju medycyny naukowej i technicznej, odrzucać drogi na skróty, w których decydować będzie tylko sukces, sława i korzyść.

ADRES AUTORA:

30-323 Kraków, ul. Tyniecka 39